

**Prüfungsvereinbarung**  
**über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit**  
**durch die gemeinsame Prüfungsstelle- und den Beschwerdeausschuss**

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

und

der **AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**  
dem **BKK - Landesverband NORDWEST,**  
**zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und handelnd als Landesverband für**  
**die landwirtschaftliche Krankenversicherung,**

der **IKK classic,**

der **Knappschaft**

und den **nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg**

- BARMER GEK
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
  - Techniker Krankenkasse (TK)
  - Kaufmännische Krankenkasse - KKH
  - HEK – Hanseatische Ersatzkasse
    - hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e.V., Siegburg (vdek),  
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Hamburg

**in der Fassung des 2. Nachtrags**  
**mit Wirkung zum 1. Januar 2013**

**Hinweis: Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren noch nicht abgeschlossen und die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war noch nicht abgelaufen.**

In § 1 wird folgender Absatz 5 angefügt:

**„Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle eine Liste der Versicherten, die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V, § 53 Abs. 4 SGB V mit Ausnahme von § 13 Absatz 2 Satz 5 SGB V gewählt haben gemäß Anlage 6.“**

In § 3 wird Abs. 1 zu Abs. 4. Absätze 2 bis 4 ändern sich entsprechend.

In § 6 Abs. 1 wird folgender Satz angehängt:

**„Die Krankenkassen haben sicherzustellen, dass die Daten zur Prüfung nur solche Daten enthalten, die der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen (z.B. keine Kostenerstattungsfälle, keine Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1 a SGBV) bzw. entsprechend gekennzeichnet sind.“**

In § 8 Abs. 7 Nr. 9 wird hinter dem Wort „derselben“ Folgendes eingefügt: **„Beratungen bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 %.“**

In § 10 Abs. 2 werden folgende Sätze angehängt:

**„In Verfahren der Richtgrößenprüfungen bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % ist eine Beratung zu beschließen; die Festsetzung eines Regresses ist ausgeschlossen. Bei wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen (§ 106 Abs. 3 S. 4 SGB V).“**

In § 10 Abs. 3 wird der 1. Spiegelstrich gestrichen und als 3. Spiegelstrich **„- bei sachlichen Berichtigungen des Sprechstundenbedarfs nach § 20,“** eingefügt.

In § 12 werden am Ende folgende Sätze eingefügt:

**„Bei den genannten Prüfungsarten mit Ausnahme der Prüfung nach Nummer 6 (Prüfungen der Wirtschaftlichkeit aus Anlass von Abrechnungsprüfungen nach § 106a SGB V - § 18) wird geprüft, ob veranlasste Ausgaben für Versicherte, die Kostenerstattung gemäß § 1 Abs. 5 der Prüfungsvereinbarung gewählt haben, in den Ausgaben enthalten sind. Sollten veranlasste Ausgaben enthalten sein, sind diese zu bereinigen. Danach ist zu prüfen, ob die Voraussetzung zur Durchführung eines Prüfverfahrens noch gegeben ist.“**

§ 13 a alt wird zu § 13 b neu.

§ 13 a neu erhält folgende Fassung:

**„§ 13 a - Besonderheiten bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 %**

**Kommen die Prüfungsgremien nach Abschluss der Richtgrößenprüfung einer Arztpraxis zu dem Ergebnis, dass das Richtgrößenvolumen auch unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten erstmalig um mehr als 25 % überschritten wurde, so setzen die Prüfungsgremien keinen Regress fest, sondern der**

**Arztpraxis muss eine individuelle Beratung durch die Prüfungsstelle angeboten werden.**

**Ein Regress-/Erstattungsbeitrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der angebotenen Beratung festgesetzt werden.**

**Für die Erstattung der Mehrkosten setzen die Prüfungsgremien einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25.000 Euro für die ersten beiden Jahre einer Festsetzung eines Betrags nach § 106 Abs. 5a S. 3 i.V.m. Abs. 5c S. 7 SGB V fest.**

**Diese Regelungen gelten für alle Prüfungsverfahren, die bei den Prüfungsgremien ab 01.01.2012 zur Entscheidung anstehen soweit das Gesetz nichts anderes regelt.“**

§ 13 b alt wird zu § 13 c neu

In § 13 c wird in Abs. 5 Satz 2 hinter „Quartale“ der Verweis auf „§ 9 Abs. 1 der Anlage 1“ gestrichen und „**§ 13 d Abs. 1 entsprechend**“ eingefügt.

Das gleiche gilt für den Verweis in § 13 c Abs. 6 letzter Satz.

In § 13 c Abs. 7 lautet der Verweis „**§ 6 Abs. 3 der Anlage 1a**“.

§ 13 c alt wird zu § 13 d neu.

§ 13 d alt wird zu § 13 e neu.

§ 13 e alt wird zu § 13 f neu.

In § 15 Abs. 3 wird in den Sätzen 1 und 2 hinter dem Wort „Arztpraxen“, „(Honorareinheit)“ gestrichen.

In § 20 wird die „BARMER GEK“ jeweils durch „**SSB-abwickelnde Stelle**“ ersetzt.

In § 20 Abs. 4 wird hinter Satz 1 folgender Satz eingefügt: „**Soweit der Regress die Bagatellgrenze von 20 € nicht übersteigen würde, erfolgt ein schriftlicher Hinweis.**“

In § 22 erhält Abs. 1 folgende Fassung: **Die Vereinbarung in der Fassung des 2. Nachtrags tritt am 01.01.2013 in Kraft.**

Die Anlage 1 entfällt.

Die Anlage 1 a erhält ab 01.01.2013 anhängende Fassung.

Die Anlage 1 b erhält ab 01.01.2013 anhängende Fassung.

In der Anlage 2 wird in Absatz 6 folgender Satz angefügt:

**„Bei der Prüfung ärztlicher Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln ist anhand der Angaben der Anlage 6 von der Prüfungsstelle zu prüfen, ob veranlasste Ausgaben für Versicherte, die Kostenerstattung gemäß § 1 Abs. 5 der Prüfungsvereinbarung gewählt haben, in den Ausgaben enthalten sind. Sollten veranlasste Ausgaben enthalten sein, sind diese zu bereinigen.“**

Die Anlage 5 erhält anhängende Fassung.

Es wird anhängende Anlage 6 eingefügt.

**Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle- und den Beschwerdeausschuss**

---

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

---

AOK Rheinland/Hamburg

---

BKK-Landesverband NORDWEST

(zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und handelnd als Landesverband für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung)

---

IKK classic

---

Knappschaft - Regionaldirektion Hamburg

---

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Die Leiterin der Landesvertretung Hamburg

## Anlage 1a - Richtgrößenvereinbarung für Arznei- und Verbandmittel 2013 für den Prüfungszeitraum ab dem 01.01.2013

### **Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen**

#### § 1 - Ermittlung der Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens wird das Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel gemäß Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2013 unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung angepasst.
- (2) Zur Ermittlung der Richtgrößen 2013 wurden die Richtgrößengruppenanteile an den Verordnungskosten des Jahres 2011 ermittelt. Diese prozentualen Verordnungsanteile wurden auf das nach Abs. 1 geeinte Richtgrößenvolumen angewandt und die Beträge durch die entsprechenden Fallzahlen der Richtgrößengruppen geteilt. Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013.

#### § 2 - Information der Arztpraxen

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der Arztpraxen über die veranlassten Ausgaben verwendet die KVH die Arzneiverordnungsdaten der Vertrauensstelle des ZI gemäß der Arznei- und Heilmittelvereinbarung.
- (2) Die Daten nach Absatz 1 sollen in erster Linie der Arztpraxis als Hilfestellung dienen, ihr Arzneiverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen. Die Frühinformation der Arztpraxen dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

#### § 3 - Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen/-verbände übermitteln der Prüfungsstelle spätestens bis zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats - nach gegebenenfalls erforderlichen Ergänzungen - das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:
  - a. Betriebsstättennummer (BSNR)
  - b. Lebenslange Arztnummer (LANR)
  - c. Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
  - d. Summe der Zuzahlungen in EURO
  - e. Anzahl der Verordnungsblätter

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Datensatzaufbau legt die Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2012 fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität obliegt den Krankenkassen / -verbänden. Die KVH übermittelt bis spätestens zum Ende des sechsten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach M, F und R an die Prüfungsstelle. Die Fallzahlen sind von der KVH auf Plausibilität und Validität zu prüfen.

Bei der Ermittlung der veranlassten Ausgaben gemäß Buchstabe c. wird geprüft, ob veranlasste Ausgaben für Versicherte, die Kostenerstattung gemäß § 1 Abs. 5 der

Prüfungsvereinbarung gewählt haben, in den Ausgaben enthalten sind. Sollten veranlasste Ausgaben enthalten sein, sind diese zu bereinigen. Danach ist zu prüfen, ob die Voraussetzung zur Durchführung eines Prüfverfahrens gemäß § 4 Abs. 1 dieser Anlage noch gegeben ist.

- (2) Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen der Arztpraxis im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchungen nicht mitberücksichtigt.
- (3) Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KVH auf Datenträgern eine arztpraxisbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in EURO insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen - getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige Fallzahlen andererseits – und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Arztpraxen.

#### § 4 - Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

- (1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen der Arztpraxis innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15% überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-)Verordnungsvolumen der Arztpraxis die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25% überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Basis der Vorabprüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 und 4 entfielen.
- (2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Arztpraxen übermitteln die Krankenkassen/-verbände der Prüfungsstelle spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Arztpraxen auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen der betreffenden Arztpraxis. Die Inhalte und die Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Daten obliegt den Krankenkassen/-verbänden.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen/-verbände der Prüfungsstelle spätestens bis zum Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle Hamburger Arztpraxen ohne Versichertenbezug auf Datenträgern eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Arzneiverordnungen der betreffenden Arztpraxis.
- (4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zusammen:
  - a. Betriebsstättennummer
  - b. Lebenslange Arztnummer
  - c. Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgröße in EURO
  - d. Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2 getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
  - e. Die ermittelten Richtgrößensummen in EURO

- f. Die veranlassten Ausgaben der Betriebsstätte brutto und netto (EURO)
- g. Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
- h. Summe der (Brutto-)Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 3 entfallen
- i. Summe der (Brutto-)Verordnungskosten, die auf widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 4 entfallen
- j. Die von den Krankenkassen/-verbänden nach Abs. 2 erhaltenen Übersichten

Die Ausweisung der Praxisbesonderheiten erfolgt unter dem Hinweis, dass es sich lediglich um widerlegbar vermutete Praxisbesonderheiten handelt, die im Rahmen eines Prüfverfahrens überprüft werden müssen.

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013 fest.

Für Prüfverfahren werden ergänzend elektronische Abbilder der Arzneirezepte (Images), wenn und soweit dies erforderlich ist, um zum Beispiel von der Arztpraxis geltend gemachte Zweifel an den Aussagen der Übersicht nach Absatz 4 auszuräumen. Ein einheitliches Datenformat stimmen die Vertragspartner ab.

Im Übrigen sind die Unterlagen nach Absatz 4 die prüfrelevanten Unterlagen.

## § 5 – Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinien begrenzt.
- (2) Abweichend vom üblichen Grundsatz (Absatz 5) obliegt die Beweislast für die Anerkennung als Praxisbesonderheit bei den in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Indikationen nicht der betreffenden Arztpraxis.
- (3) Indikationen nach Absatz 2 sind die nachfolgenden. Die Prüfungsstelle hat sämtliche darauf entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.
  - Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase/Velaglucerase
  - Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
  - Hormonelle Behandlung bei 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, Monotherapie der Hepatitis B mit hierfür zugelassenen Nucleosiden/Nucleotiden (Adefovir, Entecavir, Lamivudine, Telbivudine, Tenofovir)
  - 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, Therapie des multiplen Myeloms mit Thalidomid, Lenalidomid
- Therapie der idiopathischen Lungenfibrose mit Pirfenidon
- Therapie systemischer Mykosen (Voriconazol, Caspofungin)
- 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 choroidaler 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
- Wirkstoffe, für die im Rahmen von Vereinbarungen nach § 130b Abs. 1 Satz 1 SGB V eine Anerkennung der Verordnung des Arzneimittels als Praxisbesonderheit nach §130b Abs. 2 Satz 1 SGB V für Indikationen mit Zusatznutzen vorgesehen ist.

Für jede Indikation steht dabei eine Symbolnummer nach Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013 zur Verfügung.

(4) Weitere Indikationen nach Absatz 2 sind folgende. Die Prüfungsstelle hat die von der Richtgrößengruppentypik abweichenden Mehrkosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Mehrkosten sind aufgrund der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

- 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 oder Colitis ulzerosa mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
- Antiepileptika zur Behandlung der Epilepsie
- Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
- Moderne Glaukomtherapie (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Tafluprost und Bimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
- Antiparkinsonmittel zur Behandlung des Morbus Parkinson
- Antithrombotische Mittel parenteral
- Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer und Memantine
- Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten (Tryptane)
- Systemische Psoriasisstherapie
- 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 Opiodtherapie nicht ausreicht oder nicht vertragen wurde,
- Linezolid nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage.

Für jede Indikation steht dabei eine Symbolnummer nach Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013 zur Verfügung.

- (5) Andere Praxisbesonderheiten sind - soweit objektivierbar - zu berücksichtigen, wenn die Arztpraxis nachweist, dass sie der Art und der Anzahl nach besondere von der Richtgrößengruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt der zu prüfenden Arztpraxis.
- (6) Die in ein Prüfverfahren einbezogene Arztpraxis erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach den Absätzen 2, 3 und 4 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Arzneitherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 5 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Richtgrößengruppe abweichenden Erkrankungen er
- welche Arzneitherapien
  - mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall veranlasst hat.

## § 6 - Entscheidungen der Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle hat auf die Durchführung des Prüfverfahrens zu verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitung der Richtgrößensumme um mehr als 15% durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus oder beauftragt eine geeignete Einrichtung mit der Durchführung einer Pharmakotherapieberatung, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25% überschritten wird.
- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25%, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen. Die Festsetzung eines Mehraufwandes nach Satz 1 erfolgt nicht, wenn die Arztpraxis erstmalig in einem Richtgrößenprüfungsverfahren als Ergebnis eine Richtgrößenüberschreitung von mehr als 25 % hat. Die Überschreitung von mehr als 25 % durch eine Arztpraxis ist auch dann erstmalig, wenn sich seit der letzten Überschreitung wesentliche Änderungen in der Verordnungsstruktur der Arztpraxis ergeben haben. Eine wesentliche Änderung in der Verordnungsstruktur kann bei einer Änderung der Gebiets-, Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung eines Arztes bzw. von Ärzten in einer Arztpraxis vorliegen. Eine Arztpraxis kann sich nicht auf die erstmalige Überschreitung berufen, wenn die überwiegenden Verordnungsanteile (ca. 75 %) einer Arztpraxis von einem Arzt bzw. Ärzten verursacht wurden, die schon einmal Beteiligte in einem Verfahren mit einem Regress wegen Richtgrößenüberschreitung von über 25 % waren. Das Verfahren endet mit einem Feststellungsbescheid. Die Arztpraxis erhält eine individuelle Beratung nach Absatz 1.
- (3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-) Verordnungskosten des Arztes die Rabatte gemäß § 130, 130a Abs. 1 bis Abs. 8 SGB V sowie die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert. Die Krankenkassen übermitteln der Prüfungsstelle die pauschalen Abzugsbeträge nach Satz 1 als Summe der Zuzahlungen der Versicherten und der erhaltenen Rabatten nach § 130a Abs. 8 SGB V für die von den Apotheken abgerechneten Arzneimittel arzt- bzw. arztpraxisbezogen. Die Berücksichtigung der Rabatte nach Satz 3 kann als pauschaler Abzug in Höhe von 25 % erfolgen. Für die ersten beiden Jahre einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % ist die Höhe des Regressbetrages auf 25.000 Euro begrenzt.
- (4) Die Arztpraxis kann bei der Prüfungsstelle die Anerkennung der vertraglich vereinbarten Praxisbesonderheiten beantragen. Näheres hierzu regeln die Vereinbarungspartner in einer gesonderten Anlage.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfungsvereinbarung. Eine Prüfung desselben Sachverhalts nach unterschiedlichen Prüfungsarten ist ausgeschlossen.

**Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013**

<b>Richtgrößengruppe</b>	<b>Richtgröße 2013 MF / R* in EURO</b>
<b>Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte</b>	MF: 38,48 R: 105,11
<b>Augenheilkunde</b>	MF: 6,91 R: 16,22
<b>Chirurgie</b>	MF: 9,69 R: 19,61
<b>Gynäkologie</b>	MF: 17,11 R: 49,60
<b>HNO</b>	MF: 14,67 R: 5,17
<b>Haut- und Geschlechtskrankheiten</b>	MF: 27,30 R: 22,27
<b>Innere Medizin, hausärztlich</b>	MF: 63,14 R: 113,73
<b>Innere Medizin, fachärztlich, ohne Schwerpunkt</b>	MF: 86,46 R: 125,69
<b>Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Kardiologie</b>	MF: 29,65 R: 40,48
<b>Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Gastroenterologie</b>	MF: 280,94 R: 476,83
<b>Innere Medizin, fachärztlich Schwerpunkt Pneumologie/Pulmologen</b>	MF: 95,04 R: 132,03
<b>Kinderheilkunde</b>	MF: 34,26 R: 105,29
<b>Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, ohne KJP</b>	MF: 194,89 R: 172,16
<b>Orthopädie</b>	MF : 21,76 R : 41,45
<b>Urologie</b>	MF: 31,11 R: 74,60

\*MF: Mitglied und mitversichertes Familienmitglied)

\*R: Rentner

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart

## Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

01	ARZTSUMMENSATZ.		
05	QJJJJ.	Zeitraum Quartal/Jahr	PIC 9(05).
05	ABSENDER.	Kassennummer	PIC 9(05).
(1) BSNR.	Betriebsstättennummer		PIC 9(09).
05	ARZTNR.	Lebenslange Arztnummer	PIC 9(09).
05	SU-MITGL.	Summen Mitglieder	
10	BRU-MITGL	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-MITGL	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-MITGL	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	SU-FAMI.	Summen Familienangeh.	
10	BRU-FAMI	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-FAMI	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-FAMI	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	SU-RENT.	Summen Rentner	
10	BRU-RENT	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-RENT	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-RENT	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	SU-STAT.	Summen Verordnungen ohne Vers.status	
10	BRU-MITGL	Rezeptbruttokosten	PIC 9(07)V99.
10	ZUZ-MITGL	Zuzahlungen	PIC 9(06)V99.
10	ANZ-MITGL	Anzahl Verordnungen	PIC 9(05).
05	FILLER		PIC X(05).

Stellen insg : 121

Rezeptbruttokosten versteht sich als Rezeptbrutto abzüglich Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V.

Satzaufbau nach § 4 Abs. 1-4:

<b>Nr.</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>max. Länge</b>	<b>Typ</b>	<b>Beschreibung</b>
0	Datensatzversion	4	Text	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V200 einzutragen
1	Lebenslange Arztnummer (LANR)	9	Text	<u>Exakt</u> nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP25
2	Betriebsstättennummer (BSNR)	9	Text	<u>Exakt</u> nach TA3 vom 08.11.2007 Segment ZUP02
3	Verordnungsquartal	5	Text	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	Text	<u>Exakt</u> 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus	1	Zahl	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegnummer	18	Text	Belegung nach TA1, TA3 und TA 4 zum Datenaustausch nach § 300 SGB V
7	Rezeptdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Quellenhinweis: ZUP-Segment.Datum (Ausstellung)
8	Versichertennummer	50	Text	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (siehe Landesvereinbarung und 1.4 Pseudonymisierung der Versichertennummer)
9	Geburtsdatum	8	Zahl	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Gesamtbrutto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag
11	Gesamtzuzahlung	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: $\sum$ PosZuzahlung* oder BES-Segment.Zuzahlung*
12	Gesamtnetto	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag (Brutto) - $\sum$ NPB-Segment.Betrag (Rabatt) - Gesamtzuzahlung
13	PZN-Schlüssel 1	8	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen
14	Faktor 1	4	Zahl	Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten
15	Positionsbrutto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag
16	Positionsnetto 1	15	Zahl	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag - $\sum$ NPB-Segment - PosZuzahlung*
17	Herstellerrabatt 1	15	Zahl	Herstellerrabatt nach § 130a, Abs. 8 SGB V In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, nur positive Werte zulässig Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN *Faktor 1
53	PZN-Schlüssel 2-9	8	Zahl	
54	Faktor 2-9	4	Zahl	
55	Positionsbrutto 2-9	15	Zahl	
56	Positionsnetto 2-9	15	Zahl	
57...	Herstellerrabatt 2-9	15	Zahl	

1)

2)

- 1): Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit 0000000000 aufgefüllt.
- 2): Format TTMMJJJJ; nur für Datenlieferung gemäß § 4 Abs. 3  
Für Arzneimittel, bei denen der Bruttopreis nicht höher als der Zuzahlungsbetrag ist, ist im Einzelfaxfeld der Betrag anzugeben. Diese Arzneimittel sind jedoch weder im Feld "Gesamtbrutto" noch im Feld "Zuzahlung" zu berücksichtigen.

Ab dem 01.01.2013 wird die PZN achtstellig.

## Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2013

Praxisbesonderheiten nach § 5 Absatz 3 und 4 können mit der Abrechnung gemeldet werden. Die betreffende Symbolnummer kann dabei an jedem Tag des Quartals an der Stelle des Behandlungsausweises eingetragen werden, an dem auch die Leistungen abgerechnet werden. Die Häufigkeit der Abrechnung dieser Symbolnummern wird den mit den Richtgrößenprüfungen beauftragten Stellen mittels Frequenztafel zur Verfügung gestellt werden.

<u>Symbolnummer</u>	<u>Praxisbesonderheit Arzneimittel</u>
91000	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase/Velaglucerase
91001	Hormonelle Behandlung bei 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, Monotherapie der Hepatitis B mit Nucleosiden/Nucleotiden (Adefovir, Entecavir, Jemivudine, Telbivudine, Tenofovir)
91004	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
91005	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz
91006	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
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 Rezepturzubereitung, Therapie des multiplen Myeloms mit Thalidomid, Lenalidomid)
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 zur Behandlung der Epilepsie
91018	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
91019	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung 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.
91021	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
91022	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Tafluprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen
91023	Antiparkinsonmittel zur Behandlung des Morbus Parkinson
91024	Antithrombotische Mittel parenteral
91025	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer und Memantine
91026	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten (Triptane)
91027	systemische Psoriasisstherapie
91028	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
91029	Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung
91030	neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
91031	Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen
91032	Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz.
91033	Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
91034	Behandlung des Alpha1-Antitrypsinmangels
91035	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie
91036	
91037	Ziconoxid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opiodtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde
91038	Linezolid nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage
91039	Therapie der leichten mit mittelschweren idiopathischen Lungenfibrose bei Erwachsenen mit Pirfenidon
91040	Therapie systemischer Mykosen (Voriconazol, Caspofungin)
91041	Therapie der Colitis ulcerosa mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten
91042	Abirateronacetat, nur bei Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom, die während oder nach einer docetaxelhaltigen Chemotherapie progredient sind und für die eine erneute Behandlung mit Docetaxel nicht mehr in Frage kommt
91043	Ticagrelor nur bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabiler Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) oder</li> <li>• Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention, sofern entweder die Patienten <math>\geq 75</math> Jahre sind und nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen oder Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese</li> </ul>

## **Anlage 1b - Richtgrößen für Heilmittel 2013**

### **Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen (Prüfungszeitraum 01.01.2013 bis 31.12.2013)**

#### § 1 - Ermittlung der Richtgrößen Heilmittel

Für das Jahr 2013 ist eine Ermittlung und Festsetzung von Richtgrößen durch die Vereinbarungspartner aufgrund der bundesweiten Einführung von Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V nicht möglich. Sobald die Datenlage es zulässt, werden unter Berücksichtigung der Kosten für die Praxisbesonderheiten Richtgrößen ermittelt. Für den Prüfungszeitraum 01.01.2013 bis 31.12.2013 erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben (§ 106 Abs. 2 Satz 5 letzter Halbsatz SGB V i.V. mit § 15 Prüfungsvereinbarung). Die Arztgruppen, die einer Richtgrößengruppe zugeordnet werden sind in der Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2013 aufgeführt. Soweit in dieser Anlage 1a auf die Richtgröße Bezug genommen wird, sind diese Regelungen entsprechend anzuwenden wenn diese der Durchführung der Durchschnittsprüfung dienen.

#### § 2 Information der Arztpraxen

Zur kontinuierlichen Frühinformation der KVH über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Heilmittel stellen die Krankenkassen/-verbände die vorläufigen Verordnungskosten entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogenen Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Die Frühinformation der Arztpraxen wird nur mit Daten der Krankenkassen durchgeführt, die dazu geeignet sind, die Arztpraxis in ihrem Ordnungsverhalten zu unterstützen.

#### § 3 - Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

(1) Die Krankenkassen/-verbände übermitteln der Prüfungsstelle Mitte bis Ende des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats – nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Rechenzentren abgerechneten Kosten - das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:

- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
- Summe der Zuzahlungen in EURO und
- Anzahl der Verordnungsblätter

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2013 fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen/-verbänden. Die KVH übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen, getrennt nach M, F und R an die Prüfungsstelle. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen der

Arztpraxis im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt

Verordnungen im Rahmen eines langfristigen Heilmittelbedarfs nach § 32 Abs. 1a SGB V sind nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.

Bei der Ermittlung der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt) wird geprüft, ob veranlasste Ausgaben für Versicherte, die Kostenerstattung gemäß § 1 Abs. 5 der Prüfungsvereinbarung gewählt haben, in den Ausgaben enthalten sind. Sollten veranlasste Ausgaben enthalten sein, sind diese zu bereinigen. Danach ist zu prüfen, ob die Voraussetzung zur Durchführung eines Prüfverfahrens gemäß dieser Anlage noch gegeben ist.

(2) Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KVH auf Datenträger eine arztpraxisbezogene (Honorareinheit) Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in Euro insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen - getrennt nach Überweisungen zu Auftragsleistungen (Zielaufträge) und Überweisungen zu Konsiliaruntersuchungen einerseits und übrigen Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle im Quartal abrechnenden Arztpraxen.

#### § 4 - Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

(1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen der Arztpraxis innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen der Arztpraxis die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf potenzielle Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 2 und 3 entfallen.

(2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Arztpraxen übermitteln die Krankenkassen/-verbände der Prüfungsstelle Mitte bis Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Arztpraxen auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen der betreffenden Arztpraxis. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen/-verbänden.

(3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen/-verbände der Prüfungsstelle Mitte bis Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle Hamburger Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen der betreffenden Arztpraxis.

(4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zur Verfügung:

- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in EURO

- Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach M/F und R sowie in der Gesamtzusammenfassung
- Die ermittelten Richtgrößensummen in EURO
- Die veranlassten Ausgaben der Betriebsstätte brutto und netto (EURO)
- Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
- Die von den Krankenkassen/-verbänden nach Abs. 2 erhaltenen Übersichten

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2013 fest.

#### § 5 – Praxisbesonderheiten

- (1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Beachtung der §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinien begrenzt.
- (2) Die Prüfungsstelle hat sämtliche unter die vom GKV Spitzenverband der Krankenkassen und der KBV abgeschlossenen „Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB“ fallenden Verordnungskosten als Praxisbesonderheiten anzuerkennen.
- (3) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar - zu berücksichtigen, wenn die Arztpraxis nachweist, dass sie der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt der zu prüfenden Arztpraxis.
- (4) Die in ein Prüfverfahren einbezogene Arztpraxis erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach dem Absatz 2 hat die Prüfungsstelle die Praxisbesonderheiten anhand der Angaben der Arztpraxis auf den Verordnungsvordrucken anzuerkennen. Für von der Arztpraxis gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 3 hat diese darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er
  - welche Heilmitteltherapien
  - mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall

veranlasst hat.

#### § 6 - Entscheidungen der Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle kann auf die Durchführung des Prüfverfahrens verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet sind (Vorab-Prüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25 % überschritten wird.
- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus

ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfungsbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen. Die Festsetzung eines Mehraufwandes nach Satz 1 erfolgt nicht, wenn die Arztpraxis erstmalig in einem Richtgrößenprüfungsverfahren als Ergebnis eine Richtgrößenüberschreitung von mehr als 25 % hat. Die Überschreitung von mehr als 25 % durch eine Arztpraxis ist auch dann erstmalig, wenn sich seit der letzten Überschreitung wesentliche Änderungen in der Verordnungsstruktur der Arztpraxis ergeben haben. Eine wesentliche Änderung in der Verordnungsstruktur kann bei einer Änderung der Gebiets-, Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung eines Arztes bzw. von Ärzten in einer Arztpraxis vorliegen. Eine Arztpraxis kann sich nicht auf die erstmalige Überschreitung berufen, wenn die überwiegenden Verordnungsanteile (ca. 75 %) einer Arztpraxis von einem Arzt bzw. Ärzten verursacht wurden, die schon einmal Beteiligte in einem Verfahren mit einem Regress wegen Richtgrößenüberschreitung von über 25 % waren. Das Verfahren endet mit einem Feststellungsbescheid. Die Arztpraxis erhält eine individuelle Beratung nach Absatz 1.

- (3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen der Arztpraxis einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-) Verordnungskosten der Arztpraxis die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert. Für die ersten beiden Jahre einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % ist die Höhe des Regressbetrages auf 25.000 Euro begrenzt.
- (4) Die Arztpraxis kann bei der Prüfungsstelle die Anerkennung der vertraglich vereinbarten Praxisbesonderheiten beantragen. Näheres hierzu regeln die Vereinbarungspartner in einer gesonderten Anlage.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfungsvereinbarung.

## Anlage A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2013

<b>Arztgruppe</b>	<b>Richtgröße 2013 MF / R* in EURO</b>
<b>Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte</b>	MF R
<b>Chirurgie</b>	MF R
<b>Innere Medizin - Hausärzte</b>	MF R
<b>Innere Medizin - Fachärzte ohne SP</b>	MF R
<b>Innere Medizin - Fachärzte Schwerpunkt Gastroenterologie</b>	MF R
<b>Innere Medizin - Fachärzte Schwerpunkt Pneumologie / Pulmologen</b>	MF R
<b>Kinderheilkunde</b>	MF R
<b>Orthopädie</b>	MF R

\*MF: Mitglied und mitversichertes Familienmitglied

R: Rentner

## Anlage B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2013

### Datensatzbeschreibung Heilmittel

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Die nachfolgenden Punkte beschreiben die Datenlieferungen von Heilmitteldaten an die Prüfungsstelle.

### Datenformat

Die Datenlieferungen an die Prüfungsstelle erfolgen in Form von Textdateien. Der Aufbau der Dateien ist ein variables ASCII mit Semikolon (;) als Feldbegrenzer und CR+LF als Satztrenner.

### Inhaltskennung

Der Dateiname beschreibt den eigentlichen Inhalt der Datei:

Feldname	Beschreibung
Lieferant	AOK, BKK, BKN, IKK, LKK oder VDK
Art	"HEIF" Heilmittel, Frühinformation "HEIL" Heilmittel
VerQuart	JJJJQ, Q=1-4, J
Lieferung	Laufende Nummer der Lieferung: 01 – Erste Lieferung 02 – Erste Korrekturlieferung ...

Z.B. "AOKHEIL2005101.txt" für die erste Lieferung von Heilmitteldateninformationen der AOK zum Quartal 1/2005.

### Definition der Befüllvorgaben

Für jede Satzstruktur und Aggregationsstufe werden die empfohlenen Befüllvorgaben aufgelistet. Folgende Befüllvorgaben kommen in Frage:

Datensatz auf Blattebene:

- M Mussfeld  
Dieses Feld muss belegt werden.
- K Kannfeld  
Sofern Werte vorhanden sind dürfen diese geschickt werden. Ein leeres Feld ist auch zulässig.
- L Leerfeld  
Hier darf kein Wert eingetragen werden.

### Satzbeschreibung

Die folgende Satzbeschreibung ist eine kompakte Darstellung von den beiden verschiedenen Inhaltslieferungen auf der Aggregationsstufe Heilmittelblatt:

- "HEIF" Frühinformation ohne Versichertenbezug.
- "HEIL" Heilmitteldaten mit Versichertenbezug.

Nr	Bezeichnung	Typ			Beschreibung
			"HEIF"	"HEIL"	
1	Betriebsstättennummer	N9	M	M	Exakt 9 Stellen
2	Arztnummer	N9	N	N	Exakt 9 Stellen (soweit diese nach BMV-Ä §44 (6) übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit „000000000“ aufgefüllt).
3	Verordnungsquartal	C5	M	M	JJJJQ mit Q=[1-4, J]
4	IK der KK	N9	M	M	
5	Versichertenstatus	N1	M	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegidentifikation	C68	M	M	Eindeutige Identifikation für den Heilmittelurbeleg, z.B. Belegnummer und Rechnungsnummer
7	Heilmittelblattdatum	N8	M	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
8	Versichertennummer	C50	L	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen.
9	Geburtsdatum	N8	L	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten
10	Gesamtbrutto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
11	Gesamtzuzahlung prozentual	N15	M	M	Betrag!, in Cent, Kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Pauschalzuzahlung	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Gesamtnetto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionsnettos, da hier Gesamtrabatte und Rezeptzuzahlung berücksichtigt wird.
14	Begründungspflicht	N1	K	K	0=nein; 1=ja
15	Indikationsschlüssel	C12	K	K	Beinhaltet den Indikationsschlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog, soweit vorhanden.
16	Leistungsschlüssel 1	N5	M	M	Heilmittelpositionsnummer
17	Faktor 1	N4	M	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.
18	Positionsbrutto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis

"HEIF"	"HEIL"
--------	--------

Nr	Bezeichnung	Typ	Beschreibung		
19	Positionsnetto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis abzüglich aller Rabatte, die in diese Position eingegangen sind. Unberücksichtigt bleiben Zuzahlungen auf Rezeptebene.
	...				
132	Leistungsschlüssel 30	N5	M	M	
133	Faktor 30	N4	M	M	
134	Positionsbrutto 30	N15	M	M	
135	Positionsnetto 30	N15	M	M	

Bei diesen Datensätzen handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl. Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2-30 sind, sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen. Der jeweilige Datensatz (Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 135 kann verzichtet werden.

### Prozess der Datenübermittlung

Die Daten werden der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner innerhalb der in der Prüfvereinbarung genannten Fristen zur Verfügung gestellt. Die Übersendung erfolgt auf dem Postwege auf CD-ROM im Format ISO-9660. Kompression nach dem Standard ZIP ist möglich.

Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hamburg		Berichtszeitraum: Monat Jahr		Stand:	
Berichts-/Controlling Aspekt	Einzelfallprüfung Besondere Fälle (BesF)	Sachliche Berichtigung Sprechstundenbedarf (SBSB)	Prüfung nach Durchschnittswerten Sprechstundenbedarf (SSB)	Zielfeldprüfung (ZFP)	Zufälligkeitprüfung (ZuP)
	Prüfungen mit vierjähriger Festsetzungsfrist				
Datenlieferungen Phase 1 bzw. Fallzahlen - bis zum Ende des sechsten (AM) bzw. neunten (HM) auf das jeweilige Quartal folgenden Monats	AOK				
	BKK				
	IKK				
	Knappschaft				
	vdek				
	KVH				
Anzahl auffällige Honorareinheiten bzw. Stichprobe ZuP nach Überprüfung gem. Anlage 2 PrüfV					
Anforderung Phase 2					
Datenlieferung mit Versicherungsbezug bis spätestens 2 Monate nach Anforderung (RGP) bzw. spätestens am 15. des siebten Monats nach Ablauf des Prüfzeitraumes (ZuP)	AOK				
	BKK				
	IKK				
	Knappschaft				
	vdek				
	KVH				
Anzahl Beratungen nach § 106 Abs. 5e SGB V					
Anzahl eingeleitete Verfahren (RGP/SSB/ZFP/ZuP) bzw. anhängige Verfahren (BesF/SBSB)					
Aufforderung zur Stellungnahme vom	nach Antragseingang				
Rücklauf der Stellungnahmen bis	4 Wochen				
Bescheiderteilung im Berichtsmonat	Erledigung durch Rücknahme				
	Bescheide ohne Regress				
	Bescheide mit Regress				
	Regress-Summe				
spätester Termin zum Versand der Bescheide	Die vierjährige Festsetzungsfrist ist zu beachten				

■ gute Umsetzung / kein Handlungsbedarf  
■ in Bearbeitung / Termingerechtigkeit wird berücksichtigt  
■ bisher keine Umsetzung / Umsetzung nicht möglich / Verfristungen stehen an  
■ nicht vorgesehen / nicht vereinbart

**Erläuterungen:** Die Anzahl 'Einzelfallprüfung Besondere Fälle' bzw. 'Berichtigung Sprechstundenbedarf' weist die insgesamt noch anhängigen (nicht die im Berichtszeitraum erzielten) Verfahren aus. Die Anzahl der Bescheide bzw. Regresssummen ist kein kumulierter Wert, sondern bezieht sich auf den jeweiligen Berichtsmonat.

Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hamburg		Berichtszeitraum: Monat/Jahr				Stand:							
Berichts-/Controlling Aspekt		Richtgrößenprüfung (RGP) Arzneimittel (AM)				Richtgrößenprüfung (RGP) Heilmittel (HM)							
		1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Jahreslieferung	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Jahreslieferung		
Datenlieferungen Phase 1 bzw. Fallzahlen - bis zum Ende des sechsten (AM) bzw. neunten (HM) auf das jeweilige Quartal folgenden Monats	AOK												
	BKK												
	IKK												
	Knappschaft												
	vdek												
Anzahl auffällige Honorareinheiten bzw. Stichprobe ZuP nach Überprüfung gem. Anlage 2 PrüfV	KVH												
Anforderung Phase 2													
Datenlieferung mit Versichertenbezug bis spätestens 2 Monate nach Anforderung (RGP) bzw. spätestens am 15. des siebten Monats nach Ablauf des Prüfzeitraumes (ZuP)	AOK												
	BKK												
	IKK												
	Knappschaft												
	vdek												
Anzahl Beratungen nach § 106 Abs. 5e SGB V	KVH												
Anzahl eingeleitete Verfahren (RGP/SSB/ZFP/ZuP) bzw. anhängige Verfahren (BesF/BSSE)													
Aufforderung zur Stellungnahme vom													
Rücklauf der Stellungnahmen bis													
Bescheiderteilung im Berichtsmonat	Erfriedigung durch Rücknahme												
	Bescheide ohne Regress												
	Bescheide mit Regress												
	Regress-Summe												
spätester Termin zum Versand der Bescheide													

■ gute Umsetzung / kein Handlungsbedarf  
■ in Bearbeitung / Termine sind berücksichtigt  
■ bisher keine Umsetzung / Umsetzung nicht möglich / Verfristung  
■ nicht vorgesehen / nicht vereinbart

Kassenstempel
---------------

Ort: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_  
Kassennummer: \_\_\_\_\_  
Quartal: \_\_\_\_\_

## Kassenärztliche Vereinigung

**Abgabetermine:** Gem. § 4 der Vereinbarung binnen 2 Monaten nach Ablauf des Quartals, für das die Anrechnung erfolgen soll

---

### Meldung der Versicherten gem. der Vereinbarung über die Anrechnung von Kostenerstattungsleistungen auf die Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3a Satz 5 SGB V

---

	Versicherte nach nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung
1. Stichtag 1.1 / 1.4 / 1.7 / 1.10	<input type="text"/>
2. Stichtag 1.2 / 1.5 / 1.8 / 1.11	<input type="text"/>
3. Stichtag 1.3 / 1.6 / 1.9 / 1.12	<input type="text"/>
4. Summe der Stichtage 1. - 3.	<input type="text"/>
5. Statistisches Mittel (Summe 4. div. durch 3)	<input type="text"/>

Die Krankenversicherungsnummern, Name, Vorname, Geburtsdatum, PLZ und Kennzeichen gem. § 1 der Vereinbarung aller gemeldeten Versicherten, die Kostenerstattung nach § 1 Nr. 1 a, b, Nr. 2 a oder b der Vereinbarung gewählt haben, sind dieser Meldung als Anlage beigefügt.

---

Unterschrift

