

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), Bad Segeberg,

und

der AOK Schleswig-Holstein, Kiel

dem BKK-Landesverband NORD, Hamburg,

dem IKK-Landesverband Nord, Kiel,

der Schleswig-Holsteinischen Landwirtschaftlichen Krankenkasse, Kiel,
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der landwirtschaftlichen
Krankenkassen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg,
Landesvertretung Schleswig-Holstein und

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,
Landesvertretung Schleswig-Holstein

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt –

wird gemäß § 84 SGB V in Verbindung mit § 106 SGB V auf der Grundlage der Empfehlung des Landesschiedsamtes vom 14. Juni 1999 die folgende

**Vereinbarung
über die Festsetzung von Richtgrößen und
die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der
vertragsärztlichen Verordnung von
Arznei-, Verband- und Heilmitteln
auf der Grundlage von Richtgrößen
ab dem 2. Halbjahr 1999**

getroffen:

Präambel

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen/-verbände - im Folgenden Vertragspartner genannt - vereinbaren gemäß § 84 Abs. 3 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V einheitliche, arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Die Richtgrößen werden für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie Heilmittel andererseits festgelegt. Diese gesonderten Richtgrößen sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung getrennt anzuwenden. Dabei werden die Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung eingehalten ("kompensationsfähige Einsparungen").

§ 1 Richtgrößen

- (1) Die Richtgrößen werden
 - einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (bereichseigene und Fremdkassenfälle),
 - auf der Basis der Ausgaben-Bruttowerte und
 - jahresbezogen auf der Basis der Fälle und Ausgaben eines Kalenderjahres festgelegt.
- (2) Die Bildung von Richtgrößen erfolgt für die Arztgruppen, wie sie jeweils für den geltenden Zeitraum definiert sind.
- (3) Bei der Richtgrößenbildung werden für jede vereinbarte Arztgruppe alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie die nach der Arzneikostenstatistik berücksichtigten Behandlungsfälle zu Grunde gelegt. Davon ausgenommen sind Arzneimittel der Anlage 2, Impfstoffe zur Prävention, Sprechstundenbedarf sowie Therapien, die - soweit als solche anerkannt - regelmäßig Praxisbesonderheiten begründen (Anlage 3). Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen sind die Unterlagen arztbezogen aufzuarbeiten und im Falle von Regressverfahren die Netto-Verordnungskosten heranzuziehen.
- (4) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind - soweit sie nicht bereits durch indikationsbezogene Richtgrößen berücksichtigt werden (s. Anlage 3 Pkt. 3 Satz 2) - im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu berücksichtigen. Indikationsgebiete, in denen im Hinblick auf Verordnungen regelmäßig von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann, sind in der Anlage 3 dieser Vereinbarung festgelegt (entspricht Anlage 3 "Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen" der Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 10. Februar 1999; Stand 30. September 1998).
- (5) Es wird angestrebt, die Richtgrößen zukünftig nach der Altersstruktur der Versicherten auszugestalten. Sobald dies datentechnisch realisierbar ist, wird die Altersklassen-Einteilung festgelegt werden. Zunächst wird die Ausgestaltung der Richtgrößen gemäß der Differenzierung nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen und Rentnern vorgenommen.

§ 2 Festlegung der Richtgrößen für 1999

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie Heilmittel andererseits folgen die Vertragspartner der Empfehlung des Schiedsamtes.
- (2) Die Ausgangsbeträge wurden um Abschläge reduziert, die aus Sicht der Vertragspartner notwendig waren, um Kosten aufzufangen, die nicht in die Richtgrößen-

berechnung mit eingehen und ein Risiko im Hinblick auf die Überschreitung der Ausgabenobergrenze darstellen. Die sich hieraus ergebenden Verteilungsvolumina von

869.200.000 DM für Arznei- und Verbandmittel und
164.246.670 DM für Heilmittel

waren Grundlage für die Berechnung der Richtgrößen.

- (3) Zur Ermittlung der arztbezogenen Ausgabenvolumina wurden die Ausgabenvolumina nach den prozentualen Anteilen der Arztgruppen an den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung für das Jahr 1997 aufgeteilt.
- (4) Die arztgruppenspezifischen Richtgrößen ergaben sich jeweils aus der Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina durch die Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im Jahr 1997.

Die auf diese Weise für Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel ermittelten fallwertbezogenen Richtgrößen sind der Anlage 4 a (Arznei- und Verbandmittel) und der Anlage 4 b (Heilmittel) dieser Vereinbarung zu entnehmen.

- (5) Die Richtgrößen nach Anlage 4 a und 4 b gelten für das 2. Halbjahr 1999.

Das 2. Halbjahr 1999 ist der Einstieg in das Verfahren der Richtgrößenprüfungen. Diese Prüfungen sind gemäß der Empfehlung des Schiedsamtes moderat und mit Augenmaß zu handhaben.

- (6) Ein Prüfverfahren wird bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme um mehr als 20 v. H. eingeleitet. Bei einer Überschreitung um mehr als 30 v. H. hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- (7) Für die Festlegung der für den Zeitraum vom 01.07.1999 bis 31.12.1999 geltenden Richtgrößen wurden die von der Richtgrößensfestlegung auszunehmenden Wirkstoffe der Anlage 2 und die Indikationsgebiete gemäß Anlage 3 im Arzneimittelbereich ohne Arztgruppenbezug berücksichtigt. Gleichwohl sind sowohl die Wirkstoffe der Anlage 2 als auch die Indikationsgebiete gemäß Anlage 3 bei der Prüfung der für das 2. Halbjahr 1999 geltenden Richtgrößen als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, soweit sie überdurchschnittlich anfallen und wirtschaftlich erbracht wurden.

§ 3

Ermittlung der Richtgrößen ab dem Jahr 2000

- (1) Die Richtgrößen werden ab dem 01.01.2000 mit arztgruppenbezogener Berücksichtigung der Anlage 2 über Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen eingeführt.
- (2) Die Bildung der Richtgrößen erfolgt für die Fachgruppen entsprechend der Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich auf die von der Richtgrößenbildung auszunehmenden Wirkstoffe der Anlage 2 dieser Vereinbarung.

- (4) Sollten sich neue, nicht in der Anlage 2 gem. Abs. 3 zu berücksichtigende Verordnungen und nicht in der Anlage 3 gemäß § 1 Abs. 4 zu berücksichtigende Indikationsgebiete als therapeutisch relevant und unverzichtbar erweisen, sind die Prüfgremien angehalten, die Voraussetzungen für die Anerkennung als Praxisbesonderheit zu prüfen und gegebenenfalls gesondert zu berücksichtigen.
- (5) Die Vertragspartner orientieren sich bei der Ermittlung der Richtgrößen an den Verordnungsvolumina der Arztgruppen der jeweils vorangegangenen vier Quartale und an den jeweils noch zu vereinbarenden Budgets. Bei den Heilmitteln behalten sich die Vertragspartner vor, die logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen nicht in die Berechnungen einzubeziehen; in diesem Fall können indikationsbezogene Richtgrößen gebildet werden.
- (6) Zur Ermittlung fachgruppenbezogener Ausgabenvolumina werden die Ausgabenvolumina nach den prozentualen Anteilen der vereinbarten Arztgruppen an den Ergebnissen der arztbezogenen Erfassung der zu Grunde zulegenden Quartale aufgeteilt.
- (7) Die fachgruppenspezifischen Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina durch die Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe der zu Grunde zulegenden Quartale.

§ 4 Datenlieferung

- (1) Spätestens sechs Monate nach Quartalsende sind von den Verbänden die geprüften Verordnungsdaten entsprechend der Differenzierung in Absatz 2 – für Arzneimittel bereinigt um die Wirkstoffe der Anlage 2 – auf maschinell verwertbaren Datenträgern arztbezogen unter Angabe der Arztnummer zu übermitteln.
- (2) Berechnungsgrundlage für die Richtgrößen sind die geprüften Abrechnungsdaten:
 - getrennt nach Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln,
 - getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern, bzw. Altersklassen unter Hinweis auf § 1 Abs. 5;
 für Arzneimittel
 - jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben einschließlich der Kosten der Null-Verordnungen, der Summe der Bruttoausgaben ausschließlich der Kosten der Null-Verordnungen, der Summe der Zuzahlungen und der Anzahl der Rezepte,
 - jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben einschließlich der Kosten der Null-Verordnungen bereinigt um die Beträge der Wirkstoffe der Anlage 2;
 für Heilmittel
 - jeweils mit der Summe der Bruttoausgaben, der Summe der Zuzahlungen und der Anzahl der Rezepte.
 Die Verordnungsdaten werden als Summenwerte je Vertragsarzt unter Angabe der Arztnummer auf Datenträger der KVSH zur Verfügung gestellt.
- (3) Berechnungsgrundlage für die Richtgrößen zum 01.01.2000 sind die geprüften Abrechnungsdaten aus dem Zeitraum vom 01.07.98 bis 31.03.99. Diese Daten sind der KVSH bis spätestens 30.09.99 entsprechend der Auflistung nach Abs. 2 vorzulegen; die geprüften Daten für das 2. Quartal 1999 sind bis zum 31.12.99 nachzureichen.

- (4) Die Krankenkassen/-verbände verpflichten sich zur fristgerechten Datenlieferung. Bei Nichteinhaltung der Lieferfristen behält sich die KVSH entsprechende Sanktionen vor.

§ 5

Informationen über die veranlassten Verordnungskosten

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KVSH über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Arznei-, Verband- und Heilmittel verpflichten sich die Verbände, die ungeprüften Verordnungsdaten für das jeweils abgelaufene Quartal entsprechend der Auflistung nach § 4 Abs. 2

- für Arznei- und Verbandmittel bis Ende der 10. Woche nach Quartalsende,
- für Heilmittel bis Ende des 6. Monats nach Quartalsende, wenn nicht bereits die Daten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 Abs. 2 SGB V vorliegen,

zu übermitteln. Die Ärzte sind darüber zu informieren, dass die Daten vorläufigen informativen Charakter haben.

Die in der Bundesempfehlung zu Richtgrößen genannte Frist von 8 Wochen zur Lieferung der ungeprüften Daten für Arznei- und Verbandmittel wird übernommen, sobald dieses datentechnisch möglich ist.

- (2) Diese Informationen und die Fallzahlen werden den Vertragsärzten durch die KVSH bekannt gegeben. Sie dienen den Vertragsärzten zur Beobachtung ihrer Verordnungstätigkeit. Die Vertragsärzte sollen in ihrem Bemühen unterstützt werden, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden. Im Überschreitungsfall sollen die quartalsbezogenen Informationen den Vertragsarzt dazu motivieren, in den Folgequartalen das Ordnungsverhalten entsprechend anzupassen, um Überschreitungen der Richtgrößensumme nach Ablauf des Kalenderjahres zu vermeiden.
- (3) Die Krankenkassen/-verbände verpflichten sich zur fristgerechten Datenlieferung. Bei Nichteinhaltung der Lieferfristen behält sich die KVSH entsprechende Sanktionen vor.
- (4) Die KVSH gibt ihren Vertragsärzten unverzüglich ihre Verordnungsdaten bekannt und informiert hierüber die Krankenkassen/-verbände.

§ 6

Richtgrößenprüfung

- (1) Richtgrößenprüfungen werden bei Überschreitungen der Verordnungskosten bei den Arznei- und Verbandmittel einerseits und den Heilmitteln andererseits durchgeführt. Die Prüfung des Sprechstundenbedarfs erfolgt weiterhin gemäß § 10 der Prüfvereinbarung nach Durchschnittswerten.
- (2) Eine arztbezogene Richtgrößenprüfung von Amts wegen findet nur dann statt, wenn das für Schleswig-Holstein auf Grund der gesetzlichen Vorgaben sich ergebende Arznei-, Verband- und Heilmittelbudget um mehr als 95 % ausgeschöpft wurde. Prüfungsgegenstand ist die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise bei Überschreitung der Richtgrößensumme. Bei Aussetzung der Richtgrößenprüfung wird im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit von der Einzelfallprüfung verstärkt Gebrauch gemacht.

- (3) Für den Fall einer durchzuführenden Richtgrößenprüfung scheidet für diesen Zeitraum und Bereich die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten gem. § 10 der Prüfvereinbarung aus.

§ 7

Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen

- (1) Die für den einzelnen Vertragsarzt geltende Richtgrößensumme wird aus der Summe (i. d. R vier Quartale) der Produkte der fachgruppenspezifischen Richtgrößen je Fall und der jeweiligen Fallzahlen des Arztes für Arznei- und Verbandmittel einerseits und Heilmittel andererseits ermittelt. Die KVSH errechnet nach Abschluss des Kalenderjahres für jeden ihrer Vertragsärzte die für ihn geltende Richtgrößensumme.
- (2) Für das Jahr 1999 wird eine Richtgrößensumme für den Zeitraum vom 01.07.99 bis 31.12.99 (zwei Quartale) ermittelt.
- (3) Dem Vertragsarzt wird die Möglichkeit des quartalsabhängigen Ausgleichs eingeräumt, d. h. zu einer Prüfung werden alle vier Quartale eines ganzen Kalenderjahres (für 1999 das 2. Halbjahr) herangezogen, die sich im Hinblick auf Über- oder Unterschreitung der Richtgrößensumme gegenseitig wieder ausgleichen können. Sollte der Fall eintreten, dass nur ein Quartal zur Ermittlung der Richtgrößensumme zur Verfügung steht, wird dieses Quartal den 4 Quartalen des Vorjahres bzw. des nachfolgenden Jahres zugefügt.
- (4) Ab dem Jahr 2000 wird ein Prüfverfahren bei einer Überschreitung der Richtgrößensumme um mehr als 15 v. H. eingeleitet. Bei einer Überschreitung um mehr als 25 v. H. hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

Die Festsetzung der Interventionsgrenzen gilt nur für den Fall, dass der Entwurf des Gesetzes zur GKV-Reform 2000 in Kraft tritt; ansonsten werden die Interventionsgrenzen neu ausgehandelt.

- (5) Für die Richtgrößenprüfung stellt die KVSH den Mitgliedern des Prüfungsausschusses folgende Daten vor Sitzungstermin arztbezogen zur Verfügung:
- Arztnummer,
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen,
 - Fallzahlen, getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern bzw. Altersklassen unter Hinweis auf § 1 Abs. 5,
 - die nach Absatz 1 ermittelte Richtgrößensumme,
 - die veranlassten Bruttoausgaben und Zuzahlungsbeträge sowie
 - die veranlassten Bruttoausgaben nach Abzug der Anlage 2 bei Arzneimitteln und bei Heilmitteln ggf. differenziert nach physikalisch-medizinischen, logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen.
- (6) Die in der Anlage 2 und 3 dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen für die Anerkennung besonderer Versorgungsverhältnisse sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen. Besondere Versorgungsverhältnisse sind nur im Rahmen wirtschaftlicher Versorgung als Praxisbesonderheit anzuerkennen.

- (7) Stellt der Prüfungsausschuss eine über die Interventionsgrenze(n) hinausgehende Überschreitung der für den Vertragsarzt geltenden Richtgrößensumme fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb der Frist für Rechtsbehelfe die Höhe der von ihm veranlassten Ausgaben zu begründen.
- (8) Bei der Prüfung ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind und die nicht mit den Regelungen nach § 3 Abs. 3 und 4 und § 1 Abs. 4 berücksichtigt wurden, angemessen Rechnung zu tragen. Andere als in der Anlage 2 und 3 zu dieser Vereinbarung genannte Praxisbesonderheiten sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Art und/oder der Anzahl nach von den Erkrankungen abweichen, die üblicherweise in den Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen.
- (9) Überschreitungen der Heilmittel-Richtgrößen können durch Unterschreitungen der Arzneimittel-Richtgrößen kompensiert werden und umgekehrt, sofern ein ursächlicher Zusammenhang nachgewiesen werden kann.
- (10) Zur Feststellung der Ausgleichsverpflichtung des Vertragsarztes sind sowohl bei den veranlassten Ausgaben als auch bei der für die Prüfung zu Grunde gelegten Richtgrößensumme und ggf. den in Abzug zu bringenden Praxisbesonderheiten die gesetzlichen Zuzahlungen und der Rabatt nach § 130 SGB V zu berücksichtigen (Netto-Prinzip). Die Berechnungsschritte zur Feststellung der regresspflichtigen Überschreitung von Richtgrößen sind in der Anlage 5 dargestellt.
- (11) Die Regresssumme nach Absatz 10 wird zu gleichen Teilen auf die vier, dem Prüfungszeitraum folgenden Quartale aufgeteilt und mit den Honoraransprüchen des Vertragsarztes verrechnet. Der Prüfungsausschuss kann auf Antrag eine abweichende Verrechnung festlegen.
- (12) Im Einzelfall kann der Prüfungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes die Regresssumme nach Absatz 10 für das auf den Prüfzeitraum folgende Kalenderjahr aussetzen, um dem Vertragsarzt die Möglichkeit des Ausgleichs durch Unterschreitung zu geben. Wird der Ausgleich in dem folgenden Kalenderjahr jedoch – ganz oder teilweise – nicht hergestellt, ist der verbleibende Betrag als Regress in einer Summe fällig.
- (13) Kann die KVSH einen Regress nicht mit Honoraransprüchen verrechnen, tritt sie die Forderungen an die Verbände ab.

§ 8

Anpassung während der Vertragslaufzeit

Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die Funktions- und Wirkungsweise der Vereinbarung und deren Praktikabilität. Sie verhandeln im Bedarfsfall über eine Anpassung, wenn diese auf Grund von Veränderungen in folgenden Bereichen erforderlich ist:

- Arznei- und Heilmittelbudget,
- Verteilungsvolumina für die Bildung von Richtgrößen,
- Richtgrößen,

- Anlage 2/3 (in der jeweils gültigen Fassung),
- Interventionsgrenzen,
- Arzt- und Fallzahlentwicklung,
- Fachgruppeneinteilung (Vertragsärzte),
- Altersklasseneinteilung statt Versichertenstatus,
- Änderung der Gesetzeslage,
- Sprechstundenbedarf,
- Ergotherapie / Logopädie,
- Datenlage bzw. Datenlieferung.

§ 9

Inkrafttreten und Laufzeit

- (1) Die Vereinbarung tritt ab 01.07.99 in Kraft und gilt bis auf weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Eine Kündigung ist frühestens zum 31.12.2000 mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende möglich.
- (5) Für alle hier nicht aufgeführten Regelungen gilt die Prüfvereinbarung zwischen den Vertragspartnern vom 15.03.1995.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, den 30.11.1999

gez. Bittmann
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

gez. Peter Buschmann
AOK Schleswig-Holstein,
Kiel

gez. Schurwanz
BKK-Landesverband NORD,
Hamburg

gez. Ralf Hermes
IKK-Landesverband NORD,
Kiel

gez. Baier
Schleswig-Holsteinische Land-
wirtschaftliche Krankenkasse,
Kiel

gez. Günter Ploß
Verband der Angestellten-
Krankenkassen, Kiel

gez. Günter Ploß
Arbeiter-Ersatzkassen-Ver-
band, Kiel

Protokollnotiz

zur gemeinsamen Prüfvereinbarung vertragsärztliche Versorgung vom 15.03.1995

Für die Richtgrößenprüfung gemäß § 11 der Vereinbarung gelten ab dem 01.07.1999 die Regelungen der Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln auf der Grundlage von Richtgrößen vom 30.11.1999.

Folgende Ergänzungen/Änderungen der Prüfvereinbarung sind erforderlich:

- (1) Die Antragsfrist auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten (§ 10) erfolgt nicht mehr quartalsweise, sondern bezogen auf die Verordnungen eines gesamten Jahres. In § 6 Abs. 3 der Prüfvereinbarung wird die Antragsfrist auf 9 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres festgesetzt.
- (2) In § 10 Abs. 9 wird ebenfalls die Antragsfrist von 9 Monaten nach Abschluss des zu prüfenden Verordnungsquartals auf 9 Monate nach Abschluss des zu prüfenden Verordnungsjahres geändert.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, den 30.11.1999

gez. Bittmann
Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

gez. Peter Buschmann
AOK Schleswig-Holstein,
Kiel

gez. Schurwanz
BKK-Landesverband NORD,
Hamburg

gez. Ralf Hermes
IKK-Landesverband NORD,
Kiel

gez. Baier
Schleswig-Holsteinische Land-
wirtschaftliche Krankenkasse,
Kiel

gez. Günter Ploß
Verband der Angestellten-
Krankenkassen, Kiel

gez. Günter Ploß
Arbeiter-Ersatzkassen-Ver-
band, Kiel

Anlagen

zur

Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln auf der Grundlage von Richtgrößen ab dem 2. Halbjahr 1999

- 1) Fachgruppenzuordnung für die Richtgrößenbildung
- 2) Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen
- 3) Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (gemäß Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 10. Februar 1999, Stand 30. September 1998)
- 4) Richtgrößen Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel für das 2. Halbjahr 1999
- 5) Berechnungsschritte zur Prüfung von Richtgrößen

Fachgruppenzuordnung

<u>ALB</u>	<u>FG-Nr.</u>	<u>GR-NR</u>	<u>FG-Name/Bezeichnung</u>	<u>Bes. Differenz.</u>
01	01 - 02	01	Anästhesisten	
02	04	02	Augenärzte	
03	07	03	Chirurgen	
04	08	04	Beteiligte Chirurgen	
05	10	05	Gynäkologen	
06	13	06	HNO-Ärzte	
07	16	07	Hautärzte	
08	19	08	Internisten - Stadt	
09	20	11	Internisten - Land	
10	21	12	Beteiligte Internisten	
11	23	13	Kinderärzte	
12	26	14	Laborärzte	
13	29	15	Lungenärzte	
15	35	16	Mund- und Kiefer-Chirurgen	
16	38	17	Nervenärzte	Neurologen
16	38	18	Nervenärzte	Psychiater
16	38	19	Nervenärzte	Neurol./Psychiater
18	44	20	Orthopäden	
20	53	23	Röntgenärzte	
21	54	24	Beteiligte Röntgenärzte	
22	56 - 57	25	Urologen	
23	19 - 20	26	Kardiologen	
29	DIV.	27	Ermächtigte	
30	19 - 20	28	Internisten Gemeinschaftspraxis	
31	80	29	Praktiker in Gemeinschaftspraxis	
32	80	30	fachübergr. Gemeinschaftspraxis	
40	82, 84, 86, 87	31	Praktiker-Stadt	
41	81, 88, 93	32	Praktiker-Land I (West)	
42	89, 90, 92	33	Praktiker-Land II (Ost)	
43	85, 91, 94, 95, 96	34	Praktiker-Land III (Süd)	
58	50, 52, 69, 70, 71	35	Psychotherapeuten	

Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen

Die Anlage 2 wurde auf Grundlage der derzeit gültigen Anlage 2 "Arzneimittel zur Ausnahme von Richtgrößenregelungen" der Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 10. Februar 1999, Stand 8. Juni 1998 erstellt

Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die damit beauftragt wurde, bis zum 30.09.99 die Umsetzung der Anlage 2 der Bundesempfehlung in Schleswig-Holstein zu ermöglichen. Aktualisierungen erfolgen jährlich, bei Bedarf auch häufiger. In diesem Zusammenhang ist die jeweils aktuelle Version der von der gemeinsamen Arbeitsgruppe der KBV und der GKV-Spitzenverbände erarbeiteten Wirkstoffliste zu berücksichtigen; sofern Änderungen dieser Auflistung erfolgen, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen.

Sobald auf Bundesebene die Wirkstoffliste nach Anlage 2 der Bundesempfehlung in eine Fertigarzneimittelliste umgesetzt ist, hat diese für Schleswig-Holstein Gültigkeit.

Wirkstoff	PB	SSB
4-Aminomethylbenzoesäure	+	
Aclarubicin	+	
ACTH	+	
Aldesleukin	+	
Alfentanyl (nur parenterale Anwendung)	+	
All-trans-Retinsäure	Eingeschränkt	
Alpha-Dihydroergocryptin	Eingeschränkt	
Alteplas	+	
Altretamin	+	
Aminoglutethimid	+	
Amsacrin	+	
Anastrozol	+	
Anistreplase	+	
Antithrombin	+	
Argipressin (nur parenterale Anwendung)	+	
Asparaginase	+	
Atovaquon	+	
Azathioprin	+	
Bacillus Calmette-Guérin (nur als Instillagel)	+	
Baclofen (nur intrathekal)	+	
Bendamustin	+	
Benzatropin	+	
Bicalutamid	+	
Bienengift	+	
Biperiden	+	
Bleomycin	+	
Blutgerinnungsfaktor I	+	
Blutgerinnungsfaktor II	+	

Wirkstoff	PB	SSB
Blutgerinnungsfaktor VII	+	
Blutgerinnungsfaktor VIII	+	
Blutgerinnungsfaktor bei Hemmkörperhämophilie	+	
Blutgerinnungsfaktor IX	+	
Blutgerinnungsfaktor X	+	
Blutgerinnungsfaktor XIII	+	
Bornaprin	+	
Bromocriptin	+	
Budipin	+	
Buserelin (nur als Diagnostikum)		+
Busulfan	+	
Carbimazol	+	
Carboplatin	+	
Carmustin	+	
Chlorambucil	+	
Chlorotrianisen	+	
Ciclosporin	+	
Cidofovir	+	
Cisplatin	+	
Cladribin	+	
Clodronsäure	+	
Corticorelin (nur als Diagnostikum)		+
Cyclophosphamid	+	
Cytarabin	+	
Dacarbazin	+	
Dactinomycin	+	
Dapson	+	
Daunorubicin	+	
Desfluran		+
Desmopressin (nur parenterale Anwendung)	+	
Diazoxid	+	
Didanosin	+	
Dihydrotachysterol	+	
Docetaxel	+	
Doxorubicin	+	
Enfluran		+
Entecapon	+	
Epirubicin	+	
Estramustin	+	
Ethambutol	+	
Ethosuximid	+	
Etoposid	+	
Felbamat	+	
Fenoterol (nur parenterale Anwendung)	+	
Fentanyl (nur parenterale Anwendung, Pflaster)	+	
Filgrastim G-CSF	+	
Fludarabin	+	
Fluorouracil	Eingeschränkt	
Flutamid	+	

Wirkstoff	PB	SSB
Formestan	+	
Foscarnet	+	
Fosfestrol	+	
Furosemid (nur ≥ 250 mg)	+	
Gabapentin	+	
Ganciclovir	+	
Gemcitabin	+	
Gestonoron	+	
Glucagon	+	
Gonadorelin (nur nasale Anwendung bei Kindern)	+	
Goserelin (nur als Diagnostikum)		+
Hydrocortison (nur ≥ 500 mg)	+	
Hydroxycarbamid	+	
Ibandronsäure	+	
Idarubicin	+	
Ifosfamid	+	
Immunglobulin-Rhesus Anti D	+	
Immunglobuline-CMV	+	
Immunglobuline-Hepatitis A	+	
Immunglobuline-Hepatitis B	+	
Immunglobuline-Masern	+	
Immunglobuline-Röteln	+	
Immunglobuline-Tetanus	+	
Immunglobuline-Tollwut	+	
Immunglobuline-Varizellen	+	
Indinavir	+	
Insuline (außer Insulin Lispro)	+	
Isofluran		+
Isoniazid	+	
Kaliumbromid (nur ≥ 850 mg)	+	
Lamivudin	+	
Lamotrigin	+	
Lenograstim	+	
Lepirudin	+	
Letrozol	+	
Leuporelin (nur als Diagnostikum)		+
Levodopa	+	
Levodopa plus Benseracid	+	
Levodopa plus Carbidopa	+	
Lisurid	+	
Lomustin	+	
Lymphozyten-Globuline	+	
Lypressin (nur nasale Anwendung)	+	
Mab 17-1A Monoklonale AK	+	
Medrogeston (nur ≥ 25 mg)	+	
Medroxyprogesteron (nur ≥ 100 mg)	+	
Megestrol	+	
Melphalan	+	
Mercaptopurin	+	

Wirkstoff	PB	SSB
Mesuximid	+	
Methotrexat	+	
Methylprednisolon (nur >= 250 mg)	+	
Methylthiouracil	+	
Metixen	+	
Miltefosin	+	
Mitomycin	+	
Mitoxantron	+	
Molgamostim	+	
Morphin	+	
Muromonab-CD 3	+	
Mycophenolatmofetil	+	
Nelfinavir	+	
Nevirapin	+	
Nimustin	+	
Octreotid	+	
Ornipressin (nur parenterale Anwendung)		+
Oxytocin plus Methylergometrin	+	
Paclitaxel	+	
Pamidronsäure	+	
Pentamidin	+	
Pentostatin	+	
Pergolid	+	
Phenprocoumon	+	
Phenytoin	+	
Polyestradiol	+	
Prednisolon (nur >= 250 mg)	+	
Pridinol	+	
Primidon	+	
Procarbazin	+	
Propylthiouracil	+	
Protionamid	+	
Pyrazinamid	+	
Pyrimethamin	+	
Remifentanil (nur parenterale Anwendung)		+
Reteplase	+	
Rifabutin	+	
Rifampicin	+	
Riluzol	+	
Ritodrin (nur parenterale Anwendung)	+	
Ritonavir	+	
Ropinirol	+	
Saquinavir	+	
Somatorelin (nur als Diagnostikum)		+
Stavudin	+	
Streptokinase	+	
Sufentanil (nur parenterale Anwendung)		+
Sultiam	+	
Tacrolimus (nur orale und parenterale Anwendung)	+	

Wirkstoff	PB	SSB
Tamoxifen	+	
Teniposid	+	
Terlipressin (nur parenterale Anwendung)	+	
Testolacton	+	
Thiamazol	+	
Thioguanin	+	
Thiotepa	+	
Thymoglobulin	+	
Tiagabin	+	
Tiaprid	+	
Tolcapon	+	
Torasemid (nur >= 200 mg)	+	
Toremifen	+	
Tranexamsäure	+	
Treosulfan	+	
Tretinoin (nur systemische Anwendung)	+	
Triamcinolon (nur >= 40 mg)	+	
Trihexyphenidyl	+	
Trimethadion	+	
Triptorelin (nur als Diagnostikum)		+
Trofosamid	+	
Urokinase	+	
Valproinsäure	+	
Vasopressin (nur parenterale Anwendung)	+	
Vigabatrin	+	
Vinblastin	+	
Vincristin	+	
Vindesin	+	
Vinorelbin	+	
Warfarin	+	
Wespengift	+	
Zalcitabin	+	
Zidovudin	+	

Erläuterungen:

PB - Praxisbesonderheit

SSB - Sprechstundenbedarf

Die Arbeitsgruppe übernimmt keine Gewähr für die Vollständigkeit der Auflistung.

Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(gemeinsame Arbeitsgruppe KBV und GKV-Spitzenverbände, Stand: 30. September 1998)

1. präparatebezogene Berücksichtigung

Bei den nachstehenden Indikationen wird den besonderen Versorgungsverhältnissen einer ärztlichen Praxis bereits mit der Wirkstoffliste nach Anlage 2 dieser Empfehlung umfassend Rechnung getragen. Die Berücksichtigung dieser Praxisbesonderheiten entfällt, wenn und soweit eine Ausnahme der Arzneimittel mit den Wirkstoffen nach Anlage 2 regional vereinbart ist.

Indikation	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
1.1 Immunsuppressiva nach Organtransplantation		
1.2 Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis		
1.3 Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus		
1.4 Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten		
1.5 Therapie mit Virustatika bei behandlungsbedürftigen HIV-Infektionen		
1.6 orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga und Zytokine		

2. fallbezogene und indikationsabhängige Berücksichtigung

Bei den nachstehenden Indikationen ergeben sich Praxisbesonderheiten fallbezogen und indikationsabhängig im Hinblick auf Arzneimittel, die in der Wirkstoffliste nach Anlage 2 dieser Empfehlung nicht berücksichtigt sind.

	Indikation	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
2.1	Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase		
2.2	Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität		
2.3	Interferon-Therapie bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten		
2.4	Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten		
2.5	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose		
2.6	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz		
2.7	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen		
2.8	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs		
2.9	Parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten als Rezepturzubereitung sowie parenterale Chemotherapie mit für diese Indikation zugelassenen Interferonen		
2.10	Therapie behandlungsbedürftiger Begleiterkrankungen bei HIV-Infektionen		

3. Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien

Bei den nachstehenden Indikationen/Therapien zu Heilmitteln werden die besonderen Versorgungsverhältnisse einer ärztlichen Praxis durch die Differenzierung der Richtgrößen nach Indikationsgruppen berücksichtigt. Sobald entsprechend differenzierte Richtgrößen regional vereinbart werden, entfällt jeweils der Aspekt der Praxisbesonderheit insgesamt.

Indikation	Arztgruppe	Fälle pro Quartal
3.1 Ergotherapie		
3.2 Logopädie		

Erläuterungen zu Anlage 3

Soweit aus datentechnischen Gründen Wirkstoffe der Anlage 2 nicht routinemäßig Berücksichtigung finden können, dient die Definition von Praxisbesonderheiten nach Anlage 3 im wesentlichen folgenden Zielsetzungen:

1. Stellt der Arzt fest, daß für ihn Praxisbesonderheiten im Sinne der Anlage 3 zutreffen, so sollte er auf einem Beiblatt zur Abrechnung die Praxisbesonderheiten bezeichnen und die jeweils zutreffende Fallzahl für diese Praxisbesonderheiten angeben, um sich ggf. von weitergehenden Prüfungen zu entlasten (vgl. Nr. 2). Zwar untersucht der Prüfungsausschuß auch ohne Beilegung eines solchen Beiblattes das Vorliegen von Praxisbesonderheiten, jedoch wird in diesem Fall bei Feststellung von Richtgrößenüberschreitungen das Prüfverfahren zunächst in Gang gesetzt, so daß der Arzt ggf. seine Verordnungsweise vor dem Prüfungsausschuß zu rechtfertigen hat.
2. Soweit erkennbar ist, daß der Arzt Praxisbesonderheiten gemäß Anlage 3 aufweist, die eine Überschreitung der Interventionsgrenzen als plausibel erscheinen lassen, kann der Prüfungsausschuß dies zum Anlaß nehmen, von einer weitergehenden Prüfung abzusehen.

Außer den nach Anlage 3 aufgeführten Praxisbesonderheiten kann der Arzt im Einzelfall weitere Praxisbesonderheiten angeben.

**Richtgrößen
Arznei- und Verbandmittel
für das 2. Halbjahr 1999**

	M	F	R
Anästhesisten	16,19	8,86	41,09
Augenärzte	7,91	5,05	16,02
Chirurgen	13,26	6,57	19,21
Erm. Chirurgen	13,41	5,09	8,90
Gynäkologen	19,83	22,42	34,46
HNO-Ärzte	19,94	15,79	13,53
Hautärzte	45,15	35,14	48,41
Internisten-Stadt	95,05	69,82	194,28
Internisten-Land	96,88	70,12	224,89
Erm. Internisten	456,22	336,45	376,27
Kinderärzte	43,97	33,39	40,93
Laborärzte	0,03	0,02	0,01
Lungenärzte	151,97	130,41	209,55
MK-Chirurgen	10,73	7,77	10,56
Nervenärzte	76,03	54,86	128,62
Orthopäden	7,90	4,40	16,67
Röntgenärzte	0,81	0,38	0,55
Erm. Röntgenärzte	3,56	0,61	1,84
Urologen	59,29	36,86	147,27
Kardiologen	41,25	28,10	56,07
Ermächtigte	80,03	39,40	143,09
Gem. Internisten	108,65	81,55	245,93
Gem. Praktiker	74,47	49,12	233,86
Gem. Fachüber.	81,47	59,85	221,85
Praktiker Stadt	70,63	50,22	216,08
Praktiker Land 1	79,34	52,89	215,86
Praktiker Land 2	79,61	52,84	230,86
Praktiker Land 3	76,44	50,68	222,82

**Richtgrößen
Heilmittel**
für das 2. Halbjahr 1999

	M	F	R
Anästhesisten	12,58	4,90	16,41
Augenärzte	0,22	0,05	0,31
Chirurgen	22,56	12,54	34,32
Erm. Chirurgen	17,02	8,05	19,84
Gynäkologen	0,68	0,64	3,82
HNO-Ärzte	0,74	0,25	1,63
Hautärzte	0,47	0,22	1,01
Internisten-Stadt	8,55	7,06	20,77
Internisten-Land	10,87	7,91	24,24
Erm. Internisten	5,55	12,17	9,80
Kinderärzte	7,55	13,93	81,00
Lungenärzte	2,17	0,93	4,37
MK-Chirurgen	2,59	0,79	2,13
Nervenärzte	8,68	6,69	24,82
Orthopäden	53,75	46,27	68,49
Röntgenärzte	0,78	0,40	3,03
Urologen	0,75	0,44	0,94
Kardiologen	2,12	3,26	3,95
Ermächtigte	27,95	20,90	27,98
Gem. Internisten	10,41	8,56	23,66
Gem. Praktiker	16,40	12,29	40,41
Gem. Fachüber.	13,03	9,96	30,50
Praktiker Stadt	10,78	6,65	26,24
Praktiker Land 1	17,43	10,36	33,94
Praktiker Land 2	16,08	9,79	35,79
Praktiker Land 3	12,75	9,80	33,17

Berechnungsschritte zur Prüfung von Richtgrößen

1. Anlass zum Prüverfahren (Aufgreifkriterium)

1.1 Ermittlung der Brutto-Richtgrößensumme des Vertragsarztes

[Fallzahlen x Richtgrößen] = Richtgrößensumme
(Mehrfachschritt mit Summierung)

1.2 Feststellung der veranlassten Brutto-Ausgaben

(Ermittlung aus der arztbezogenen Erfassung)

1.3 Prüfsumme

Brutto-Ausgaben nach 1.2 - (Anlage 2 + Korrekturbetrag-Zuzahlung
+ Null-Verordnungen)

1.4 Feststellung der Prüfauffälligkeit

[(Prüfsumme nach 1.3) : (RG-Summe nach 1.1) x 100] - 100

= Prüfquote 1 (in %)

Prüfquote 1 unter der Interventionsgrenze für Prüfung:
kein formaler Prüfbedarf

Prüfquote 1 über der Interventionsgrenze für Prüfung:
weitergehende Prüfung

2. Weitergehende Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit

2.1 Berücksichtigung individueller Versorgungsverhältnisse

Prüfsumme nach 1.3

abzgl. vom Prüfungsausschuss als Praxisbesonderheiten anerkannte
Verordnungskosten

= bereinigte Brutto-Ausgaben

2.2 Feststellung auf Einhaltung oder Überschreitung der Richtgröße(n)

$$\left[\left(\text{bereinigte Ausgaben nach 2.1} \right) : \left(\text{RG-Summe nach 1.1} \right) \times 100 \right] - 100$$

= **Prüfquote 2 (in %)**

Prüfquote 2 unter der Interventionsgrenze für Regressverfahren:
kein pauschalierter Regress

Prüfquote 2 über der Interventionsgrenze für Regressverfahren:
regresspflichtige Unwirtschaftlichkeit

3. Pauschalierte Festsetzung des Regressbetrages

3.1 Ermittlung der veranlassten und anerkannten Ausgaben

bereinigte Brutto-Ausgaben nach 2.1

abzgl. Rabatt nach § 130 SGB V (5%)

abzgl. Zuzahlungsbetrag des Arztes

= **bereinigte Netto-Ausgaben**

3.2 Feststellung des regresspflichtigen Überschreibungsbetrages

$$\text{bereinigte Netto-Ausgaben nach 3.1} \times \left[1 - \frac{\left(\text{Richtgrößensumme} + \text{zul. Überschreitung} \right)}{\text{bereinigte Brutto-Ausgaben nach 2.1}} \right]$$

= **Regressbetrag (Netto)**

Ausfertigungsvermerk:

Bad Segeberg, 1. März 2000

gez. Dr. Schäfer

- Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung -