

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

- einerseits-

und

die AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland,

der BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,

die Bundesknappschaft, Verw. Stelle Saarbrücken

die IKK Südwest-Direkt,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland- Pfalz und Saarland,

der VdAK e. V. und AEV e. V., vertreten durch die Landesvertretung Saarland

- andererseits –

schließen folgende

Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2005

§ 1 Allgemeines

Die Vertragspartner vereinbaren einheitlich für alle Kassenarten arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen für das Volumen der vom Vertragsarzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V und zur Steuerung des Arznei- und Heilmittelausgabenvolumens für das Jahr 2005. Die Vertragspartner nehmen Bezug auf die gemeinsame Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 21.02.2000 in der Fassung vom 30.09.2001.

§ 2 Grundsätze für die Bildung von Richtgrößen

1. Die Richtgrößen werden für Arznei-, und Verbandmittel incl. Sprechstundenbedarf einerseits sowie für Heilmittel andererseits getrennt nach Gruppen (M und F und R) für die in der Anlage 1 bzw. Anlage 3 zu dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen in der dort genannten Höhe gebildet. Die Vertragspartner stimmen überein, eine Differenzierung nach Altersklassen sobald als möglich einzuführen.
2. Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung von Richtgrößen werden kurativ-allgemeine Behandlungsfälle von Vertragsärzten nach Formblatt 3, Abrechnungsposition A-01-69-00, getrennt nach den Versichertengruppen: Mitglieder, Familienangehörige und Rentner herangezogen.

§ 3 Ermittlung der Richtgrößen

A. Arznei- und Verbandmittelrichtgrößen

- a. Bei der Richtgröße für Arznei-/Verbandmittel wird, ausgehend vom Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel i. H. v. 285.448.704 Euro, ein Abschlag von 9,9924 % für die Arztgruppen vorgenommen, die nicht in der Richtgrößenvereinbarung enthalten sind.
Weiterhin wird vorsorglich ein Abschlag von 5 % für die Praxisbesonderheiten der Empfehlung zu Richtgrößen vorgenommen.
- b. Diese Beträge werden um die Zuzahlungen der Versicherten sowie den Rabatt erhöht. Nunmehr werden die Kosten für den Sprechstundenbedarf abgesetzt.
- c. Das so ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten der einzelnen Arztgruppen des **2. Quartals 2004** getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die Behandlungsfallzahlen der Quartale 1 bis 4/2004, wiederum aufgeteilt nach M, F und R, dividiert. Ebenso wird für diese Richtgröße der Anteil des Sprechstundenbedarfs, ermittelt anhand der Kosten für den Sprechstundenbedarf des Jahres **2003** dividiert durch die Fallzahl des Jahres **2003**, als Euro-Betrag je Fachgruppe dem zuvor gebildeten Ausgabenvolumen zugeschlagen. **Für die Gruppe der Kinderärzte** findet keine Aufteilung in Statusgruppen statt. Hier wird das Gesamtausgabenvolumen durch die

Gesamtfallzahlen dividiert, so daß eine einheitliche Richtgröße für alle Statusgruppen gebildet wird.
Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 1 und 2.

Erläuterung:

Da das Arzneimittelausgabenvolumen für das Jahr 2005 erst im März 2005 festgelegt wurde, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst nach Ablauf der beiden ersten Quartale des Jahres 2005 veröffentlicht werden. Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weitergelten, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 SGB V deren Inhalt festsetzen“ gelten die bisherigen Richtgrößen fort, wenn nicht rechtzeitig Richtgrößen für das Jahr 2005 vereinbart wurden.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, nach dem Günstigkeitsprinzip zu verfahren, d.h. den Arztgruppen, die nach der Neuberechnung eine höhere Richtgröße erhalten, wird diese rückwirkend für das 1. Halbjahr 2005 zuerkannt. Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es im 1. Halbjahr 2005 bei der günstigeren Richtgröße des 2. Halbjahres 2004.

Für das 1. Halbjahr 2005 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 2.

Für das 2. Halbjahr 2005 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2005 diese Richtgrößen unabhängig von dem Günstigkeitsprinzip Gültigkeit haben.

In dem der Veröffentlichung dieser Vereinbarung nachfolgenden Quartal gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 1.

B. Heilmittelrichtgrößen

Bei der Richtgröße für Heilmittel wird, ausgehend von einem Betrag von 41.612.623 Euro, ein Abschlag von 22,20088 % für die Arztgruppen vorgenommen, für die keine Heilmittelrichtgrößen gebildet werden.

Diese Beträge werden um die Zuzahlungen der Versicherten erhöht.

Das so ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten der einzelnen Arztgruppen des ersten Halbjahres 2004 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen, [der Quartale 1 bis 4/2004](#), wiederum aufgeteilt nach M, F und R, dividiert. **Für die Gruppe der Kinderärzte** findet keine Aufteilung in Statusgruppen statt. Hier wird das Gesamtausgabenvolumen durch die Gesamtfallzahlen dividiert, so daß eine einheitliche Richtgröße für alle Statusgruppen gebildet wird.

Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 3.

Erläuterung:

Da die Heilmittelrichtgrößen 2005 erst im April 2005 festgelegt wurden, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst nach Ablauf der beiden ersten Quartale des Jahres 2005 veröffentlicht werden. Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weitergelten, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 SGB V deren Inhalt festsetzen“ gelten die bisherigen Richtgrößen fort, wenn nicht rechtzeitig Richtgrößen für das Jahr 2005 vereinbart wurden.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, nach dem Günstigkeitsprinzip zu verfahren, d.h. den Arztgruppen, die nach der Neuberechnung eine höhere Richtgröße erhalten, wird diese rückwirkend für das 1. Halbjahr 2005 zuerkannt. Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es im 1. Halbjahr 2005 bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2004.

Für das 1. Halbjahr 2005 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 4.

§ 4 Information und Beratung

1. Es erfolgt bei einer Überschreitung des Quartalswertes von mehr als 15 % eine Information durch die Geschäftsstelle des gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses auf der Grundlage der für die Erstellung der Arznei- und Heilmittelkostenstatistik gelieferten Daten.
2. Um eine kontinuierliche Frühinformation über die im Bereich der KV Saarland veranlaßten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel pro Quartal zu gewährleisten, übermitteln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V (Arznei- und Verbandmittel) an die Geschäftsstelle des gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses. Die Frühinformation soll dem Vertragsarzt dabei helfen, sein Arzneimittelverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen.

§ 5 Durchführung der Richtgrößenprüfung

1. Grundsätzlich finden bei einer Prüfung nach Richtgrößen Prüfungen der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten nicht mehr statt. Sofern Prüfungen nach Durchschnittswerten zusätzlich zu Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden, werden mögliche Erstattungsbeträge beider Prüfarten miteinander verrechnet.
2. Beratungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 SGB V werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert

übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten der Prüfungsausschuss nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

3. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
4. Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren wird die Richtgröße für Arznei-, und Verbandmittel incl. Sprechstundenbedarf aus dem arithmetischen Mittelwert der jeweiligen Richtgröße der Fachgruppe gebildet. Ist ein Arzt oder mehrere Ärzte einer Fachgruppe ohne Richtgröße beteiligt, gilt der Richtgrößewert der übrigen in der Praxis/Versorgungszentrum vorhandenen Ärzte mit Richtgrößen als Aufgreifkriterium für die gesamte Praxis unter Berücksichtigung der Gesamtfallzahl.
5. Bei Beginn oder Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit mitten im Kalenderjahr finden Richtgrößenprüfungen grundsätzlich nicht statt.

§ 6 Änderung der Prüfvereinbarung

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, daß die bisherige Prüfvereinbarung aufgrund der in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen um die in Anlage 5 aufgeführten Regelungen ergänzt wird.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2005 in Kraft und ist zunächst für den Zeitraum des Jahres 2005 begrenzt. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung vom 19.05.2004 bezogen auf die Richtgrößenprüfungen des Jahres 2005 außer Kraft.

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

AOK - Die Gesundheitskasse im
Saarland

Dr. med. G. Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

Heinz Eichner
Vorstand

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

Bundesknappschaft
Verwaltungsstelle Saarbrücken

Axel Benz
Vorsitzender des Vorstandes

Armin Beck
Verwaltungsdirektor

IKK Südwest-Direkt

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und
Saarland

Frank Spaniol
Vorstand

Helmut Heinz
Geschäftsführer

VdAK/AEV
Landesvertretung Saarland

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung

Saarbrücken, 18.04.2005

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2005 (Anlage 1)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,39 €	5,44 €	15,56 €
07	Chirurgen	16,84 €	14,30 €	21,38 €
10	Gynäkologen	17,58 €	18,04 €	30,81 €
13	HNO-Ärzte	11,55 €	10,96 €	6,76 €
16	Hautärzte	26,22 €	21,95 €	26,01 €
19	hausärztlich tätige Internisten	63,15 €	49,38 €	148,38 €
19	fachärztlich tätige Internisten	54,97 €	43,68 €	95,34 €
19	Nephrologen	325,89 €	270,67 €	459,21 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	75,89 €	79,95 €	105,62 €
23	Kinderärzte	24,85 €	24,85 €	24,85 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	87,09 €	79,66 €	100,65 €
44	Orthopäden	11,01 €	8,18 €	21,20 €
56	Urologen	30,00 €	24,35 €	66,59 €
80	Allgemeinärzte	51,50 €	35,83 €	142,56 €

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2005 mit Vorteil - Richtgrößen 2. Halbjahr 2004 -grau unterlegt- (Anlage 2)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,39 €	5,44 €	15,56 €
07	Chirurgen	17,12 €	15,30 €	21,86 €
10	Gynäkologen	17,58 €	18,04 €	30,81 €
13	HNO-Ärzte	14,15 €	12,33 €	9,78 €
16	Hautärzte	26,22 €	21,95 €	26,01 €
19	hausärztlich tätige Internisten	63,15 €	49,38 €	148,38 €
19	fachärztlich tätige Internisten	54,97 €	43,68 €	95,34 €
19	Nephrologen	325,89 €	283,05 €	505,37 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	75,89 €	79,95 €	105,62 €
23	Kinderärzte	24,85 €	24,85 €	24,85 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	87,09 €	79,66 €	100,65 €
44	Orthopäden	11,01 €	8,18 €	21,20 €
56	Urologen	30,00 €	24,35 €	66,59 €
80	Allgemeinärzte	51,50 €	35,83 €	142,56 €

Richtgrößen für Heilmittel 2005 (Anlage 3)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	8,02 €	4,14 €	10,45 €
19	hausärztlich tätige Internisten	6,22 €	6,38 €	14,00 €
23	Kinderärzte	16,05 €	16,05 €	16,05 €
44	Orthopäden	15,03 €	17,10 €	16,30 €
80	Allgemeinärzte	7,01 €	7,87 €	17,91 €

Richtgrößen für Heilmittel 2005

mit Vorteil – Richtgrößen 2004 – grau unterlegt (Anlage 4)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	8,69 €	5,33 €	11,77 €
19	hausärztlich tätige Internisten	6,60 €	6,38 €	14,24 €
23	Kinderärzte	16,05 €	16,05 €	16,05 €
44	Orthopäden	18,34 €	18,64 €	19,70 €
80	Allgemeinärzte	7,71 €	8,00 €	18,02 €

Anlage 5

Änderung/Ergänzung der Prüfvereinbarung vom 27.12.1993

§ 14 der Prüfvereinbarung wird wie folgt geändert:

Abs. 2 a.F. entfällt

Abs. 2 erhält folgenden Wortlaut:

Eine Prüfung findet in den gemäß § 5 der Richtgrößenvereinbarung vom 18.04.2005 festgeschriebenen Fällen statt.

Abs. 3

Sofern eine Prüfung nach Richtgrößen eingeleitet wurde, stellen die Kk-verbände die Verwaltungsdaten des Vertragsarztes (insgesamt und nach Bereinigung um die Zuzahlung der Versicherten und die Rabatt nach § 130/130a SGB V) je Fall entsprechend der Datensatzbeschreibung nach der Anlage zu § 14 der Prüfvereinbarung auf maschinell lesbaren Datenträgern zur Verfügung; die Vorlage der Rezepte ist dann nicht erforderlich. Bis zu einem bestandskräftigen Abschluß des Prüfverfahrens sind die Rezeptformulare bzw. Verordnungsblätter von den Krankenkassen, gegebenenfalls als Images, vorzuhalten.

Abs. 4

Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit Praxisbesonderheiten darzulegen. Als Praxisbesonderheiten gelten insbesondere die Indikationsgebiete gemäß Anlage 2 und 3 (ohne die Indikationen 1.12 und 1.13, die ein Zweitmeinungsverfahren vorsehen) der Empfehlung der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 21.02.2000. Die Vertragspartner wenden die Anlage 2 ungeachtet der Kündigung auf Bundesebene für die dort aufgeführten Wirkstoffe weiterhin zur Bewertung von Praxisbesonderheiten an. Der Prüfungsausschuss hat sämtliche auf die Anlage 2 und 3 entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung ist ab 01.07.2005 auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Arzneimittel- bzw. Heilmittel-Richtlinie begrenzt.

Abs. 5

Der Prüfungsausschuss soll vor seinen Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des

Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die Ermittlung des Regreßbetrages erfolgt analog Anlage 4 der Empfehlung zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 21.02.2000. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, daß das Prüfverfahren einzustellen ist, wenn sich im Laufe der Prüfung ergibt, daß maximal eine Regreßsumme von 1.000,00 Euro zustande kommt.

Abs. 6

Die einbehaltenen Regreßbeträge sind auf die eventuell festgestellte Überschreitung des jeweiligen Ausgabenvolumens anzurechnen.

Abs. 7

Der Prüfungsausschuss setzt den den Krankenkassen zustehenden Betrag nach § 106 Absatz 5a SGB V fest. Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag. Hierbei teilt der Prüfungsausschuss der jeweiligen Krankenkasse den auf sie entfallenden Anteil am festgesetzten Rückforderungsbetrag mit. Die Krankenkasse verrechnet den Betrag mit der nächsten oder übernächsten an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden Vergütung. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Vergütung zugerechnet werden. Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die Kassenärztliche Vereinigung sie entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV stunden oder erlassen.

Abs. 8

Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird abweichend von § 106 Absatz 5a Satz 3 SGB V nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinbaren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu nichts anderes vereinbart ist.

**Anlage zu § 14 Prüfvereinbarung vom 27.12.1993 i. d. F. der
Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2005**

01 Verordnungssatz

05	KASSEN-VKNR	Pseudo-VKNR der Kassengruppe	Pic 9(09).
05	JJJMM	Abrechnungsjahr/-monat	Pic 9(06).
05	ARZTNR	Abrechnungsnummer	Pic 9(09).
05	VERO-STAT	Verordnungsstatus	Pic 9(01).
05	VERSI-NR	Versichertennummer	Pic X(12).
05	VERS-STAT	Versichertenstatus	Pic 9(01).
05	BELEG-NR	Belegnummer	Pic X(18).
05	GESAMT-REZ	Gesamtwerte der Verordnung	
10	BRUTTO	Gesamtbetrag	Pic 9(08)V99.
10	ZUZ AHL	Gesamtzuzahlung	Pic 9(06)V99.
05	NAME	Name des Versicherten	Pic X(47).
05	V-NAME	Vorname des Versicherten	Pic X(10).
05	GEB-DATUM	Geb.-Datum d. Versicherten	Pic X(08).
05	ANZ-VERORD	Anzahl der Einzelverordn. des Rezeptes	Pic 9(04)
05	MEDIK-PREIS	Maximal 9 Medikamente pro Verordnung	
10	PZN-NR(1)	Erste PZN	Pic X(10).
10	EINHEIT(1)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
10	MEDPR(1)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99.
10	PZN-NR(...)	Zweite PZN	Pic X(10).
10	EINHEIT(...)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
10	MEDPR(...)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99.
10	PZN-NR(9)	Dritte PZN	Pic X(10).
10	EINHEIT(9)	Anzahl Einheiten	Pic 9(06).
10	MEDPR(9)	Preis je Medikament	Pic 9(07)V99