

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

- einerseits-

und

die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse,

der BKK Landesverband Mitte,

die Knappschaft, Bochum, vertreten durch die Regionaldirektion Saarbrücken

die IKK Südwest,

die Landwirtschaftlichen 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 2012

§ 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 2012. 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 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, 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 2012 i. H. v. 382.059.523 €, ein Abschlag von 18,53 % 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 1/2010 bis 4/2010 getrennt nach Mitgliedern(M), Familienangehörigen(F) und Rentnern(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 der Quartale 1/2010 bis 4/2010, 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. Bei der Berechnung der Richtgrößen der fachärztlich tätigen Internisten bleiben die statistischen Werte der Onkologen außen vor, da ansonsten eine Richtgröße für die übrigen Ärzte ausgewiesen wird, die deutlich über den tatsächlichen Verordnungskosten liegt.

Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 2.

Erläuterung:

Durch den Zeitpunkt der Festlegung des Arzneimittelausgabenvolumens für das Jahr 2012, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst im 1. Quartal des Jahres 2012 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 2012 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 2012 zuerkannt.

Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es in dem 1. Quartal bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2011.

Für das 1.Quartal des Jahres 2012 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 1.

Für die Quartale 2/2012, 3/2012 und 4/2012 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2012 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 2012 i. H. v. 56.644.909 €, ein Abschlag von 25,97 % 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 1/2010 bis 4/2010 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen wiederum aufgeteilt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern, 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 Richtgrößen für das Kalenderjahr 2012 alle höher sind als die Richtgrößen des Kalenderjahres 2011, ist das Verfahren nach dem Günstigkeitsprinzip nicht anzuwenden.

Es gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 3.

C. Anpassung der Richtgrößen

Für den Fall, dass Korrekturen der Rahmenvorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die GKV-Spitzenverband der Krankenkassen für das Jahr 2012 zu einem geänderten Ausgabenvolumen für das Jahr 2012 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 Verordnungszeitraums 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 die Prüfstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

4. Die Prüfungsstelle kann eine schriftliche Beratung aussprechen oder beauftragt die Verordnungsberatung der KV Saarland mit der Durchführung einer persönlichen Pharmakotherapieberatung. Darüber hinaus erhalten auch die Ärzte mit schriftlicher Beratung das Angebot, sich persönlich beraten zu lassen.

5. Bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent findet eine persönliche Pharmakotherapieberatung statt. Die Kosten der Beratung werden durch die Prüfungsstelle an die KV Saarland erstattet. Seitens der Krankenkassen können ergänzende Beratungsunterlagen (z.B. PharmPRO®) zur Verfügung gestellt werden. Ebenso besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an der Beratung. Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat.

6. Im Rahmen der Beratung können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags droht. Die Prüfungsstelle teilt Ihre Entscheidung sowohl dem antragstellenden Arzt als auch den Vertragspartnern mit. Gegen die Entscheidung der Prüfungsstelle können die am Verfahren Beteiligten Widerspruch erheben.

7. 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.

8. 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 Richtgrößenwert 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 oder zu anderen Prüfmethoden (z.B. Durchschnittsprüfung) übergehen.

9. 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 01.01.2012 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung vom 17.01.2011 bezogen auf die Richtgrößenprüfungen des Jahres 2012 außer Kraft.

Saarbrücken, 26.03.2012

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

Dr. med. G. Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

BKK-Landesverband Mitte
Landesvertretung Rheinland-Pfalz
und Saarland

Armin Schimsheimer

IKK Südwest

Frank Spaniol
Vorstand

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

Martin Schneider
Der Leiter der Landesvertretung Saarland

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die
Gesundheitskasse

Walter Bockemühl
Vorstandsvorsitzender

Knappschaft
Regionaldirektion Saarbrücken

Armin Beck
Leiter der Regionaldirektion

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und
Saarland

Helmut Heinz
Direktor

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2012 mit
 Vorteil Richtgrößen für das Jahr 2011 (grau unterlegt)
 -nur gültig im 1. Quartal 2012-
 (Anlage 1)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	11,89 €	7,00 €	18,22 €
07	Chirurgen	17,30 €	15,40 €	21,50 €
10	Gynäkologen	16,43 €	20,59 €	51,25 €
13	HNO-Ärzte	11,80 €	11,99 €	6,10 €
16	Hautärzte	34,04 €	28,45 €	28,68 €
19	hausärztlich tätige Internisten	68,75 €	51,96 €	150,28 €
19	fachärztlich tätige Internisten	62,82 €	48,42 €	60,38 €
19	Nephrologen	401,81 €	363,80 €	575,00 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	91,95 €	94,75 €	135,74 €
23	Kinderärzte	28,22 €	28,22 €	28,22 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	145,33 €	131,00 €	161,44 €
44	Orthopäden	12,22 €	9,16 €	24,64 €
56	Urologen	33,20 €	28,59 €	78,94 €
80	Allgemeinärzte	54,54 €	40,62 €	145,61 €

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2012 (Anlage 2)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	11,89 €	6,72 €	18,22 €
07	Chirurgen	17,30 €	15,40 €	21,50 €
10	Gynäkologen	16,43 €	20,59 €	51,25 €
13	HNO-Ärzte	11,80 €	11,99 €	6,10 €
16	Hautärzte	34,04 €	28,45 €	28,68 €
19	hausärztlich tätige Internisten	68,75 €	51,96 €	150,28 €
19	fachärztlich tätige Internisten	62,82 €	48,42 €	60,38 €
19	Nephrologen	401,81 €	363,80 €	575,00 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	91,95 €	94,75 €	135,74 €
23	Kinderärzte	28,22 €	28,22 €	28,22 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	145,33 €	131,00 €	161,44 €
44	Orthopäden	12,22 €	9,16 €	24,64 €
56	Urologen	33,20 €	28,59 €	78,94 €
80	Allgemeinärzte	54,54 €	40,62 €	145,61 €

Richtgrößen für Heilmittel 2012 (Anlage 3)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	9,37 €	6,22 €	13,68 €
19	hausärztlich tätige Internisten	6,39 €	6,83 €	16,83 €
23	Kinderärzte	15,81 €	15,81 €	15,81 €
44	Orthopäden	14,67 €	13,88 €	17,92 €
80	Allgemeinärzte	7,14 €	7,60 €	21,62 €