

# **Richtgrößen-Vereinbarung 2012**

## **Arznei- und Verbandmittel**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB)

der AOK Bremen/Bremerhaven

dem BKK Landesverband Mitte,  
zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg

der IKK gesund plus, handelnd als IKK- Landesverband für das Land Bremen,  
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband  
für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

und den Ersatzkassen:

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH -Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
vertreten durch den Leiter der vdek - Landesvertretung Bremen

in Ergänzung zur Prüfvereinbarung gem. § 106 SGB V vom 01.01.2008 in der  
jeweils geltenden Fassung.

**Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel  
und die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung  
der Richtgrößenvolumen gemäß §§ 84 Abs. 6, 106 Abs. 5a SGB V:**

## **Präambel**

Die KVHB und die Verbände der Krankenkassen in Bremen vereinbaren gemäß § 84 Abs. 6 SGB V arztgruppenspezifische Richtgrößen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen damit das Ziel der Gewährleistung einer ausreichenden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln.

## **§ 1 Vertragsgegenstand**

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppen-spezifischer Richtgrößen und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens. Die Vereinbarung regelt daneben die Ausnahmeveraussetzungen für einen Verzicht auf die Richtgrößenprüfung.

## **§ 2 Art und Höhe der Richtgrößen**

Für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen werden jeweils die ebenfalls aus dieser Anlage ersichtlichen Richtgrößen je kurativ-ambulantem Behandlungsfall (Konto 400) getrennt nach den beiden Versichertengruppen (M und F einerseits, R andererseits\*) festgesetzt.

Für fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren (MVZ) wird ein arithmetischer Mittelwert der arztgruppenbezogenen Werte aus Anlage 1 errechnet. Das gleiche gilt für Arztpraxen soweit dort fachübergreifend ein angestellter Arzt tätig ist (§ 95 Abs. 9 SGB V). Ärzte mit Gebietsbezeichnungen ohne Richtgröße bleiben dabei unberücksichtigt. Die Richtgröße für solche Praxen ergibt sich aus der Richtgröße des anderen Vertragsarztes bzw. dem arithmetischen Mittelwert der anderen Vertragsärzte. Ebenso unberücksichtigt bleibt die Rentner-Richtgröße für beteiligte Kinderärzte. Maßgebend ist dann ein angemessener Prozentsatz der Rentner-Richtgrößen der übrigen Fachgruppen in der Berufsausübungsgemeinschaft.

Die Richtgrößen werden auf Grundlage der Fälle und Brutto-Ausgaben eines Kalenderjahres gebildet. Sie gelten jahresbezogen je kurativ-ambulantem Behandlungsfall (Konto 400) der Praxis bzw. des Arztes.

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

## **§ 3 Bekanntgabe der Richtgrößen**

Die Vertragsärzte werden durch die KVHB über Höhe und Wirkung der Richtgrößen sowie über den Grenzwert (siehe § 4) informiert.

\*Protokollnotiz zu § 2: Die Verbände der Krankenkassen streben an, die organisatorischen datenlogistischen Voraussetzungen für eine altersgruppenbezogene Zuordnung der Arznei- und Verbandmittelkosten zu schaffen (siehe Rahmenvorgaben 2002 gemäß § 84 Abs. 7 SGB V).

## **§ 4 Prüfungsgegenstand**

Prüfungsgegenstand ist die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise eines Arztes bei Überschreitung des festgesetzten Richtgrößenvolumens um mehr als 15 Prozent gemäß § 106 Abs. 5a SGB V. Davon unberührt bleiben alle anderen Prüfungen nach § 106 SGB V.

## **§ 5 Feststellung der veranlassten Ausgaben und des Richtgrößenvolumens**

1. Grundlage der Richtgrößenprüfung sind die von den Krankenkassenverbänden sowie der KVHB gem. § 296 SGB V übermittelten Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen maßgebend.
2. Ergänzend zu Abs. 1 stellen die Verbände für die Richtgrößenprüfung bis spätestens zum 31.08.2013 der Daten zusammenführenden Stelle die Ordnungsdaten der Arznei- und Verbandmittel auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
3. Die KVHB stellt der Prüfungsstelle sowie der Daten zusammenführenden Stelle folgende Daten arztbezogen zur Verfügung
  - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen
  - Fallzahlen, getrennt nach Mitgliedern/Familienangehörigen und Rentnern.
4. Nicht übermittelt werden Kosten, die auf Sozialamtsbetreute nach § 264 SGB V entfallen.
5. Die Berechnung des Richtgrößenvolumens für einen Vertragsarzt nach Abschluss des Vertragszeitraumes (31.12.2012) basiert auf der Multiplikation der Richtgrößen für die Arztgruppe mit der Fallzahl dieses Vertragsarztes.

## **§ 6 Verfahren und Überschreitung des Richtgrößenvolumens**

1. Sobald ein Vertragsarzt das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen für Arznei- und Verbandmittel um mehr als 15 Prozent überschreitet, wird von der Prüfungsstelle ein Prüfverfahren nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen (§ 106 Abs. 5a SGB V) eingeleitet. Überschreitet der Vertragsarzt das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen für Arznei- und Verbandmittel um mehr als 25 Prozent, hat der Vertragsarzt den sich hieraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Der Berechnungsmodus zur Feststellung einer möglichen Überschreitung einer Richtgröße durch den Vertragsarzt ergibt sich aus Anlage 9 der Bremischen Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V vom 01.01.2008.

2. Stellt die Prüfungsstelle eine über die vorgenannten Interventionsgrenzen hinausgehende Überschreitung des für den Vertragsarzt geltenden Richtgrößenvolumens fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar sind, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb der für Rechtsbehelfe vorgesehenen Frist die Höhe der von ihm veranlassten (Brutto-) Ausgaben zu begründen.

Dabei ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind, angemessen Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch die Versorgung von Disease-Management-Patienten, soweit die entsprechenden Anlagen zu den Medizinischen Versorgungsverhältnissen der jeweiligen Vereinbarungen der Vertragspartner nach § 73a SGB V zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V beachtet werden und die Arzneimittel zur Erreichung der Therapieziele notwendig sind. Soweit zutreffend, ist auch ein im Verhältnis zur Arztgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten zu berücksichtigen.

3. Die in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen für die Anerkennung besonderer Versorgungsverhältnisse als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist dabei auf die unter Berücksichtigung der Preise und der Verordnungsart und -menge wirtschaftliche Versorgung begrenzt.

Andere als in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung genannte Praxisbesonderheiten sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Art und/oder der Anzahl nach von Erkrankungen abweichen, die üblicherweise in Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen. Sie sind vom Arzt darzulegen.

4. Für Praxisbesonderheiten hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden.

## **§ 7**

### **Ausgleichsverpflichtung**

1. Bei der Feststellung der sich im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 2 dieser Vereinbarung ergebenden Ausgleichsverpflichtung sind die veranlassten Nettoausgaben des Vertragsarztes, ggf. getrennt nach Mitgliedern/Familienangehörigen und Rentnern, um die Nettokosten der von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten zu vermindern. Die Ausgleichsverpflichtung nach Satz 1 ergibt sich aus Anlage 9 der Bremischen Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V vom 01.01.2008
2. Ergibt die Prüfung nach Durchschnittswerten gemäß § 106 Abs. 1 bis 5 SGB V der verordneten Arznei- und Verbandmittel Erstattungsansprüche der Krankenkassen, sind diese auf den Erstattungsbetrag, der sich aus der Prüfung bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens ergibt, anzurechnen (Art. 3 § 2 ABAG).

**§ 8**  
**Ausnahmevoraussetzungen**

1. Ein Vertragsarzt wird von der Richtgrößenprüfung befreit, sofern er das Richtgrößenvolumen für das Jahr 2012 um nicht mehr als 35 Prozent überschreitet und seine Verordnungskosten pro Fall gegenüber dem Jahr 2011 nicht steigert.
2. Ebenfalls befreit werden Vertragsärzte, die ihre Verordnungskosten gegenüber dem Jahr 2011 um mindestens 10 Prozent-Punkte senken und ihr Richtgrößenvolumen 2012 nach der Absenkung um nicht mehr als 40 Prozent überschreiten.

**§ 9**  
**Anpassung während der Vertragslaufzeit**

Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die Funktions- und Wirkungsweise der Vereinbarung und deren Praktikabilität. Soweit erforderlich, können während der Vertragslaufzeit Anpassungen dieser Vereinbarung erfolgen.

**§ 10**  
**Laufzeit**

1. Die Vereinbarung gilt vom 01.01.2012 bis zum 31.12.2012. Kommt eine Folgevereinbarung nicht zustande, gilt diese längstens bis zum 30.06.2013.
2. Im Falle von Änderungen gesetzlicher Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, in eine Verhandlung über eine Anpassung dieser Vereinbarung einzutreten.
3. Die Anlagen 1 und 2 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

Bremen,

---

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

---

AOK Bremen/Bremerhaven

---

IKK gesund plus, handelnd als IKK -Landesverband  
für das Land Bremen, zugleich für die Krankenkasse  
für den Gartenbau, handelnd als Landesverband  
für die landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

---

BKK Landesverband Mitte,  
zugleich für die Knappschaft  
Regionaldirektion Hamburg

---

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Der Leiter der vdek Landesvertretung Bremen