



Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2011

Richtgrößen

Leitsubstanzen /
Mindest- und Höchstquoten

Praxisbesonderheiten für
Arznei- und Heilmittel

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstrase 56
20083 Hamburg

Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Regina Lilje
Barbare Spies
Beratung und Information

Das vorliegende Service-Heft ist entstanden in Anlehnung an die Informationsbroschüre der KV Nordrhein „Arznei- und Heilmittelregresse“. Mit freundlicher Genehmigung der KV Nordrhein.

Umsetzung

Headquarters Hamburg GmbH
Oberhafenkontor · Stadtdeich 27
20097 Hamburg
info@hqhh.de · www.headquarters-hamburg.de

Fotonachweis

iStockphoto

Stand: November 2010

Ansprechpartner

Bereich Beratung und Information
KV Hamburg
Regina Lilje Tel: 040 / 22802 - 498
Barbare Spies Tel: 040 / 22802 - 564

Pharmakotherapieberater

Dr. Klaus Voelker
Dr. Hartmut Horst

Sekretariat der Fachabteilung
Gitta Miotk Tel: 040 / 22802 - 571
Maike Kordys Tel: 040 / 22802 - 572

Inhalt

Vorwort	4
Arzneimittelvereinbarung 2011	6
1. Richtgrößen für Arzneimittel und Verbandstoffe	7
2. Leitsubstanzen	9
2.1 Höchst- und Mindestquoten	11
3. Generika/Me-Too-Präparate/Kontrovers diskutierte Arzneimittel	13
4. Arzneimittel-Praxisbesonderheiten	18
Heilmittelvereinbarung 2011	26
1. Richtgrößen für Heilmittel	27
2. Heilmittel-Praxisbesonderheiten	28

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gesetzlichen Krankenkassen geben seit einigen Jahren mehr Geld für verordnete Arzneimittel aus als für das vertragsärztliche Honorar. Ein bloßes Instrument vertragsärztlicher Tätigkeit beansprucht also mehr Finanzmittel als die intellektuelle (und emotionale) Leistung des Arztes. Ganz gleich, wie man diesen Fakt bewertet, liegt es jedenfalls auf der Hand, dass es wohl problematisch wäre, wenn man keine Grenzen und Leitlinien hätte, innerhalb derer sich eine Verordnung zu Lasten der Krankenkassen bewegen muß.

Während dieser Grundsatz wenigstens mehrheitsfähig ist, gilt dies nicht mehr für die aktuellen Instrumente. Das Gesetz verpflichtet die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen dazu, sich im Rahmen einer Vereinbarung zu Arznei- sowie Heilmitteln auf eine Ausgabenobergrenze zu einigen und zur Einhaltung dieser Ober-

grenze unter anderem auf die Hilfe einer Richtgrößenprüfung zurückzugreifen.

In Hamburg hat es in den Jahren 2009 und 2010 keine Fortschreibung der Vereinbarung gegeben. Grund war, dass die Krankenkassen keinen abgestimmten Vorschlag machen konnten – was aber notwendig ist, denn diese Verträge werden mit allen Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen. Für 2011 konnten wir wieder eine Vereinbarung erreichen, die einerseits die Ausgabenobergrenze auf ein Maß hebt, das wenigstens in die Nähe der Hamburger Realität kommt und andererseits die Richtgrößenprüfung entschlackt und konzentriert. Die damit einhergehenden Änderungen sind in dieser Broschüre im Detail erläutert.

Gleichwohl bleibt es bei der grundsätzlichen Kritik der KV Hamburg an den Instrumenten

der Arzneimittelsteuerung. In vielen Studien ist nachgewiesen, dass es nicht die Präparate der Grundversorgung sind, die die Ausgabenprobleme in Hamburg verursachen – aber genau diese Medikamente stellen den Hauptanteil der Richtgrößenprüfungen. Die wirklichen Kostentreiber sind dagegen (neue) Spezialpräparate, die in einer Medizinmetropole wie Hamburg überdurchschnittlich häufig verordnet werden.

Wir kämpfen seit einigen Jahren dafür, angesichts dieser Tatsache die Rahmenbedingungen der Verordnungsprüfung zu verändern. Zunächst muß der Arzt aus der Verantwortung für den Preis eines Medikamentes entlassen werden. Nicht nur, dass die Pharmaindustrie noch immer weitgehend frei den Preis „neuer“ Medikamente festlegen kann, die Möglichkeiten von Rabattverträgen, Sondervereinbarungen in Selektivverträgen und

manches mehr haben es zudem völlig unmöglich gemacht, dass ein Arzt noch den Überblick über die Preise behalten kann. Zudem haben wir gefordert, die Freiheit zu erhalten, intelligente Prüfungen vereinbaren zu können.

Zwar ist es uns gelungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf unsere Seite zu ziehen und die genannte Position als Forderung der deutschen Vertragsärzteschaft in die Politik zu tragen, doch die Bundesregierung hatte nicht den Mut zu einem solchen Schnitt. Das Ende 2010 verabschiedete „Arzneimittelneuordnungsgesetz“ korrigiert nur sehr zaghaft die Rahmenbedingungen und schafft vor allem die Richtgrößenprüfung nicht ab. Damit bleiben unsere Forderungen auf der politischen Agenda.

Vor diesem Hintergrund ist der Abschluß der Hamburger Vereinbarung für 2011 zu verstehen. Wenn die Richtgrößenprüfung schon nicht abgeschafft werden kann, haben wir wenigstens versucht, eine deutlich einfachere Handhabung zu vereinbaren.

Dies dürfte uns auch gelingen sein. Wir haben eine Struktur an die Hamburger Verhältnisse angepaßt, die in der KV Nordrhein seit einigen Jahren praktiziert wird und dort sowohl die Zahl der Verfahren als auch die in Rede stehenden Regreß-Summen spürbar verringert hat.

Nichtsdestotrotz betrachten wir 2011 als Übergangsjahr. In das Gesetz sind wenigstens Öffnungsklauseln hinein gekommen, die es den regionalen Vertragspartnern ermöglichen, eigene Wege zu gehen. Wir werden deshalb versuchen, solche Wege zu finden, wie wir den Spagat zwischen der gesetzlichen Vorgabe einer Prüfung und der Notwendigkeit einer vernünftigen Versorgung mit Arzneimitteln besser gestalten können.

Die Vereinbarung für 2011 ist ein Zwischenschritt zu diesem Ziel. Doch völlig losgelöst hiervon sollte sparsam mit der Verordnung von Arzneimitteln umgegangen werden. Es wäre schade, wenn die Schere zwischen den Verordnungskosten und dem ärztlichen Honorar

noch weiter auseinandergehen würde. Ganz im Gegenteil: Wir müssen die Verhältnisse wieder gerade rücken.

Sollten Sie Fragen zu unserer neuen Vereinbarung haben, die in dieser Broschüre nicht beantwortet werden, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Fachabteilung Tel: 040 / 22802 -571 oder -572).



Mit freundlichen Grüßen
Walter Plassmann

*Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg Stellvertretender
Vorsitzender*



Arzneimittelvereinbarung 2011

Das Gesetz schreibt vor, dass alljährlich die Kassenärztliche Vereinigung und die gesetzlichen Krankenkassen eine „Arznei- und Heilmittelvereinbarung“ schließen sowie eine zugehörige „Prüfvereinbarung“, die im wesentlichen die Modalitäten der Richtgrößenprüfung regelt. In der Arzneimittelvereinbarung wird festgehalten, wie hoch die Obergrenze der Ausgabenvolumina für verordnete Arzneimittel liegen soll. Eine Überschreitung dieser Obergrenze führt zunächst zu

einer gemeinsamen Prüfung von KV und Krankenkassen bezüglich der Gründe der Überschreitung. Liegen medizinisch unabwiesbare Gründe vor, kann die Überschreitung akzeptiert werden; kann diese aber nicht gemeinsam erklärt werden, hätten die Krankenkassen das Recht, die Überschreitungssumme von der KV zurückzufordern. Könnte sie diese Forderung durchsetzen, müßte die KV die Mittel aus der Honorarverteilung entnehmen – die Honorare würden spürbar sinken.

Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel beläuft sich im kommenden Jahr auf 729.880.862 Mio. Euro und liegt damit über den tatsächlichen Ausgaben des Jahres 2009. Darauf haben sich die KV Hamburg und die Krankenkassen verständigt. Die Richtgrößen für das Jahr 2011 wurden auf der Basis dieses Ausgabenvolumens neu berechnet. Es werden die bisherigen Zielfelder durch eine einfachere, übersichtlichere Leitsubstanzenregelung abgelöst.

1. Richtgrößen für Arzneimittel und Verbandstoffe

- Die Arzneimittel-Richtgrößen sind Orientierungswerte für die Obergrenze von Arzneimittelausgaben je Fall und Quartal. Die Verordnungskosten für Sprechstundenbedarf und Impfstoffe fließen dabei nicht in die Richtgröße ein.

Die Richtgrößen 2011 basieren auf dem vereinbarten Ausgabenvolumen 2011. Dabei handelt es sich um einen Nettowert, d.h. die Zuzahlungen der Patienten und die anfallenden Rabatte sind nicht enthalten. Da es sich bei den Richtgrößen jedoch um Bruttowerte handelt, müssen Zuzahlungen und Rabatte zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens zugerechnet werden. Das auf diese Weise errechnete

Richtgrößenvolumen wird auf die einzelnen Richtgrößengruppen so verteilt, wie die Ausgaben anteilig in der Vergangenheit gewesen sind. Die Volumina sind weiter auf die einzelnen Fälle der jeweiligen Richtgrößengruppe heruntergebrochen. Am Ende steht die Richtgröße pro Fall und Richtgrößengruppe. Gezählt werden alle Behandlungsfälle der Arztpraxis, also Originalfälle, Mit- und Weiterbe-

handlungsfälle, Vertreter und Notfallscheine (ohne organisierten Notdienst!) folgender Krankenkassen: der AOK Rheinland/Hamburg, der IKK classic, aller Betriebskrankenkassen, der Knappschaft und aller Ersatzkassen.

Bei der Berechnung des Richtgrößenvolumens („Arzneimittelbudget“), wird immer die

Fortsetzung auf S. 8 

Bitte beachten Sie

Im Gegensatz zu den Vorjahren enthalten die Richtgrößen erstmals alle Arzneimittelkosten. Das heißt, die Basis zur Berechnung der Richtgrößen wurde nicht mehr um die früher in Anlage 2 aufgeführten Wirkstoffe bereinigt. Bei einigen Richtgrößengruppen kann dies zu einer Veränderung der Richtgröße führen.

Ausführliche Informationen zur neuen Systematik und Anerkennungen von Arzneimittel-Praxisbesonderheiten finden Sie im Kapitel 4.

Tabelle 1

Arzneimittelrichtgrößen 2011		
Richtgrößengruppe	Richtgröße 2011 in EURO	
	MF*	R*
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	42,00	117,18
Augenheilkunde	6,35	14,50
Chirurgie	7,28	14,18
Gynäkologie	19,87	42,03
HNO	13,35	6,27
Haut- und Geschlechtskrankheiten	23,89	22,30
Innere Medizin, hausärztlich	73,40	127,75
Innere Medizin, fachärztlich, ohne Schwerpunkt	142,68	240,23
Innere Medizin, fachärztlich, Schwerpunkt Kardiologie	35,05	50,29
Innere Medizin, fachärztlich, Schwerpunkt Gastroenterologie	76,96	93,46
Innere Medizin, fachärztlich, Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen	104,91	129,34
Kinderheilkunde	29,66	53,19
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie , ohne KJP	166,40	156,17
Orthopädie	16,39	35,85
Urologie	31,63	82,89

*MF: Allgemeinversicherte (Mitglieder und Familienversicherte)
 *R: Rentenversicherte

 Fortsetzung von S. 7

Arztpraxis (Hauptbetriebsstätte und alle Nebenbetriebsstätten) herangezogen und nicht der einzelne verordnende Arzt! Für Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ wird eine „Mischrichtgröße“ aus den Richtgrößen der jeweils ver-

tretenen Fach- bzw. Richtgrößengruppen ermittelt.

Das Richtgrößenvolumen errechnet sich schließlich aus der jeweiligen Richtgröße, die multipliziert wird mit der Gesamtfallzahl der jeweiligen Arztpraxis, unabhängig davon, ob ein Patient Arzneimittel oder gar keine Arzneimittel benötigt.

Überschreiten die tatsächlichen Arzneimittelausgaben das Richtgrößenvolumen, so kann dies eine Wirtschaftlichkeitsprüfung auslösen (§ 106 Abs. 5a SGB V). Die Richtgrößenprüfung ist eine Jahresprüfung!

Ausführliche Informationen zur Richtgrößenprüfung finden Sie im Kapitel 4.



2. Leitsubstanzen

In den vergangenen Jahren hatten sich die Vertragspartner zur Erreichung von Wirtschaftlichkeitszielen auf Zielfelder mit Kosten /DDD-Zielwerten verständigt. Die neue Zielvereinbarung in Hamburg verläßt diese Systematik und richtet sich nach den Rahmenvorgaben, die auf Bundesebene zwischen der KBV und dem Spitzenverband der Krankenkassen ausgehandelt wurde. Damit werden die Zielfelder durch Leitsubstanzen abgelöst.

Künftig gibt es für zwölf Arzneimittelgruppen Leitsubstanzen, für die Sie jeweils einen Mindestverordnungsanteil erreichen sollten. Für die genannten Wirkstoffe besteht einerseits die beste Studienlage in der jeweiligen Arzneimittelgruppe, sie sind zudem generisch verfügbar, haben ein breites Zulassungsspektrum und sind vergleichsweise preiswert. Der Einsatz der Leitsubstanz als Generikum sichert bei gegebener Indikation (!) die Wirtschaftlichkeit

der Verordnung. Die Bundesvertragspartner haben aus Daten der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAMSi) für das erste Quartal 2010 die tatsächlichen Verordnungsanteile der Leitsubstanzen und Zielquoten zu den Arzneimittelgruppen für jede Kassenärztliche Vereinigung ermittelt. Soweit die Zielvorgabe in Hamburg bereits erreicht oder übertroffen ist, gilt der Hamburger Ist – Wert

Fortsetzung auf S. 10



als Zielgröße, für alle anderen gelten die Zielvorgaben der Bundesvertragspartner. In der folgenden Tabelle 2 finden Sie die für Hamburg vereinbarten Verordnungsanteile (Quoten) auf Basis der sogenannten definierten Tagesdosen (DDD).

In sechs Wirkstoffgruppen (ACE-Hemmer, ACE-Hemmer plus Diuretika, HMG-CoA-Reduktasehemmer, Selektive Betablocker, Nicht-steroidale Antirheumatika sowie Calciumantagonisten) übertrifft der Verordnungsanteil der Leitsubstanz in Hamburg bereits die Zielvorgabe der Bundesebene!

Es gilt, durch Kontinuität des Ordnungsverhaltens dieses Ergebnis aufrecht zuhalten. In den Wirkstoffgruppen der oralen Antidiabetika, Alpha-Rezeptorenblocker, Selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren, Bisphosphonate zur Osteoporose-Behandlung, Schleifendiuretika und Nichtselektive-Mo-

Leitsubstanzen 2011

Tabelle 2

Arzneimittelgruppe	Verordnungsanteil (DDD)
HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) Anteil Simvastatin	mindestens 90,3 %
Selektive Betablocker Anteil Bisoprolol, Metoprolol	mindestens 89,3 %
Alpha-Rezeptorenblocker Anteil Tamsulosin	mindestens 80,0 %
Bisphosphonate zur Osteoporosebehandlung Anteil Alendronsäure	mindestens 78,0 %
ACE-Hemmer Anteil Enalapril, Lisinopril, Ramipril	mindestens 97,0 %
ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen Anteil Enalapril, Lisinopril, Ramipril jeweils mit Diuretikum	mindestens 85,9 %
Orale Antidiabetika Anteil Metformin und Sulfonylharnstoffpräparate	mindestens 90,0 %
Schleifendiuretika Anteil Furosemid	mindestens 53,0 %
Calciumantagonisten Anteil Amlodipin, Nitrendipin	mindestens 82,8 %
Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahmehemmer Anteil Amitriptylin	mindestens 34,0 %
Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren Anteil Citalopram	mindestens 52,0 %
Nicht-steroidale Antirheumatika Anteil Diclofenac, Ibuprofen	mindestens 87,2 %

noamin-Rückaufnahmemehmer wurde die Zielvorgabe in Hamburg bislang nicht erreicht. Wir bitten daher bei der Wirkstoffauswahl innerhalb dieser Gruppen um erhöhtes Augenmerk auf die Leitsubstanzen, damit die Quoten erreicht werden können. Mit der neuen Leitsubstanzenregelung fallen die praxisindividuellen Zielfeldprüfungen künftig weg. CAVE: bei einer eventuellen Richtgrößenprüfung können nicht eingehaltene Quoten ggf. nachteilig gewertet werden.

Was sind DDDs?

Die definierte Tagesdosis (defined daily dose, DDD) wird als Maß für die verordnete Arzneimittelmenge verwendet. Die DDD basiert auf der Menge eines Wirkstoffes bzw. eines Arzneimittels, die typischerweise auf die Hauptindikation bei Erwachsenen pro Tag angewendet wird. Zu berücksichtigen ist, dass die DDD nicht die empfohlene oder tatsächlich verordnete Tagesdosis wiedergibt, sondern eine technische Maß- und Vergleichseinheit darstellt. Gegenüber anderen Messgrößen, wie der Anzahl abgegebener Verpackungen, oder dem damit erzielten Umsatz hat die DDD den Vorteil, dass der Verbrauch eines Arzneimittels anhand einer zuvor festgelegten Wirkstoffmenge direkt gemessen wird. Vorteil der DDD als Vergleichsmaß ist auch, dass Änderungen der Packungsgrößen oder Dosisstärken den gemessenen Verbrauch nicht verfälschen können.

2.1 Höchst- und Mindestquoten

Neben den zwölf Leitsubstanzen gibt es in Hamburg im Jahr 2011 drei Höchstquoten und zwei Mindestquoten für verordnungsstarke Arzneimittelgruppen. Diese orientieren sich ebenfalls am durchschnittlichen Verordnungsverhalten im 1. Quartal 2010.

Höchstquoten wurden für Ezetimib-haltige Arzneimittel (Inegy®, Ezetrol®), für GLP-1-Analoga (Byetta®, Victoza®), sowie für die transdermalen Darreichungsformen (Pflaster) der Opioide vereinbart. Der Verordnungsanteil für Ezetimib-haltige Arzneimittel soll unter 7% liegen, dieser Wert wurde in Hamburg zum Zeitpunkt der

Berechnungen genau erreicht. In dem im März 2010 in Kraft getretenen Therapiehinweis zu Ezetimib weist der Gemeinsame Bundesausschuss darauf hin, dass für Ezetimib keine Endpunktstudien vorliegen, die eine Reduktion von Morbidität, Mortalität oder eine Verbesserung der Lebensqualität zeigen.

Therapiehinweise sind ein Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie und für Verordnungen zu Lasten der Krankenkassen bindend.

Entsprechend dem Therapiehinweis ist die Verordnung von Ezetimib als Monotherapie bei

Fortsetzung auf S. 12 

Höchst- und Mindestquoten 2010

Tabelle 3

Arzneimittelgruppe	Verordnungsanteil (DDD)
HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine) plus ezetimibhaltige Arzneimittel Verordnungsanteil ezetimibhaltiger Arzneimittel	höchstens 7,0 %
Antidiabetika exklusive Insuline Verordnungsanteil der GLP-1-Analoga	höchstens 1,2 %
Orale und transdermale Opioide Verordnungsanteil für transdermale Darreichungsformen	höchstens 45,1 %
Erythropoese stimulierende Wirkstoffe Anteil Biosimilars	mindestens 30,0 %
Orale Opioide Verordnungsanteil für generisches orales Morphin	mindestens 52,0 %

Fortsetzung von S. 11

der Behandlung von Hypercholesterinämien nur wirtschaftlich bei den wenigen Patienten, bei denen Statine nicht eingesetzt werden können (Unverträglichkeit, Nebenwirkungen). Die Kombination bleibt Patienten mit schwerwiegenden Fettstoffwechselstörungen vorbehalten, die das genannte hohe Risiko für Ereignisse haben. Zusätzlich ist für eine wirtschaftliche Verordnung zu fordern, dass bei den Patienten

- eine homozygote familiäre Sitosterinämie vorliegt oder
- eine ausgeprägte, nicht anders zu behandelnde familiäre

- eine homozygote Hypercholesterinämie vorliegt oder
- das Therapieziel die Verhinderung einer LDL-Apherese ist oder
- eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Statine nachgewiesen wurde.

Bei den Antidiabetika exklusive Insuline soll der Verordnungsanteil der GLP-1-Analoga von 1,6% auf 1,2 % abgesenkt werden. Bereits 2008 hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen Therapiehinweis zu Exenatide veröffentlicht. Danach sollte der Einsatz von Exenatide Typ-2-Diabetikern vorbehalten bleiben, bei denen unter Ausschöpfung einer

Therapie mit oralen Antidiabetika eine adäquate Blutzuckerkontrolle nicht erreicht werden konnte und die klinischen Befunde bei massivem Übergewicht (BMI > 30) vorrangig für eine Insulinresistenz sprechen, sodass bei Zugabe von Insulin mit einer weiteren Gewichtszunahme und hohen Insulindosierungen zu rechnen ist. Exenatide ist somit Ausnahmefällen vorbehalten.

Der Verordnungsanteil transdermaler Darreichungsformen bei den Opioiden soll 45,1% nicht überschreiten. Auch dieser Wert wird in Hamburg zum Zeitpunkt der Berechnungen bereits erreicht.

Mindestquoten sollen für den Anteil Biosimilars bei den Erythropoese stimulierenden Wirkstoffen sowie für generisches orales Morphin bei den Opioiden erreicht werden. So

sollten die Präparate Abseamed, Binocrit, Epoetin alfa Hexal, Retacrit, Silapo, Epo-ratio, Biopoin einen Mindestverordnungsanteil von 30 % (derzeit 29.4% in Hamburg) an

allen Erythropoetinen ausmachen. Der Verordnungsanteil für generisches orales Morphin an allen oralen Opioiden soll mindestens 52% betragen.

3. Generika/Me-Too-Präparate/ Kontrovers diskutierte Arzneimittel

■ Wie auch schon in den Vereinbarungen bis einschließlich 2008 haben sich die Vertragspartner für das Jahr 2011 auf folgende allgemeine Ziele verständigt:

- Erhöhung des Verordnungsanteils der Generika am Gesamtmarkt, d.h. bei vergleichbaren Therapieoptionen innerhalb einer Wirkstoffgruppe sollten generisch verfügbare Wirkstoffe bevorzugt verordnet werden (Wirtschaftlichkeitsgebot).
- Absenkung des Anteils der Analog-Präparate, die im Einzelfall keinen relevanten höheren therapeutischen Nutzen haben, aber mit höheren Kosten verbunden sind. Wählen Sie also, wenn möglich, einen preisgünstigen Wirkstoff (vorzugsweise generisch verfügbare Wirkstoffe oder wenn dies nicht möglich ist kostengünstige Originalpräparate)
- Weitgehender Verzicht auf die Verordnung kontrovers diskutierter Arzneimittel und ggfs. Substitution durch nichtmedikamentöse Behandlungsmaßnahmen oder Arzneimittel mit nachgewiesener Wirksamkeit.



Übersicht der Wirkstoffgruppen, für die Leitsubstanzen vereinbart wurden

Dargestellt sind die Wirkstoffe, die in Deutschland im Handel sind. Die Leitsubstanzen sind fett hervorgehoben.

Tabelle 4

Quelle: Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2010; herausgegeben vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Wirkstoff	ATC	DDD
HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine)	C10AA	
Simvastatin	C10AA01	30 mg 0
Lovastatin	C10AA02	45 mg 0
Pravastatin	C10AA03	30 mg 0
Fluvastatin	C10AA04	60mg 0
Atorvastatin	C10AA05	20 mg 0
Rosuvastatin	C10AA07	10 mg 0
Ezetimib und Inegy	C10	
Ezetimib	C10AX09	10 mg 0
Simvastatin und Ezetimib	C10BA02	
Selektive Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	C07AB	
Metoprolol	C07AB02	0,15 g 0
Atenolol	C07AB03	75 mg 0
Acebutolol	C07AB04	0,4 g 0
Betaxolol	C07AB05	20 mg 0
Bisoprolol	C07AB07	10 mg 0 bezogen auf Bisoprololhemifumarat
Celiprolol	C07AB08	0,2 g 0
Nebivolol	C07AB12	5 mg 0
Talinolol	C07AB13	0,1 g 0
Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie	G04CA	
Alfuzosin	G04CA01	7,5 mg 0
Tamsulosin	G04CA02	0,4mg 0
Terazosin	G04CA03	5 mg 0
Doxazosin	G04CA05	6 mg 0

Wirkstoff	ATC	DDD
Bisphosphonate zur Behandlung der Osteoporose	M05BA	
Etidronsäure	M05BA01	0,4 g O
Alendronsäure	M05BA04	10 mg O bezogen auf die Säure der Alendronsäure
Ibandronsäure	M05BA06	5 mg O ; 33 mcg P bei Osteoporose bezogen auf die Säure der Ibandronsäure
Risedronsäure	M05BA07	5 mg O
ACE-Hemmer	C09AA	
Captopril	C09AA01	50 mg O
Enalapril	C09AA02	10 mg O,P
Lisinopril	C09AA03	10 mg O,P
Perindopril	C09AA04	4 mg O
Ramipril	C09AA05	2,5 mg O
Quinapril	C09AA06	15 mg O,P
Benazepril	C09AA07	7,5 mg O
Cilazapril	C09AA08	2,5 mg O
Fosinopril	C09AA09	15 mg O
Trandolapril	C09AA10	2 mg O
Spirapril	C09AA11	6 mg O
Delapril	C09AA12	30 mg O
Moexipril	C09AA13	15 mg O
ACE-Hemmer und Diuretika	C09BA	
Captopril und Diuretika	C09BA01	
Enalapril und Diuretika	C09BA02	
Lisinopril und Diuretika	C09BA03	
Perindopril und Diuretika	C09BA04	
Ramipril und Diuretika	C09BA05	
Quinapril und Diuretika	C09BA06	
Benazepril und Diuretika	C09BA07	
Cilazapril und Diuretika	C09BA08	
Fosinopril und Diuretika	C09BA09	
Moexipril und Diuretika	C09BA13	

Wirkstoff	ATC	DDD
Ramipril und Hydrochlorothiazid	C09BA25	
Antidiabetika, exkl. Insuline	A10B	
Metformin	A10BA01	2 g O
Glibenclamid	A10BB01	10 mg O
Gliquidon	A10BB08	60 mg O
Gliclazid	A10BB09	0,16 mg O
Glimepirid	A10BB12	2 mg O
Acarbose	A10BF01	0,3 g O
Miglitol	A10BF02	0,3 g O
Rosiglitazon *	A10BG02	6 mg O
Pioglitazon	A10BG03	30 mg O
Sitagliptin	A10BH01	0,1 g O
Vildagliptin	A10BH02	0,1 g O
Repaglinid	A10BX02	4 mg O
Nateglinid	A10BX03	0,36 mg O
Exenatid	A10BX04	15 mcg P (parenterale DDD wird berücksichtigt)
Liraglutid	A10BX07	1,2 mg P (parenterale DDD wird berücksichtigt)
Schleifendiuretika (Sulfonamide)	C03CA	
Furosemid	C03CA01	40 mg O,P
Bumetanid	C03CA02	1 mg O,P
Piretanid	C03CA03	6 mg O
Torasemid	C03CA04	15 mg O,P
Calciumantagonisten	C08C	
Amlodipin	C08CA01	5 mg O
Felodipin	C08CA02	5 mg O
Isradipin	C08CA03	5 mg O, P
Nicardipin	C08CA04	90 mg O, P
Nifedipin	C08CA05	30 mg O, P
Nimodipin	C08CA06	0,3 g O, 50 mg P

*Vertriebseinstellung von Rosiglitazon zum 1.11.2010

Wirkstoff	ATC	DDD
Nisoldipin	C08CA07	20 mg O
Nitrendipin	C08CA08	20 mg O
Nilvadipin	C08CA10	8 mg O
Manidipin	C08CA11	10 mg O
Lercanidipin	C08CA13	10 mg O
Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer	N06AA	
Desipramin	N06AA01	0,1 g O
Imipramin	N06AA02	0,1 g O,P
Clomipramin	N06AA04	0,1 g O,P
Opipramol	N06AA05	0,15 g O
Trimipramin	N06AA06	0,15 g O,P
Amitriptylin	N06AA09	75 mg O,P
Nortriptylin	N06AA10	75 mg O, 30 mg P
Doxepin	N06AA12	0,1 g O,P
Dosulepin	N06AA16	0,15 g O
Maprotilin	N06AA21	0,1 g O,P
Amitriptylinoxid	N06AA25	75 mg O,P
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer	N06AB	
Fluoxetin	N06AB03	20 mg O
Citalopram	N06AB04	20 mg O,P
Paroxetin	N06AB05	20 mg O
Sertralin	N06AB06	50 mg O
Fluvoxamin	N06AB08	0,1 g O
Escitalopram	N06AB10	10 mg O
Nicht-steroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	M01A	
Phenylbutazon	M01AA01	0,3g O,P,R
Indometacin	M01AB01	0,1 O,P,R
Diclofenac	M01AB05	0,1 O,P,R
Acemetacin	M01AB11	0,12 g O
Aceclofenac	M01AB16	0,2 g O
Piroxicam	M01AC01	20 mg O,P,R

Wirkstoff	ATC	DDD
Meloxicam	M01AC06	15 mg O,P,R
Ibuprofen	M01AE01	1,2 g O,R; 0,4 g O Kinder DDD
Naproxen	M01AE02	0,5 g O,R
Ketoprofen	M01AE03	0,15 g O,P,R
Tiaprofensäure	M01AE11	
Dexibuprofen	M01AE14	0,8 g O
Dexketoprofen	M01AE17	75 mg O,P
Celecoxib	M01AH01	0,2 g O
Parecoxib	M01AH04	40 mg P
Etoricoxib	M01AH05	60 mg O
Nabumeton	M01AX01	1 g O

4. Arzneimittel-Praxisbesonderheiten

Für 2011 wurden für den Arzneimittelbereich neue Regeln zur Anerkennung der Praxisbesonderheiten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen (z.B. Richtgrößenprüfungen) vereinbart. Dabei wurde die Liste der Praxisbesonderheiten, die in jedem Fall anerkannt werden, deutlich erweitert. Die Praxisbesonderheiten werden nach der neuen Prüfungsvereinbarung in drei Gruppen eingeteilt.

Erste Gruppe

Folgende sehr teure Arzneimitteltherapien werden hundertprozentig als Praxisbesonderheit gewertet. Im Rahmen einer Vorabprüfung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (bevor das Verfahren eingeleitet wird) werden die Verordnungskosten

in voller Höhe als Praxisbesonderheit betrachtet bzw. von den Verordnungskosten der Praxis abgezogen. Diese Arzneiverordnungen belasten also nicht die Arzneimittelausgaben einer Praxis. Voraussetzung hierfür ist aber grundsätzlich die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

Dies gilt für folgende Indikationen/Arzneimittel (Tabelle 5)

- Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/ Imiglucerase
- Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
- Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität

- nach strenger Indikationsstellung
- Interferon-, Natalizumab- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
 - Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
 - Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
 - Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
 - Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
 - Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysären Minderwuchs

- Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturzubereitung
- Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
- Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
- Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
- Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
- Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
- Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choriodaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-

Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

- Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.
- Therapie des Alpha1-Antitrypsinmangels durch parenteralen Ersatz von Alpha1-Antitrypsin
- 4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie

Fortsetzung auf S. 20 

Zweite Gruppe

Arzneimittelkosten für folgende Indikationen werden teilweise aus den Verordnungskosten der Praxis im Rahmen der Vorprüfung herausgerechnet. Liegen diese Verordnungskosten über dem vorher ermittelten Durchschnitt der jeweiligen Richtgrößengruppe, so werden diese Mehrkosten als Praxisbesonderheiten betrachtet und abgezogen. Auch hier gilt die Voraussetzung, dass grundsätzlich wirtschaftlich verordnet wurde.

Dies gilt für folgende Indikationen und Arzneimittel (Tabelle 6)

- Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen
- Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
- Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
- Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
- Antiepileptika
- Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
- Moderne Glaukomtherapie (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Bimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
- Antiparkinsonmittel
- Antithrombotische Mittel, parenteral
- Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer
- Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
- systemische Psoriasis therapie
- Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
- Methylphenidat- und Atomoxetin
- neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
- Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
- Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyroidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz
- Ziconoxid, nur wenn zuvor eine durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht oder nicht vertragen wurde,
- Linezolid nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage



Dritte Gruppe

Im Unterschied zu den unter Gruppe 1 und 2 genannten Praxisbesonderheiten gibt es noch Praxisbesonderheiten, die über die definierten Indikationen/Arzneimittel hinaus im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden können. Die betreffende Arztpraxis muss schriftlich der Prüfungsstelle darlegen, aufgrund welcher besonderen Erkrankungen des Patienten es notwendig war, die aufgeführten Arzneitherapien zu verordnen.

Um eine Praxisbesonderheit der Gruppe 3 geltend zu machen, muss diese sowohl dem Grunde als auch dem Umfang nach belegt werden. Die Beweislast obliegt in diesem Fall allein der Arztpraxis!

Meldung von Praxisbesonderheiten

In Zukunft können Sie die Praxisbesonderheiten der Gruppen 1 und 2 schon mit der Abrechnung melden. Dies gilt ab dem 1. Quartal 2011. Sie sollten dies auch unbedingt tun, wenn Sie es der Prüfungsstelle ermöglichen möchten, die Praxisbesonder-

heiten automatisch anzuerkennen. Die betreffende Symbolnummer aus der Tabelle wird hierfür bei den entsprechenden Patienten an der Stelle der Abrechnungsunterlagen eingetragen, an der auch die EBM Nummern angegeben werden.



Allgemein gilt also, dass für die Praxisbesonderheiten der Gruppen 1 und 2 die Arztpraxis im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zunächst einmal keine Beweislast trägt. Voraussetzung ist, dass diese Besonderheiten bereits in der Abrechnung gekennzeichnet werden (s.u.). Werden die Praxisbesonderheiten vollständig über die Abrechnung gemeldet, so sind von der Arztpraxis auch im Falle einer Prüfung keine weiteren Angaben hierzu mehr zu leisten.

Ergeben sich jedoch Hinweise darauf, dass diese Arzneimittel unwirtschaftlich verordnet wurden, so können auch diese Mittel im Rahmen der Richtgrößenprüfung überprüft werden und die Beweislast kehrt sich um. Der Arzt muss dann belegen, dass seine Verordnungen indiziert und wirtschaftlich waren. Die Entscheidung hierüber trifft die Gemeinsame Prüfungsstelle.

Tabelle 7

Symbol-Nummer	Praxisbesonderheit/Arzneimittel
91000	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase
91001	Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung
91002	Interferon-, Natalizumab- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat
91003	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
91004	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
91005	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
91006	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen
91007	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
91008	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung
91009	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
91010	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen
91011	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen
91012	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
91013	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
91014	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
91015	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
91016	Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
91017	Antiepileptika
91018	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
91019	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer choroidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
91020	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.

Symbol-Nummer	Praxisbesonderheit/Arzneimittel
91021	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
91022	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
91023	Antiparkinsonmittel
91024	Antithrombotische Mittel, parenteral
91025	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer
91026	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten
91027	systemische Psoriasisstherapie
91028	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastase
91029	Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
91030	neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
91031	Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
91032	Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreo-idismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Nieren-insuffizienz
91033	Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
91034	Behandlung des Alpha1-Antitrypsinmangels
91035	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei er-wachsenen Patienten mit Narkolepsie
91037	Ziconoxid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
91038	Linezolid nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage

Arzneimittel – Wer prüft?

Der Gesetzgeber hat sämtliche Prüfmaßnahmen einer „Gemeinsamen Prüfungsstelle“ übertragen. Diese Prüfungsstelle muß zwar gemeinsam von den Krankenkassen und der KV finanziert werden, ist aber in ihren Entscheidungen unabhängig. Die Prüfungsstelle

erledigt autonom die jeweiligen Prüfverfahren.

Arzneimittel – Richtgrößenprüfung – Was geschieht genau?

Das Sozialgesetzbuch (§ 106, SGB V) schreibt vor, dass bei Richtgrößenverfahren „von Amts wegen“ geprüft werden

muss. Die neu vereinbarte Prüfungsvereinbarung enthält verbindliche Regelungen zur Durchführung der Prüfungen.

Der Prüfzeitraum für die Richtgrößenprüfung ist das Kalenderjahr.

Fortsetzung auf S. 24 

Wie viele Arztpraxen werden geprüft?

Es ist gesetzlich festgelegt, dass in der Regel nicht mehr als fünf Prozent der Ärzte einer Arztgruppe, die eine Richtgröße haben, in die Prüfung kommen sollen. Hier werden diejenigen ausgewählt, die die größte Überschreitung in Euro haben (also i. d. R. mehr als 25 % Überschreitung). Sind unter diesen fünf Prozent Praxen, bei denen die Prüfungsstelle aus der Vergangenheit weiß, dass die Überschreitungen durch Praxisbesonderheiten gerechtfertigt sind, so können sie bereits in der Vorprüfung ausselektiert werden und es wird eine andere Praxis ausgewählt.

Wie werden diese zu prüfenden Praxen ermittelt und was geschieht dann?

Die Gemeinsame Prüfungsstelle filtert aus den Bruttoverordnungsdaten aller Hamburger Praxen (Prüfdaten) die Praxen, deren Bruttoverordnungsvolumen des betreffenden Kalenderjahres 15% oder mehr die

Richtgrößensumme der Arztpraxis überschreiten.

Nun werden die Praxisbesonderheiten in drei Stufen berücksichtigt und von den Verordnungskosten abgezogen, d.h.

- Die Arzneimittelkosten der Gruppe 1 werden zu 100% abgezogen und
- Wurden die Verordnungskosten der Praxen durch die Verordnung von Arzneimitteln der Gruppe 2 überdurchschnittlich belastet, so werden diese „Mehrkosten“ abgezogen.
- Sind der Prüfungsstelle weitere Praxisbesonderheiten bekannt (z.B. Praxisbesonderheiten der 3. Gruppe oder Besonderheiten, die aus früheren Richtgrößentests als gerechtfertigt bekannt sind), so können diese Verordnungskosten, soweit sie den Richtgrößengruppendurchschnitt übersteigen, an dieser Stelle berücksichtigt werden.

Maßnahmen nach Höhe und Ursache der Überschreitung

Sinkt die Überschreitung der Verordnungskosten der Arztpraxis nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten unter 15%, so endet die Vorprüfung zur Richtgrößenprüfung an dieser Stelle.

Bei einer verbleibenden Überschreitung zwischen 15 und 25% kann die Prüfungsstelle, wenn sie einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot feststellt, Maßnahmen festlegen. Dabei gilt bei der Festlegung der Maßnahmen der Grundsatz „Beratung vor Regress“.

Eine Beratung der Praxis kann die Prüfungsstelle selbst schriftlich vornehmen oder durch andere durchführen lassen.

Stellt die Gemeinsame Prüfungsstelle fest, dass die Verordnungen der Arztpraxis gegen gesetzliche oder durch Richtlinien des Bundesausschusses vorgegebene Verordnungseinschränkungen oder Ausschlüsse verstoßen, so kann sie Einzelfallprüfungen hierzu einleiten.

Liegt die sich ergebene Überschreitung nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten weiter über 25%, so muss die Prüfungsstelle ein Prüfungsverfahren einleiten. Die Praxis erhält dann ein Schreiben der Prüfungsstelle mit der Bitte um Begründung der Überschreitung.

Festsetzung des Regresses

Können die Begründungen der Praxis die Überschreitung nicht oder nur teilweise ausreichend erklären, so wird ein Erstattungsbetrag (Regress) festgesetzt und per Bescheid der Praxis mitgeteilt. Dagegen kann Widerspruch eingelegt werden. Bei Festsetzung dieses Betrages werden von den Brutto-Verordnungskosten der Arztpraxis die Rabatte sowie die Zuzahlungen der Versicherten abgezogen. Die Rabatte können pauschal durch einen prozentualen Abzug von 18,5% berücksichtigt werden.

Widerspruch

Erfolgt ein Widerspruch der Praxis gegen den Regress-Bescheid, so entscheidet der

Beschwerdeausschuss als „zweite Instanz“. Der Beschwerdeausschuss ist paritätisch mit Ärzten und Krankenkassenvertretern besetzt und wird in Hamburg von ehemaligen Sozialrichtern als Vorsitzende geleitet. Bis zur Entscheidung des Ausschusses wird die Zahlung des Regresses ausgesetzt.

Bestätigt der Beschwerdeausschuss den Regress, so wird diese Summe mit dem Honorar der Praxis „verrechnet“.

Klage

Eine nun mögliche Klage beim Sozialgericht gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses hätte keine aufschiebende Wirkung mehr. Der Erstattungsbetrag würde nun erstmal gezahlt werden müssen.

Weitere Einzelheiten zur Richtgrößenprüfung und anderen Wirtschaftlichkeitsprüfungen finden sich in der Prüfungsvereinbarung, die auf unserer Homepage (www.kvhh.de) unter der Rubrik Recht und

Verträge/Amtliche Veröffentlichungen zu finden ist.

Was ist zu tun, um eine Prüfung möglichst zu vermeiden?

Wir empfehlen, sich rechtzeitig mit dem eigenen Ordnungsverhalten auseinanderzusetzen. Dazu erhalten die Praxen von der KVH quartalsweise Trendmeldungen über ihre Verordnungskosten und Angaben über Über- oder Unterschreitungen der Richtgröße ihrer Richtgrößensumme.

Mit Hilfe der Zielvereinbarungen und der dort festgelegten Leitsubstanzen können praxisindividuelle Verordnungslisten erstellt werden. Dabei sollten auch die Wirkstoffe, für die Mindest- und Höchstquoten festgelegt wurden, berücksichtigt werden. Parallel empfehlen wir, sich durch industrieunabhängige Fachzeitschriften regelmäßig zu informieren und die entsprechenden Hinweise in unseren Veröffentlichungen wie z. B.

Fortsetzung auf S. 26 



 Fortsetzung von S. 25

dem „Brennpunkt Arznei“ und dem „KV-Journal“ zu verfolgen.

Weiter empfehlen wir, die neue Möglichkeit zur Meldung der Praxisbesonderheiten mit der Abrechnung konsequent zu nutzen.

Ansonsten ist eine gute elektronische Dokumentation, die auch eine Filterung nach Versichertennummer/Diagnose und verordneten Arzneimitteln ermöglicht, von Vorteil, wenn Besonderheiten begründet werden müssen.

Treten Fragen und Probleme auf, so wenden Sie sich gerne

an uns. Unsere beratenden Ärzte bieten auf Wunsch ausführliche und kompetente Pharmakotherapieberatungen an. Diese stehen Ihnen natürlich auch zur Verfügung, wenn ein Prüfungsverfahren eingeleitet werden musste.

Heilmittelvereinbarung 2011

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel beläuft sich im Jahr 2011 auf 99.207.113 Euro. Es soll für sämtliche Verordnungen der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Logopädie) sowie der Podo-

logie unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Heilmittelrichtlinien ausreichen. Die Richtgrößen für Heilmittel wurden auf Basis dieses Ausgabenvolumens neu berechnet. Erstmals haben sich die KV und die Kranken-

kassen auf eine Liste von Praxisbesonderheiten verständigt, um sicherzustellen, dass schwerkranke und ordnungsintensive Patienten ohne Androhung von Sanktionen angemessen versorgt werden können.

1. Richtgrößen für Heilmittel

Die Heilmittelrichtgrößen dienen den Ärzten und Einrichtungen als Orientierungsgröße. Sie geben an, welcher Euro-Betrag je Quartal und Behandlungsfall für die Versorgung mit Heilmitteln zur Verfügung steht. Es handelt sich um einen Bruttowert, eine Bereinigung um die gesetzlichen Zuzahlungen der Versicherten erfolgt nicht.

Die Richtgrößen 2011 basieren auf dem vereinbarten Ausgabenvolumen 2011. Dabei handelt es sich um einen Nettowert, d.h.

die Zuzahlungen der Patienten sind nicht enthalten. Da es sich bei den Richtgrößen jedoch um Bruttowerte handelt, müssen die Zuzahlungen der Patienten zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens zugerechnet werden. Das auf diese Weise errechnete Richtgrößenvolumen wird auf die einzelnen Richtgrößengruppen so verteilt, wie die Ausgaben anteilig in der Vergangenheit gewesen sind. Die Volumina sind weiter auf die einzelnen Fälle der jeweiligen Richtgrößengruppe heruntergebrochen. Am Ende

steht die Richtgröße pro Fall und Richtgrößengruppe

Es gibt Fachgruppen, für die keine Richtgröße vereinbart wurde. Diese Fachgruppen können selbstverständlich weiterhin Heilmittel verordnen. Bitte beachten Sie dabei, dass eine fehlende Richtgröße nicht von der Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit entbindet! Das Verfahren zur Richtgrößenprüfung im Heilmittelbereich läuft analog zum Verfahren im Arzneimittelbereich. (s. Kapitel 4)

Tabelle 8

Heilmittelrichtgrößen 2011		
Richtgrößengruppe	Richtgröße 2011 in EURO	
	MF*	R*
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	5,83	19,22
Chirurgie	17,30	26,91
Innere Medizin, fachärztlich, ohne Schwerpunkt	2,34	5,19
Innere Medizin, fachärztlich, Schwerpunkt Gastroenterologie	2,06	3,60
Innere Medizin, fachärztlich, Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen	1,22	3,67
Innere Medizin, hausärztlich	4,37	12,67
Kinderheilkunde	20,55	29,23
Orthopädie	29,09	31,62

*MF: Allgemeinversicherte (Mitglieder und Familienversicherte)

*R: Rentenversicherte

2. Heilmittel-Praxisbesonderheiten

Für 2011 wurden für den Heilmittelbereich erstmals Praxisbesonderheiten vereinbart. Die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten stellt sicher, dass Sie ggf. nicht mit ihrem Honorar für die Versorgung schwerkranker und damit kostenintensiver Patienten haften müssen. Die Prüfungsvereinbarung sieht vor, dass sämtliche Verordnungskosten, die auf Heilmitteltherapien bei bestimmten Indikationen (s. Tabelle) entfallen, regelmäßig als Praxisbesonderheit gewertet werden. Unter der Voraussetzung, dass auch in diesen besonderen Fällen dem Wirtschaftlichkeitsgebot im Hinblick auf Preis und Verordnungsmenge Rechnung getragen sowie die Maßgaben der Heilmittel-Richtlinie eingehalten wurde, werden im Rahmen einer Vorabprüfung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung die Kosten als Praxisbesonderheit betrachtet. Diese Heilmittelverordnungen belasten also nicht die Heilmittelausgaben einer Praxis. Voraussetzung ist, dass

diese Besonderheiten bereits in der Abrechnung gekennzeichnet werden (s. Meldung von Praxisbesonderheiten).

Dies gilt für folgende Indikationen/Heilmittel (Tabelle 9):

- Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne Manuelle Lymphdrainage(MLD) für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
- Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
- Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.
- Maßnahmen der manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

Für Kinder und Jugendliche:

- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden

oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen

- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
- Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Mukoviszidose
- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung

Für Erwachsene:

- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
- Maßnahmen der Ergotherapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
- Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung aufgrund einer onkologischen Erkrankung

Bei Heilmitteln gibt es neben diesen Praxisbesonderheiten

Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles sind keine definierten Praxisbesonderheiten! So müssen diese Verordnungen im Rahmen eines Prüfverfahrens (ggf. im Einzelfall) begründet werden. Dazu bitte die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie beachten!

nur noch solche, die über die definierten Indikationen hinaus im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung abziehbar sind. Um eine solche Praxisbesonderheit geltend zu machen, muss diese sowohl dem Grunde als auch dem Umfang nach belegt werden. Die Beweislast obliegt in diesem Fall allein der Arztpraxis!

Die betreffende Arztpraxis muss schriftlich der Prüfungsstelle darlegen, aufgrund welcher besonderen Erkrankungen des Patienten es notwendig war, die aufgeführten Heilmitteltherapien zu verordnen.

Meldung von Praxisbesonderheiten

Auch die neu vereinbarten Heilmittel-Praxisbesonderheiten können ab dem 1. Quartal 2011 schon mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Symbolnummer aus der Tabelle wird hierfür bei den entsprechenden Patienten an der Stelle der Abrechnungsunterlagen eingetragen, an der auch die EBM Nummern angegeben

werden. Bitte achten Sie auf notwendige Zusatzangaben auf der Verordnung, z.B. Tag des Unfalles.

Für die vereinbarten Heilmittel-Praxisbesonderheiten gilt, dass die Arztpraxis im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zunächst einmal keine Beweislast trägt. Im Falle einer Prüfung wäre von der Praxis lediglich

anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Werden die Praxisbesonderheiten vollständig über die Abrechnung gemeldet, so sind von der Arztpraxis auch im Falle einer Prüfung keine weiteren Angaben hierzu mehr zu leisten.

Tabelle 10

Praxisbesonderheiten Heilmittel 2011	
Symbol- Nummer	Praxisbesonderheit / Heilmittel / Allgemeine Heilmittel
91100	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
91101	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
91102	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.
91103	Maßnahmen der manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.
Für Kinder und Jugendliche:	
91104	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
91105	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
91106	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
91107	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen

Praxisbesonderheiten Heilmittel 2011

91108	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
91109	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
91110	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
91111	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
91112	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
91113	Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
91114	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
91115	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
91116	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Mukoviszidose
91117	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
91118	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
91119	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung
Für Erwachsene:	
91120	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
91121	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
91122	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
91123	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
91124	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose, M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
91125	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose, M. Parkinson nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
91126	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung aufgrund einer onkologischen Erkrankung

