

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

- einerseits-

und

die AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland,

der BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,

die Knappschaft, Verw. Stelle Saarbrücken

die IKK Südwest-Direkt,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland- Pfalz und Saarland,

der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch die Landesvertretung Saarland

- andererseits –

schließen folgende

## **Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2009**

## **§ 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 2009. Die Vereinbarungspartner 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 inkl. Sprechstundenbedarf einerseits sowie für Heilmittel andererseits getrennt nach Gruppen (M und F und R) für die in der Anlage 2 bzw. Anlage 4 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, 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. 366.313.524 Euro, ein Abschlag von 16,22299 % 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 der Quartale 1/2007 bis 4/2007 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die jeweiligen Behandlungsfallzahlen, 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 2007, dividiert durch die Fallzahl, 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 2.

Erläuterung:

Durch den Zeitpunkt der Festlegung des Arzneimittelausgabenvolumens für das Jahr 2009, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst im 1. Quartal des Jahres 2009 veröffentlicht werden.

Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weiter gelten, 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 2009 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. Quartal des Jahres 2009 zuerkannt.

Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es in dem 1. Quartal bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2008.

Für das 1.Quartal des Jahres 2009 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 1.

Für die Quartale 2/2009, 3/2009 und 4/2009 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2009 diese Richtgrößen unabhängig von dem Günstigkeitsprinzip Gültigkeit haben.

In dem der Veröffentlichung dieser Vereinbarung nachfolgenden Quartal gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 2.

## **B. Heilmittelrichtgrößen**

a. Bei der Richtgröße für Heilmittel wird, ausgehend vom Ausgabenvolumen für Heilmittel 2009 i. H. v. 49.273.491 €, ein Abschlag von 21,25690 % für die Arztgruppen vorgenommen, für die keine Heilmittelrichtgrößen gebildet werden. Weiterhin wird vorsorglich ein Abschlag von 10 % für die Praxisbesonderheiten vorgenommen

b. Diese Beträge werden um die Zuzahlungen der Versicherten erhöht.

c. Das so ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten der einzelnen Arztgruppen der Quartale 1/2007 bis 4/2007 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen 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 4.

Erläuterung:

Durch den Zeitpunkt der Festlegung des Heilmittelausgabenvolumens für das Jahr 2009, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst im 1. Quartal des Jahres 2009 veröffentlicht werden.

Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weiter gelten, 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 2009 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. Quartal des Jahres 2009 zuerkannt.

Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es in dem 1. Quartal bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2008.

Für das 1.Quartal des Jahres 2009 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 3.

Für die Quartale 2/2009, 3/2009 und 4/2009 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2009 diese Richtgrößen unabhängig von dem Günstigkeitsprinzip Gültigkeit haben.

In dem der Veröffentlichung dieser Vereinbarung nachfolgenden Quartal gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 4.

### **C. Anpassung der Richtgrößen**

Für den Fall, dass Korrekturen der Rahmenvorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen für das Jahr 2009 zu einem geänderten Ausgabenvolumen für das Jahr 2009 führen, entscheiden die Vertragspartner über eine Neuberechnung der Richtgrößen.

#### **§ 4 Information und Beratung**

1. Es erfolgt bei einer Überschreitung des Quartalswertes von mehr als 15 % eine Information durch die Prüfstelle 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 Prüfstelle. 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. Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden; die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Ordnungszeitraums erfolgen. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung. Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die

Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.

3. 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 Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

4. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

5. Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren wird die Richtgröße für Arznei-, und Verbandmittel inkl. Sprechstundenbedarf aus dem arithmetischen Mittelwert der jeweiligen Richtgröße der Fachgruppe gebildet. Ist ein Arzt oder mehrere Ärzte einer Fachgruppe ohne Richtgröße beteiligt, gilt der Richtgrößenswert der übrigen in der Praxis/Versorgungszentrum vorhandenen Ärzte mit Richtgrößen als Aufgreifkriterium für die gesamte Praxis unter Berücksichtigung der Gesamtfallzahl. Die Prüfungsstelle kann im Prüfverfahren bei entsprechenden Feststellungen auch eine davon abweichende Gewichtung der Richtgrößen vornehmen.

6. Für die zu prüfenden Ärzte liefern die Kassenverbände jeweils arztbezogen die jeweiligen Verordnungsdaten um die Beträge der Rabatte nach § 130 Abs. 8 SGB V bereinigt.

## **§ 6 Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2009 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung vom 28.04.2008 bezogen auf die Richtgrößenprüfungen des Jahres 2009 außer Kraft.

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

---

Dr. med. G. Hauptmann  
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz  
und Saarland

---

Axel Benz  
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Südwest-Direkt

---

Frank Spaniol  
Vorstand

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Landesvertretung Saarland

---

Armin Lang  
Leiter der Landesvertretung

Saarbrücken, den 24.02.2009

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland

---

Bruno Krüger  
Vorstand

Knappschaft  
Verwaltungsstelle Saarbrücken

---

Armin Beck  
Verwaltungsdirektor

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

---

Helmut Heinz  
Direktor

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2009 mit  
 Vorteil Richtgrößen für das Jahr 2008 (grau unterlegt)  
 -nur gültig im 1. Quartal 2009-  
 (Anlage 1)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	10,89 €	6,27 €	17,93 €
07	Chirurgen	16,15 €	13,74 €	19,58 €
10	Gynäkologen	19,07 €	21,66 €	45,39 €
13	HNO-Ärzte	13,05 €	12,63 €	7,11 €
16	Hautärzte	28,26 €	24,84 €	27,45 €
19	hausärztlich tätige Internisten	67,97 €	50,01 €	151,91 €
19	fachärztlich tätige Internisten	80,70 €	58,83 €	107,29 €
19	Nephrologen	420,32 €	374,66 €	601,02 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	75,56 €	88,41 €	123,38 €
23	Kinderärzte	30,64 €	30,64 €	30,64 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	119,81 €	110,80 €	138,80 €
44	Orthopäden	11,71 €	8,68 €	23,44 €
56	Urologen	32,79 €	27,18 €	78,42 €
80	Allgemeinärzte	52,56 €	37,94 €	145,30 €

# Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2009 (Anlage 2)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	10,89 €	6,27 €	17,93 €
07	Chirurgen	16,15 €	13,74 €	19,58 €
10	Gynäkologen	19,07 €	21,66 €	45,39 €
13	HNO-Ärzte	13,05 €	12,63 €	6,97 €
16	Hautärzte	28,26 €	24,84 €	27,45 €
19	hausärztlich tätige Internisten	67,97 €	50,01 €	151,89 €
19	fachärztlich tätige Internisten	80,70 €	58,83 €	107,29 €
19	Nephrologen	409,40 €	373,70 €	601,02 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	75,56 €	88,41 €	123,38 €
23	Kinderärzte	30,64 €	30,64 €	30,64 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	119,81 €	110,80 €	138,80 €
44	Orthopäden	11,71 €	8,68 €	23,44 €
56	Urologen	32,79 €	27,18 €	78,42 €
80	Allgemeinärzte	52,53 €	37,94 €	144,24 €





Richtgrößen für Heilmittel 2009 mit Vorteil Richtgrößen für das Jahr 2008 (grau unterlegt) - nur gültig im 1. Quartal 2009-  
(Anlage 3)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	6,93 €	4,26 €	10,52 €
19	hausärztlich tätige Internisten	6,00 €	6,18 €	15,37 €
23	Kinderärzte	15,61 €	15,61 €	15,61 €
44	Orthopäden	14,66 €	15,57 €	17,18 €
80	Allgemeinärzte	6,50 €	7,23 €	19,11 €

## Richtgrößen für Heilmittel 2009 (Anlage 4)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
<b>07</b>	Chirurgen	<b>6,90€</b>	<b>4,26 €</b>	<b>10,52 €</b>
<b>19</b>	hausärztlich tätige Internisten	<b>6,00 €</b>	<b>5,93 €</b>	<b>15,37 €</b>
<b>23</b>	Kinderärzte	<b>14,39 €</b>	<b>14,39 €</b>	<b>14,39 €</b>
<b>44</b>	Orthopäden	<b>14,45 €</b>	<b>14,33 €</b>	<b>17,18 €</b>
<b>80</b>	Allgemeinärzte	<b>6,50 €</b>	<b>7,23 €</b>	<b>19,11 €</b>