

Anlage 4/II

zur Prüfvereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V vom 12. Juni 2008

Die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

und

die AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

der BKK LANDESVERBAND SÜD, Regionaldirektion Hessen

die IKK CLASSIC

die SOZIALVERSICHERUNG für LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN und GARTENBAU
(SVLFG) als LANDWIRTSCHAFTLICHE KRANKENKASSE

die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

die ERSATZKASSEN

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

VERBAND der ERSATZKASSEN e.V. (vdek)

Vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

schließen für die Zeit **ab 1. Januar 2016** folgende

**Vereinbarung über altersgestaffelte Richtgrößen und die Prüfung der
Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen
gemäß §§ 84 Abs. 6, 106 SGB V**

(Richtgrößen-Vereinbarung Arznei- und Verbandmittel):

Präambel

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen vereinbaren gem. § 84 Abs. 6 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Richtgrößen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen damit das Ziel der Gewährleistung einer ausreichenden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung.

§ 1 Vertragsgegenstand

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer altersgestaffelter Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arznei- und Verbandmittel (ohne Sprechstundenbedarf) und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen. Dabei sind - soweit nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden - die in der „Empfehlung für regionale Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Arzneimitteln und Heilmitteln auf der Grundlage von Richtgrößen ab dem Jahre 2000“ (nachstehend „Bundesempfehlung“ genannt) aufgeführten Grundsätze zu berücksichtigen.

Die Übernahme von Änderungen oder Ergänzungen der Bundesempfehlung und ihrer Anlagen bedarf der Verständigung unter den Vertragspartnern.

§ 2 Art und Höhe der Richtgrößen

Für die im **Anhang 1** genannten **Arztgruppen/Teilgebiete** werden unter Berücksichtigung der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V die ebenfalls aus dem Anhang 1 ersichtlichen altersgestaffelten Richtgrößen je nach Behandlungsfall, getrennt nach den Altersgruppen der Bundesrahmenvorgabe 2002 festgesetzt:

AG 1	0 – 15 Jahre
AG 2	16 – 49 Jahre
AG 3	50 – 64 Jahre
AG 4	über 65 Jahre

Abweichend hiervon beinhaltet die AG 2 für die Facharztgruppen „Kinderärzte“ und „Kinder- und Jugendpsychiater“ die Altersstaffelung 16 – 21 Jahre; zudem entfallen für die genannten Facharztgruppen die AG 3 und AG 4.

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung, insoweit gelten die Regelungen der Prüfvereinbarung vom 12. Juni 2008.

§ 3 Bekanntgabe der Richtgrößen

Die hessischen Vertragsärzte werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen unverzüglich nach Abschluss dieser Vereinbarung und jeweils vor dem Wirksamwerden etwaiger Änderungen über Höhe und Wirkung der Richtgrößen informiert. Die Kassenärztliche Vereinigung wird die hessischen Vertragsärzte zu einem Ordnungsverhalten anhalten, das die Einhaltung der Richtgrößen gewährleisten soll.

§ 4 Richtgrößenprüfung

Prüfgegenstand der arztbezogenen Richtgrößenprüfung ist die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise bei Überschreitung der festgesetzten Richtgrößen je Behandlungsfall und je Altersgruppe.

§ 5 Feststellung der veranlassten Ausgaben und der Richtgrößensummen

- (1) Die Vertragspartner stellen der Prüfungsstelle die Daten für die Ordnungen von Arznei- und Verbandmitteln auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Maßgabe der Anlage 3 zur Prüfvereinbarung zur Verfügung.
- (2) Die Prüfungsstelle ermittelt für jeden hessischen Vertragsarzt die Richtgrößensumme, die sich aus der Multiplikation der altersgruppenspezifischen Richtgröße für die Arztgruppe mit der Fallzahl dieses Vertragsarztes für die jeweilige Altersgruppe ergibt. Das Nähere regelt die Anlage 3 zur Prüfvereinbarung.

§ 6 Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen

- (1) Beratungen nach § 106 Abs. 1a SGB V werden durchgeführt, wenn das Ordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v.H. (Prüfungsvolumen) überschreitet und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (§ 106 Abs. 5a SGB V). Einzelheiten werden in der Anlage 6 zur Prüfvereinbarung geregelt.
- (2) 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. Der **Berechnungsmodus** zur Feststellung einer möglichen Überschreitung einer Richtgröße durch den Vertragsarzt ergibt sich aus **Anhang 3** zu dieser Vereinbarung.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle eine über die vorgenannten Interventionsgrenzen hinausgehende Überschreitung der für den Vertragsarzt geltenden Richtgrößensumme fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb der für Rechtsbehelfe vorgesehenen Frist die Höhe der von ihm veranlassten (Brutto-) Ausgaben zu begründen. Dabei ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versor-

gungsaufwand verbunden sind, angemessen Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch die Versorgung von DMP-Patienten, soweit die entsprechenden Anlagen zu den medizinischen Versorgungsverhältnissen der jeweiligen Vereinbarungen der Vertragspartner zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V beachtet werden und die Arzneimittel zum Erreichen der Therapieziele notwendig sind.

- (4) Die in **Anhang 2** zu dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen für die Anerkennung besonderer Versorgungsverhältnisse als **Praxisbesonderheiten** im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zu berücksichtigen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist dabei auf die - unter Berücksichtigung der Preise und der Verordnungsmenge - wirtschaftliche Versorgung begrenzt.

Andere als in Anhang 2 zu dieser Vereinbarung genannte Praxisbesonderheiten sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Art und/oder der Anzahl nach von den Erkrankungen abweichen, die üblicherweise in Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen. Gegebenenfalls ist auch ein im Verhältnis zur Fachgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten sowie die hohe Verordnungstiefe von Hausärzten in ländlichen Regionen zu berücksichtigen¹.

Für andere als die in Anhang 2 zu dieser Vereinbarung genannten Praxisbesonderheiten trägt der Arzt die Darlegungs-, Beweis- und Feststellungslast.

§ 7

Feststellung des zu erstattenden Mehraufwands

- (1) Bei der Feststellung der sich im Falle des § 6 Abs. 2 dieser Vereinbarung ergebenden Ausgleichsverpflichtung sind die veranlassten Nettoausgaben des Vertragsarztes, ggf. getrennt nach den unter § 2 genannten Altersgruppen, um die Nettokosten der von der Prüfungsstelle/dem Beschwerdeausschuss anerkannten Praxisbesonderheiten zu vermindern. Die Ausgleichsverpflichtung nach Satz 1 ergibt sich aus dem Berechnungsmodus gem. Anhang 3 zu dieser Vereinbarung.
- (2) Soweit ärztlich verordnete Leistungen des einzelnen Vertragsarztes bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, werden für diese Quartale Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt; bereits laufende Verfahren für die entsprechenden Quartale werden eingestellt.
- (3) Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen nach §§ 6 und 7 dieser Vereinbarung auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.
- (4) Eine gegen einen Vertragsarzt festgesetzte Regresssumme wird durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gem. § 106 Abs. 5 c Satz 4 und 5 SGB V eingezogen.

¹ In diesem Falle sind ein im Verhältnis zur Arztgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Versicherter sowie eine von der Arztgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten, die nicht durch die nach Altersgruppen getrennten Richtgrößen berücksichtigt ist, zu bewerten.

- (5) Überschreitungen der für Heilmittel vorgesehenen Richtgrößen können durch Unterschreitungen der Arzneimittelrichtgrößen kompensiert werden und umgekehrt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 12 Abs. 9 Nr. 3 der Prüfvereinbarung.
- (6) Soweit diese Vereinbarung Regelungen für die Prüfungsstelle enthält, gelten diese auch für den Beschwerdeausschuss. Im Übrigen sind die Bestimmungen der Prüfvereinbarung gem. § 106 SGB V entsprechend anzuwenden, soweit vorstehend nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Regressbeträge nach Abs. 1 werden betragsmäßig in den gesamtvertraglichen Regelungen gem. § 84 Abs. 3 SGB V berücksichtigt.

§ 8

Anpassung während der Vertragslaufzeit

Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die Funktions- und Wirkungsweise der Vereinbarung und deren Praktikabilität. Soweit erforderlich, können während der Vertragslaufzeit Anpassungen dieser Vereinbarung erfolgen.

Im Falle der Vereinbarung weiterer neuer Versorgungsformen, des Abschlusses von Verträgen außerhalb des Kollektivvertragssystems (z. B. Disease-Management-Programme) o. ä. ist die vorliegende Vereinbarung anzupassen, soweit sie tangiert ist.

§ 9

Inkrafttreten und Kündigung

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2016 in Kraft und löst die bisherige Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel vom 12.06.2008 ab.

Grundlage für diese Vereinbarung sind §§ 84 und 106 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

.....

 AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....
 BKK LANDESVERBAND SÜD

IKK CLASSIC

SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN und
GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

VERBAND DER ERSATZKASSEN e.V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

Anhang 1 zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel für das Jahr 2016

Für die Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V werden ab dem 01.01.2016 die nachstehend aufgeführten Richtgrößenwerte für Arznei- und Verbandmittel je abgerechneten Behandlungsfall, aufgeteilt auf die Altersgruppen 0 – 15, 16 – 49, 50 – 64 und die Altersgruppe über 65 zugrunde gelegt.

Ausgenommen hiervon sind die Facharztgruppen „Kinderärzte“ und „Kinder- und Jugendpsychiater“. Hier werden Richtgrößenwerte nur für die Altersgruppen 0-15 und 16-21 Jahre gebildet.

Die altersgestaffelten Richtgrößenwerte werden basiswirksam auf das Jahr 2013 berechnet und wie folgt angepasst:

2014: 0 %

2015: + 2,9 % *)

2016: + 3,7 % *)

*) in die Richtgrößenwerte bereits eingerechnet !

Die Aufteilung der Altersgruppen ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Facharztgruppen	AG 1 0 – 15 Jahre	AG 2 16 – 49 Jahre	AG 3 50 – 64 Jahre	AG 4 über 65 Jahre
Anästhesisten	1,40 €	11,98 €	25,69 €	21,28 €
Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte	17,15 €	32,20 €	76,20 €	125,59 €
Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	12,29 €	5,94 €	5,69 €	16,72 €
Augenärzte	1,58 €	6,40 €	12,80 €	19,39 €
Schmerztherapeuten (nur VFG/VTG 11-0)	7,59 €	82,17 €	105,46 €	119,71 €
Chirurgen	2,89 €	6,42 €	8,33 €	10,80 €
Frauenärzte	25,55 €	12,78 €	34,19 €	41,70 €
Hautärzte	19,82 €	27,96 €	28,71 €	19,53 €
HNO-Ärzte	10,93 €	16,80 €	8,76 €	4,29 €
Internisten mit fachärztlicher Tätigkeit/ohne Schwerpunkt	28,36 €	143,86 €	103,75 €	87,85 €
Internisten mit SP Angiologie **)	34,43 €	38,51 €	22,55 €	27,96 €
Internisten mit SP Endokrinologie	467,57 €	83,17 €	142,49 €	130,10 €

Facharztgruppen	AG 1 0 – 15 Jahre	AG 2 16 – 49 Jahre	AG 3 50 – 64 Jahre	AG 4 über 65 Jahre
Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit	14,74 €	56,68 €	90,10 €	118,38 €
Internisten mit SP Gastroenterologie	40,91 €	362,29 €	215,83 €	126,45 €
Internisten mit SP Hämatologie/Onkologie	442,65 €	1.142,89 €	1.675,51 €	1.623,40 €
Internisten mit Kardiologie	5,27 €	11,94 €	20,23 €	22,78 €
Internisten mit SP Kardiologie/Angiologie mit inv.Tätigk.	6,35 €	9,92 €	17,71 €	19,21 €
Internisten mit Lungen- u. Bronchialheilkunde / Lungenärzte	103,06 €	141,17 €	172,90 €	183,93 €
Internisten mit Nephrologie	29,65 €	342,29 €	340,54 €	275,60 €
Internisten m. Rheumatologie	149,34 €	772,55 €	639,78 €	391,67 €
Kinderärzte ^{1 **)}	31,63 €	121,38 €	entfällt	entfällt
Kinder- und Jugendpsychiater ²	26,76 €	47,28 €	entfällt	entfällt
Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgen	2,33 €	7,88 €	7,28 €	5,80 €
Neurochirurgen	5,49 €	15,52 €	18,21 €	13,19 €
Neurologen	58,73 €	461,99 €	247,53 €	139,95 €
Neurologen und Psychiater, Nervenärzte	45,87 €	199,28 €	136,38 €	115,97 €
Nuklearmediziner	2,16 €	2,93 €	2,50 €	4,09 €
Orthopäden	0,63 €	4,50 €	7,11 €	12,65 €
Radiologen	0,20 €	0,44 €	1,01 €	0,71 €
Urologen	15,53 €	13,25 €	37,97 €	90,05 €

¹ Für Kinderärzte entfällt die Richtgröße für die AG 3 und 4. Die AG 2 bezieht sich auf das Alter 16-21 Jahre.

² Für Kinder- und Jugendpsychiater entfällt die Richtgröße für die AG 3 und 4. Die AG 2 bezieht sich auf das Alter 16-21 Jahre.

Facharztgruppen	AG 1 0 – 15 Jahre	AG 2 16 – 49 Jahre	AG 3 50 – 64 Jahre	AG 4 über 65 Jahre
Vollzugel. Ärzte f. Physik./Rehab. Medizin	0,79 €	4,30 €	5,78 €	12,73 €
Vollzugel. Psychiater < 30 %	106,01 €	165,73 €	129,10 €	131,42 €
Vollzugel. Psychiater > 30 %	16,43 €	94,62 €	91,74 €	104,55 €

****)** ohne ATC-Code B 02BD

Hinweis: Bei der Ermittlung der Richtgrößenwerte bleiben die Ausgaben für den Sprechstundenbedarf unberücksichtigt.

Dieser **Anhang 1** ist Bestandteil der Richtgrößenvereinbarung vom 11. Dezember 2015.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN



AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....
BKK LANDESVERBAND SÜD

.....
IKK CLASSIC

.....
SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT,
FORSTEN UND GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

.....

VERBAND DER ERSATZKASSEN e.V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

.....

ANHANG 2 zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel vom 11. Dezember 2015:

Praxisbesonderheiten

Bei den nachfolgend aufgeführten Indikationen kann die Prüfungsstelle / der Beschwerdeausschuss regelmäßig Praxisbesonderheiten annehmen. Das Gebot der Beschränkung auf eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung bleibt davon unberührt.

Die Prüfungsstelle / der Beschwerdeausschuss kann andere Praxisbesonderheiten berücksichtigen, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er der Art und/oder Anzahl nach eine besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankung behandelt und hierdurch notwendige Mehrkosten entstehen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist beschränkt auf die Fallzahl pro 100 Fälle, um die die durchschnittliche Fallzahl pro 100 Fälle in diesen Indikationen in der Fachgruppe überschritten wird.

1. Immunsuppressiva nach Organtransplantation
2. Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis
3. Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus
4. Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
5. Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen
6. Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschl. der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferon, auch als Rezepturzubereitung
7. Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase und des Morbus Hurler mit Laronidase
8. Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität
9. Interferon, Natalizumab oder Mitoxantrontherapie bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie Behandlung der schubförmig verlaufenden MS mit Glatirameracetat
10. Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln
11. Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
12. Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz
13. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen
14. Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
15. Schmerztherapie nach Schmerztherapie-Vereinbarung (nicht für Schmerztherapeuten der VFG/VTG 11-0)
16. Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase
17. Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha
18. Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit dafür zugelassenen Präparaten
19. Systemische Psoriasis Therapie mit Immunmodulatoren
20. IVM-Therapie von Augenerkrankungen: Neovaskuläre feuchte Makuladegeneration, diabetisches Makulaödem, Makulaödem durch Venenverschluss, chorioidale Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie

Dieser **Anhang 2** ist Bestandteil der Richtgrößenvereinbarung vom 11. Dezember 2015.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN



AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....
BKK LANDESVERBAND SÜD

.....
IKK CLASSIC

.....
SOZIALVERSICHERUNG für LANDWIRTSCHAFT,
FORSTEN und GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

.....
VERBAND DER ERSATZKASSEN E.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

Anhang 3 zur Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel vom 11. Dezember 2015

Berechnungsmodus zur Feststellung von Überschreitung der Richtgrößensummen

1. Anlass zum Prüfverfahren (Aufgreifkriterium)

1.1 Ermittlung der Richtgrößensummen des Vertragsarztes (brutto)

Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe = Richtgrößensumme (0 - 15)
Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe = Richtgrößensumme (16 - 49)
Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe = Richtgrößensumme (50 - 64)
Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe = Richtgrößensumme (über 65)

Richtgrößensumme gesamt = Richtgrößensumme (0 - 15) + Richtgrößensumme (16 - 49) +
Richtgrößensumme (50 - 64) + Richtgrößensumme (über 65)

1.2 Feststellung der veranlassten Brutto-Ausgaben

Näheres hierzu regelt Anlage 3 der Prüfvereinbarung.

1.3 Feststellung der Prüfauffälligkeit

$[(\text{Brutto-Ausgaben nach 1.2}) : (\text{Richtgrößensumme nach 1.1}) \times 100] \text{ } \cdot 100$
= Prüfquote 1 (in %)

Prüfquote 1 bis 25 % für Arzneimittel: Kein formaler Prüfbedarf, ab 15 % Beratung
Prüfquote 1 über 25% für Arzneimittel: weitergehende Prüfung

2. Weitergehende Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit

2.1 Berücksichtigung individueller Versorgungsverhältnisse

Brutto - Ausgaben nach 1.2
abzgl. von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten anerkannte Verordnungskosten entsprechend § 6 Abs. 3 und 4 dieser Vereinbarung
= bereinigte Brutto - Ausgaben

2.2 Feststellung auf Einhaltung oder Überschreitung der Richtgröße(n)

$[(\text{bereinigte Brutto-Ausgaben nach 2.1}) : (\text{Richtgrößensumme nach 1.1}) \times 100] \text{ } \cdot 100$
= Prüfquote 2 (in %)

Prüfquote 2 bis 25 % für Arzneimittel,: kein pauschalierter Regress
Prüfquote 2 über 25 % für Arzneimittel: regresspflichtige Unwirtschaftlichkeit in der Höhe der 25 % für Arzneimittel übersteigenden Überschreitung

3. Pauschalierte Festsetzung des Regressbetrages

3.1 Ermittlung der veranlassten und anerkannten Netto-Ausgaben

Bruttoausgaben nach 1.2
abzgl. Rabatt nach § 130 und § 130 a Abs.1 SGB V
abzgl. arztbezogen übermittelte Zuzahlungen
= Netto-Ausgaben

Näheres regelt Anlage 3 zur Prüfvereinbarung.

3.2 Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten

Nettoausgaben nach 3.1
abzgl. von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten anerkannte
Verordnungskosten (Netto-Betrag)
= bereinigte Nettoausgaben

3.3 Feststellung des regresspflichtigen Überschreitungsbetrages

{(bereinigte Nettoausgaben nach 3.2)

: [Prüfquote 2 nach 2.2 + 100]}

x [Prüfquote 2 nach 2.2 in % ./. 25 %-Punkte für Arzneimittel]

= Regressbetrag

Dieser Anhang 3 ist Bestandteil der Richtgrößenvereinbarung vom 11. Dezember 2015.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

.....
AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....
BKK LANDESVERBAND SÜD

.....
IKK CLASSIC

.....
SOZIALVERSICHERUNG für LANDWIRTSCHAFT,
FORSTEN und GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

.....

VERBAND DER ERSATZKASSEN e.V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

.....