



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg



**Neue Prüfvereinbarung zur
Wirtschaftlichkeitsprüfung**
ab dem 1. April 2019

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gehört zu unserem ärztlichen Alltag. Wir sollen verordnen, was medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Einerseits. Andererseits ist da der Patient, der uns vertraut, oft aber auch eine gewisse Erwartung an seine Medikamente mitbringt. Ein Spagat, den wir meistern müssen, soll es am Ende nicht teuer für uns werden.



Um uns die Regress-Angst zu nehmen, hat der Gesetzgeber auf Bundesebene vor zwei Jahren die Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung geändert. Denn nach wie vor ist diese Angst real. Auch den Nachwuchs treibt sie um und ist für viele junge Kollegen einer der Gründe, sich nicht niederzulassen.

Die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfung wäre für uns alle die ideale Lösung – derzeit aber leider politisch nicht durchsetzbar. Deshalb wollen wir für das Land Brandenburg eine Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Augenmaß.

Dafür haben wir in den vergangenen zwei Jahren in zahlreichen, teils zähen Verhandlungen und Gesprächen mit den Krankenkassen für Sie gerungen. Am Ende musste das Schiedsamt entscheiden. Dabei ist es uns gelungen, den unparteiischen Vorsitzenden von vielen unserer Positionen zu überzeugen und letztlich Regelungen zugunsten der Brandenburger Vertragsärzte durchzusetzen.

Mit dieser Broschüre geben wir Ihnen einen Überblick der wichtigsten Regeln der „neuen“ Wirtschaftlichkeitsprüfung. Sie gelten ab 1. April dieses Jahres. Machen Sie sich damit vertraut! Bei Fragen helfen Ihnen unsere Fachleute gerne weiter.

Mit kollegialen Grüßen

MUDr./ČS Peter Noack

Vorsitzender des Vorstands der KV Brandenburg

Inhalt

Neue Prüfvereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ab dem 1. April 2019

1.	Veränderungen im Überblick _____	4
2.	Was ist ein Richtwert? _____	5
2.1.	Richtwerte für Arznei- und Verbandmittel ab April 2019	6
2.2.	Richtwerte für Heilmittel ab April 2019	6
3.	Welche Praxisbesonderheiten für Arzneimittel gelten ab April? _____	8
4.	Wofür gibt es Ziele? _____	9
5.	Richtwert, Praxisbesonderheit, Ziel – Wie läuft eine Prüfung ab? _____	10
6.	Welche Hilfestellungen haben Sie? _____	11
7.	Wie realistisch ist die Regressgefahr? _____	12
8.	Weitere Regelungen der Prüfvereinbarung _____	13
9.	Tabellen/Checkliste _____	14

Neue Prüfvereinbarung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ab dem 1. April 2019

Der Auftrag des Gesetzgebers folgt aus § 106 Abs. 1 SGB V: „Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen.“ Mit der Durchführung dieser Prüfungen ist die Prüfungsstelle als eigenständige Einrichtung beauftragt. Was und unter welchen Rahmenbedingungen geprüft wird, ergibt sich im Einzelnen aus der Prüfvereinbarung (PV).

Diese war neu zu fassen, da der Gesetzgeber dies vorgegeben und den Partnern auf Landesebene neue Gestaltungsspielräume für das Prüfverfahren eröffnet hat.

1. Veränderungen im Überblick

- Anstelle der Richtgrößenprüfung für Arznei- und Heilmittel erfolgt **eine Prüfung nach Richtwerten**. Im Wesentlichen richtet sich diese Prüfmethode nach der bekannten und für Brandenburg bewährten Grundsystematik. Die Prüfung erfolgt neu je lebenslanger Arztnummer (je Arztfall). Fachübergreifende Praxen werden demnach nicht mehr gemeinsam, sondern getrennt nach Arztgruppen geprüft. Hierzu stellt Ihnen die KVBB aussagekräftige quartalsbezogene Verordnungsstatistiken auf Basis monatlicher Daten zur Verfügung (DatenNerv – Meine Praxis – WP-Unterlagen).
- **Aufgreif- und Überschreitungskriterien** für den Einbezug in die Prüfung nach Richtwerten haben sich verändert. Die Überschreitungsgrenze für eine Regressfestlegung wurde von 25 % auf 30 % angehoben. Eine Beratung wird nicht mehr ab 15 % Überschreitung, sondern erst ab 20 % über dem Volumen ausgesprochen. Maximal 5 % der Ärzte werden geprüft.
- Die **kollektive Haftung aller Ärzte** mit der Gesamtvergütung haben wir verhindert!
- Es wird weiterhin **Praxisbesonderheiten** geben (Anlage 2 der Prüfvereinbarung). Einige Praxisbesonderheiten wurden in Ziele überführt. Die frühe Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz erlangt mehr Gewicht in der Bewertung eines Vorwegabzugs. Auch die Praxisbesonderheiten können geprüft werden, **wenn die Verordnungsweise Anlass dazu gibt**. Ergeben sich aus den vorhandenen Daten der Praxisbesonderheiten Anhaltspunkte für Unplausibilitäten, können sie einer inneren Wirtschaftlichkeitsprüfung zugänglich gemacht werden.

- Die Arzneimittelverordnungen im Rahmen von **Disease Management Programmen (DMP)** gelten noch bis 31. Dezember 2019 als Praxisbesonderheiten. Darüber hinaus gelten für 2019 auch im Heilmittelbereich Verordnungen bei DMP als Praxisbesonderheiten.
- Für nahezu alle Fachgruppen konnten **Zielquoten** festgelegt werden, die im Rahmen der Richtwertprüfung entlastend wirken.
- Die Regressgefahr in der Prüfung nach Richtwerten ist weiter gesunken. Nach einer „**Probezeit**“ von zwei Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit, in der ein neuer Vertragsarzt nicht nach Richtwerten geprüft wird, greift der Grundsatz Beratung vor Regress. Außerdem wird der Regress auf maximal 25.000 Euro für das erste Prüffahr, in dem ein Regress festgesetzt werden darf, gedeckelt.
- Auf Antrag der Krankenkassen erfolgen **Einzelfallprüfungen**. Dabei können auch genehmigte Leistungen im Zweifel geprüft werden.
- Es wird **Präventivberatungen** zur Erfüllung der Zielquoten der Arzneimittelvereinbarung und weiterer Verordnungsbereiche (wie Sprechstundenbedarf) geben.

2. Was ist ein Richtwert?

Ein Richtwert ist ein theoretischer, aus dem Arzneimittelausgabenvolumen abgeleiteter, fallbezogener Geldbetrag, der Vertragsärzten einer Arztgruppe durchschnittlich für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln vorab zur Verfügung steht.

Durch Multiplikation der Richtwerte mit den Arztfallzahlen ergibt sich das Richtwertvolumen. Ist das (bereinigte) Ausgabenvolumen höher als das errechnete Richtwertvolumen, so ist diese Überschreitung das Aufgreifkriterium für die Prüfung nach Richtwerten.

Zwei wesentliche Änderungen im Vergleich zu den ehemaligen Richtgrößen führen zu Abweichungen der Richtwerte nach oben **und** unten, weil

- ein erheblicher Teil der vorab zu bereinigenden Praxisbesonderheiten gestrichen oder in Ziele überführt und damit wieder ins Richtwertvolumen eingegliedert wurde. Dies führte zu teils deutlichen Erhöhungen der Richtwerte und
- die Richtwerte auf Basis der Ordnungsdaten **aller Ärzte** ermittelt wurden, denen Richtwerte zugeordnet sind, also auch der Ärzte in fachübergreifenden Einrichtungen. Dadurch gibt es Richtwerte nicht mehr wie bisher je Behandlungsfall sondern je **Arztfall**.

2.1. Richtwerte für Arznei- und Verbandmittel ab April 2019

Das mit den Krankenkassenverbänden verhandelte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel wurde für das Jahr 2019 um 5,3 % auf ca. 1,22 Mrd. Euro angehoben.

Statt einer linearen Fortschreibung der bisherigen Richtgrößen, die noch bis zum 31. März 2019 gelten, werden die neuen Richtwerte erstmals seit vielen Jahren wieder aus den tatsächlichen Ausgabenanteilen der Arztgruppen neu berechnet.

Ab dem Verordnungsjahr 2020 wird es für drei weitere Arztgruppen Arzneimittel-Richtwerte geben:

- Psychiater
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin

Wir halten Sie hierzu über „KV-Intern“ und unsere Internetbeiträge auf dem Laufenden.

2.2. Richtwerte für Heilmittel ab April 2019

Das mit den Krankenkassenverbänden verhandelte Ausgabenvolumen für Heilmittel wurde für das Jahr 2019 um knapp 4,8 % erhöht.

Die Richtwerte 2019 für Heilmittel sind auf dieser Basis unter Berücksichtigung der Anteile der einzelnen Arztgruppen am Verordnungsgeschehen ebenfalls neu berechnet worden.

Das heißt: Sind die Verordnungskosten in einer Fachgruppe gesunken, sinkt auch die für die Richtwerte zur Verfügung stehende Euro-Summe. Wurden in einer Fachgruppe mehr Heilmittelverordnungen ausgestellt, wächst der Anteil dieser Fachgruppe am Ausgabenvolumen, aus dem die Richtwerte berechnet werden.

Die Richtwerte 2019 für Heilmittel sind somit teilweise gesunken, teilweise aber auch gestiegen. Die Entwicklung unterscheidet sich sowohl zwischen den einzelnen Arztgruppen als auch zwischen den vier Altersgruppen.

Einfluss auf die Höhe der Richtwerte hatte darüber hinaus die aktualisierte Bereinigung des verfügbaren Ausgabenvolumens um die Kosten für langfristige Heilmittelbedarfe und besondere Verordnungsbedarfe (Heilmittel-Praxisbesonderheiten).

Die **ICD-10-Codierung der Praxisbesonderheiten** findet bei der Ausstellung der Heilmittelverordnungen immer stärker Anwendung. Da die Richtwerte um die Kosten für diese Diagnosen bereinigt sind, ist ein Absinken der Werte die Folge.

Die Verordnungskosten für Diagnosen des langfristigen Heilmittelbedarfs und des besonderen Verordnungsbedarfs werden von der Prüfungsstelle **vor der Einleitung eines Prüfverfahrens**

automatisch aus dem Verordnungsvolumen des Arztes herausgerechnet. Für die gelisteten Krankheitsbilder ist also keine Erklärung des Arztes notwendig. Dieser Automatismus kann nur dann greifen, wenn die Diagnose des langfristigen Heilmittelbedarfs oder des besonderen Verordnungsbedarfs **akkurat** auf die Heilmittelverordnung übernommen und das Heilmittel selbst aus den gelisteten Diagnosegruppen des Kataloges ausgesucht wird (Indikationsschlüssel bitte 4-stellig und ICD-10-Code vollständig angeben).

Von der KVBB wird Ihnen in jedem Quartal online eine Verordnungsauswertung für die Heilmittel zur Verfügung gestellt. Anders als im Arzneimittelbereich kann die KVBB hier nicht zeitnah auf die Abrechnungsdaten der Therapeuten zugreifen, sodass mit den Angaben der Krankenkassen gearbeitet werden muss. Diese sind auf eine Euro-Summe je Arzt und Quartal reduziert, die zudem nur mit deutlicher zeitlicher Verzögerung abrufbar ist. In der verfügbaren Gesamtsumme sind noch sämtliche Verordnungs-kosten für die Praxisbesonderheiten enthalten, sodass die Richtwertausschöpfung zu hoch dargestellt wird.

Zu Ihrer Orientierung finden Sie in untenstehender **Tabelle „Heilmittelverordnungen 2017“** den durchschnittlichen Kostenanteil für die Heilmittel-Praxisbesonderheiten in den einzelnen Fachgruppen aus 2017. Dieser kann ein Anhaltspunkt sein, um welchen Kostenanteil die Gesamtsumme noch reduziert wird.

Heilmittelverordnungen 2017

Arztgruppe	Anteil Kosten Langfristiger Heilmittelbedarf	Anteil Kosten Besonderer Verordnungsbedarf
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	9,0 %	16,8 %
Chirurgen	4,6 %	4,7 %
FÄ-Internisten ohne/mit sonstigem SP	17,2 %	24,6 %
HNO	9,4 %	11,0 %
HÄ-Internisten	11,1 %	17,2 %
Kinderärzte	5,7 %	10,2 %
Nervenärzte/Neurologen	14,6 %	45,6 %
Physik./rehabilit. Medizin*	5,4 %	6,4 %

* Ab dem Verordnungsjahr 2020 wird es für diese Arztgruppe auch Heilmittel-Richtwerte geben.

3. Welche Praxisbesonderheiten für Arzneimittel gelten ab April?

Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, die für die Vergleichsgruppe von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder höhere Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert.

Wir unterscheiden:

- bundesweite Praxisbesonderheiten (§ 130b Abs. 2 SGB V)
(Weitere Informationen unter dem Webcode [web167](#) auf www.kvbb.de)
- vertraglich festgelegte Praxisbesonderheiten (vgl. Anlage 2 zur Prüfvereinbarung)
- bekannte bzw. weitere im Prüfverfahren im Einzelfall vorgetragene Praxisbesonderheiten

Um häufig auftretenden besonderen Verordnungserfordernissen mit bereits immanenten Mehrkosten Rechnung zu tragen, werden vorab zu bereinigende Praxisbesonderheiten in Anlage 2 zur Prüfvereinbarung gelistet (vgl. [Tabelle „Anlage 2 zur Prüfvereinbarung: Praxisbesonderheiten“](#) ab Seite 16). Diese müssen nicht erst in einem schon laufenden Prüfverfahren vorgetragen und belegt werden – sie werden automatisch berücksichtigt.

Praxisbesonderheiten sind demnach für die neue Richtwertprüfung auch weiterhin von großer Bedeutung. Einige der bis 31. März 2019 geltenden Praxisbesonderheiten werden durch Zielquoten (vgl. [Tabelle „Arzneimittelvereinbarung 2019 – Ziele und Quoten im Überblick“](#) ab Seite 17) ersetzt. Da bei Erreichung der Zielquoten die Verordnungskosten des Arztes um die Kosten der entsprechenden Arzneimittelgruppe bereinigt werden, wirkt sich der Wegfall einiger Praxisbesonderheiten in diesem Zusammenhang nicht negativ aus.

Die „alten“ DMP-Praxisbesonderheiten im Arzneimittelbereich gelten noch **bis zum 31. Dezember 2019** weiter, fallen aber ab dem Verordnungsjahr 2020 weg. Dafür wird es im Heilmittelbereich für die verbleibenden drei Quartale in 2019 ebenfalls DMP-Praxisbesonderheiten geben.

Wichtig: Auch die Praxisbesonderheiten, die vor einem Prüfverfahren bereinigt (abgezogen) werden, unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Fünften Sozialgesetzbuches! Sie können einer gesonderten Prüfung auf eine sogenannte innere Wirtschaftlichkeit unterzogen werden. Damit gilt auch für die Verordnung von Mitteln der Anlage 2 der Prüfvereinbarung, dass diese ausreichend, zweckmäßig und notwendig sein müssen!

Die Neuerungen sind in der Tabelle im **Fett-Druck** hervorgehoben. Besonderes Augenmerk legen Sie bitte auf den Zusatz zur SNR 99301, die nur noch nach Organtransplantation [vorab](#)

bereinigt wird. Weitere Immunsuppressiva müssten ggf. in einem laufenden Prüfverfahren (in Ihrer Stellungnahme gegenüber der Prüfungsstelle – vgl. [Checkliste](#) ab Seite 21) gesondert als Praxisbesonderheit dargestellt werden.

Die sonstigen Interferone (ehemals SNR 99318) finden Sie jetzt in der SNR 99313.

Wichtig: Die SNR 99322 ist auf zugelassene Präparate für die Hyposensibilisierung beschränkt. Es wird keine Unterscheidung zwischen subkutaner und sublingualer Applikation der Allergene vorgenommen.

Für die meisten der gestrichenen Praxisbesonderheiten konnten für nahezu alle Fachgruppen Ziele vereinbart werden (vgl. [Tabelle „Arzneimittelvereinbarung 2019 – Ziele und Quoten“](#) im Überblick ab Seite 17).

4. Wofür gibt es Ziele?

Die im Rahmen der Verhandlungen zu den Ausgabenvolumina für 2019 verhandelten und kontrovers diskutierten Ziele orientieren sich am [tatsächlichen Verordnungsverhalten](#) der Arztgruppen in bestimmten Arzneimittelgruppen.

Mit der Festlegung von preisgünstigen [Leitsubstanzen](#) und [Quoten](#) soll die Ausgabendynamik in diesen Bereichen gedämpft werden, auch um Spielräume für Innovationen zu schaffen.

Von der Zielerreichung profitiert ein Arzt unmittelbar, indem die Kosten der Arzneimittelgruppe vom richtwertrelevanten Ausgabenvolumen abgezogen werden. Bei Nichterreichung des Zieles drohen im Gegenzug jedoch keine Repressalien.

Ziele sind den entsprechenden Arztgruppen zugeordnet, wie Sie der Tabelle ab Seite 17 entnehmen können.

5. Richtwert, Praxisbesonderheit, Ziel – Wie läuft eine Prüfung ab?

Durch die Umstellung der Prüfsystematik innerhalb fachübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) etc. werden Verordnungen und Arztfälle derselben Arztgruppe zusammengeführt und können nun gesondert für die Betriebsstättennummer (BSNR) geprüft werden.

Für die Einzelpraxis bleibt die Betrachtung 1:1 – man könnte sagen „Alles beim Alten“.

Beispielfall: In einem MVZ arbeiten vier hausärztlich tätige Internisten (HÄ), zwei Gynäkologen, zwei Chirurgen, mehrere Dermatologen und HNO-Ärzte.

Das Prüfverfahren wird gegenüber dem MVZ (= die BSNR) eröffnet, da dieses den Zulassungsstatus besitzt. Der für die Einrichtung Bevollmächtigte handelt für das MVZ.

„Auffällig“ sind jedoch nur die dort tätigen Hausärzte. Das heißt die Verordnungen und Arztfallzahlen der vier HÄ werden gemeinsam für das MVZ betrachtet und überschreiten gemeinsam das vorausberechnete Richtwertvolumen um mehr als 20 %. Dazu wird in der Betrachtung für jede Arztgruppe ein Richtwertvolumen je Quartal ermittelt. Ein Ausgleich von Über- und Unterschreitungen des Richtwertvolumens erfolgt nur innerhalb einer Arztgruppe. Betrachtet werden die vier Hausärzte, die anderen „unauffälligen“ Fachgruppen nicht.

Für die Überschreitungshöhe ist insbesondere maßgeblich, welche Praxisbesonderheiten bei den vier HÄ gemeinsam vorab bereinigt werden können (vgl. „Anlage 2 zur Prüfvereinbarung: Praxisbesonderheiten“ ab Seite 16) und welche Ziele erreicht wurden. Anerkannte Praxisbesonderheiten und erreichte Ziele reduzieren das Verordnungsvolumen, so dass gegebenenfalls keine Überschreitung mehr vorliegt und die Prüfungsstelle von der Einleitung eines Prüfverfahrens absieht.

Zukünftig kann damit das Ordnungsverhalten eines einzelnen Arztes bzw. der Arztgruppe innerhalb einer größeren Einrichtung besser betrachtet werden. Entsprechende Rückschlüsse sind leichter zu ziehen. Gleichzeitig verbleibt es bei der Verantwortlichkeit der Praxis insgesamt, so dass eine „Prüfgemeinschaft“ von Ärzten (die sich durch die Fachgruppe bildet) Kompensationsmöglichkeiten besitzt.

Der Prüfungsstelle liegen ca. neun Monate nach dem abgeschlossenen Ordnungszeitraum (i.d.R. das Kalenderjahr) die belastbaren (= geprüften) Daten für die Prüfung vor.

Die Prüfungsstelle errechnet nun das Richtwertvolumen für das Prüffahr. Die Betrachtung für die verordneten Arzneimittel (Mittel gemäß § 31 SGB V) und die verordneten Heilmittel (§ 32 SGB V) erfolgt hierbei getrennt voneinander, wie in der Vergangenheit auch.

Das Gesamtverordnungsvolumen wird bereinigt, das heißt alle Praxisbesonderheiten sowie die sich aus der Arzneimittelvereinbarung ergebenden erreichten Ziele werden vorab herausgerechnet. Ebenso wird im Heilmittelbereich mit den bundesweiten Praxisbesonderheiten verfahren.

Bis hierhin erfahren Sie noch nichts vom Prüfgeschehen.

Liegt nun eine Überschreitung von mindestens 20 % über dem errechneten Richtwertvolumen vor, wird im Rahmen einer Vorauswahl durch die Prüfungsstelle geklärt, ob ein Prüfverfahren eröffnet und eine Stellungnahme angefordert werden. Die Praxis bzw. das MVZ erhält Post von der Prüfungsstelle mit der Aufforderung, sich innerhalb von zwei Monaten zu den Überschreitungskosten zu erklären.

Jetzt ist das Prüfverfahren in der Welt! **Jetzt sollten Sie tätig werden!**

Worauf Sie dabei achten sollten, ist in der „Checkliste: Prüfung nach Richtwerten“ ab Seite 21 übersichtlich zusammengestellt.

6. Welche Hilfestellungen haben Sie?

Anhand der neuen VOAM-Statistiken (**Verordnung Arzneimittel**) ab dem 2. Quartal 2019 wird Ihr Richtwertvolumen als Produkt der Richtwerte und der Arztfallzahlen ausgewiesen.

Dem Richtwertvolumen stehen die richtwertrelevanten **Ausgaben**

- nach Bereinigung um die **Praxisbesonderheiten** gemäß Anlage 2 zur Prüfvereinbarung und
- Abzug der erreichten **Ziele** gegenüber.

Die Ziele bleiben damit für ein mögliches Prüfverfahren von großer Bedeutung.

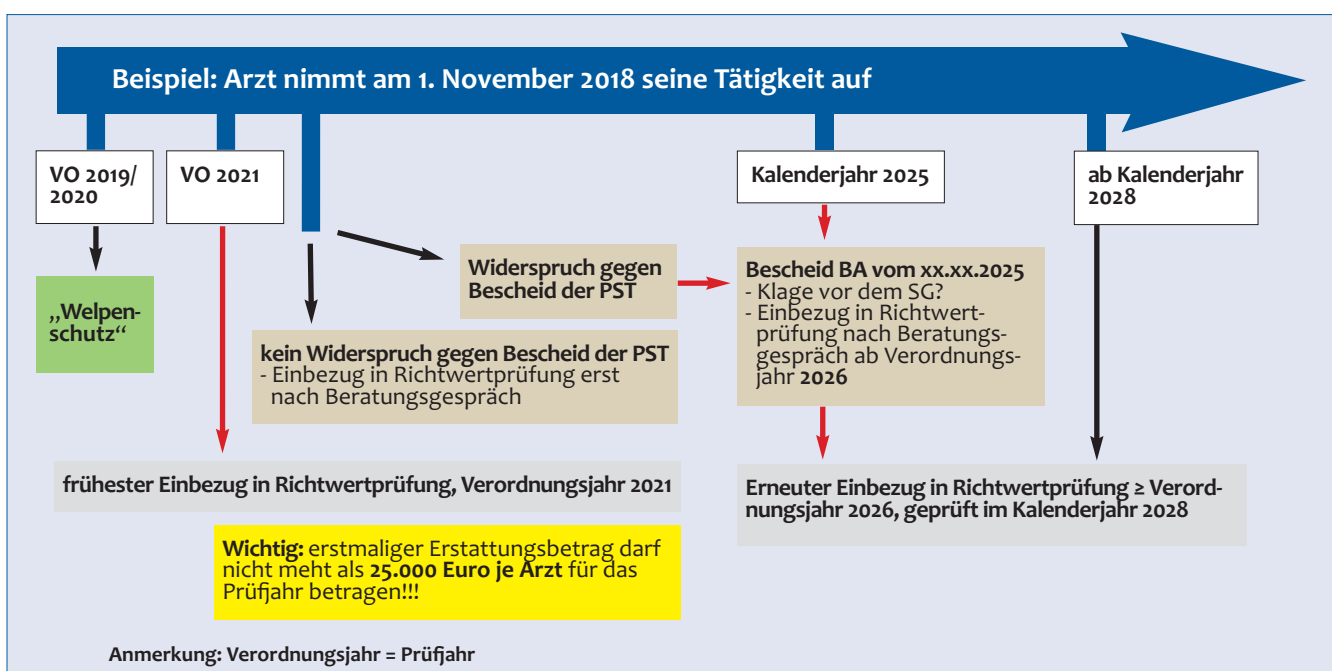
Für jedes erreichte Ziel werden die Kosten für die gesamte Arzneimittelgruppe vom Ausgabenvolumen abgezogen!

In der VOAM-Liste 5 sollen zudem die verordneten Praxisbesonderheiten (Anlage 2 zur Prüfvereinbarung) sichtbar werden sowie die bundesweiten Praxisbesonderheiten, die als Folge der Preisverhandlungen zur Frühen Nutzenbewertung vereinbart wurden.

7. Wie realistisch ist die Regressgefahr?

Die Gefahr, eine Regressforderung (genannt „Nachforderung“) zu erhalten, konnte weiter verringert werden. Es greifen zunächst folgende Szenarien im Rahmen der Richtwertprüfung:

- Ab Beginn der Tätigkeit gilt eine zweijährige „Probezeit“ für den neuen Arzt. Das sich dann anschließende Kalenderjahr kann als Prüffahr erstmalig betrachtet werden.
- Wenn der Arzt erstmalig auffällig ist und die Gefahr einer Regressierung droht, gilt in der Richtwertprüfung der Grundsatz Beratung vor Regress: An Stelle eines eigentlich zu bescheidenden Regresses wird eine individuelle Beratung gesetzt, an der der Arzt verpflichtet ist, teilzunehmen.
- Ist die Beratung erfolgreich und treten in den nachfolgenden Jahren keine Verordnungsauffälligkeiten ein, wird der Arzt fünf Jahre nach Bestandskraft der letzten Maßnahme einem unauffälligen Arzt gleichgesetzt. Damit beginnt die Kaskade von vorn – Beratung vor Regress ist wieder möglich.
- Erst nach dieser Beratung kann eine erneute Einbeziehung in ein statistisches Prüfverfahren erfolgen. Sollte sich dann erstmalig eine Nachforderung (Regress) ergeben, wäre diese auf 25.000 Euro für das geprüfte Jahr begrenzt.
- Spätestens dann entfallen jedoch alle „Schutzmechanismen“ und der verordnende Arzt (bei angestellten Ärzten der Arbeitgeber) ist in voller Höhe mit allen Konsequenzen rechenschafts- und zahlungspflichtig.



Grafik: Beispiel für einen Arzt, der seit Ende 2018 in Brandenburg erstmals tätig ist und theoretische Betrachtung der schnellstmöglichen („worst case“) Regressierung.

8. Weitere Regelungen der Prüfvereinbarung

Neben der Richtwertprüfung schreibt der Gesetzgeber weiterhin die Zufälligkeitsprüfung für die **Behandlungsleistungen** vor (nicht mehr für die Verordnungsweise). Behandlungsleistungen können auch auf Antrag der Krankenkassen oder der KVBB im Rahmen einer Durchschnittswertbetrachtung geprüft werden.

Neu gestaltet sich die Prüfung einzelner Behandlungs- bzw. Verordnungsleistungen. Auf Antrag der Krankenkassen werden auch die bereits von den Krankenkassen **genehmigten Verordnungen** einer genaueren Überprüfung zugänglich gemacht.

Diese sogenannten Einzelfallprüfungen sind vom Gesetzgeber explizit vorgegeben. Sie unterteilen sich in einen kleineren Prüfbereich, bei dem es auf ein Verschulden des verordnenden Arztes ankommt (der sogenannte sonstige Schaden, wie er auch im Bundesmantelvertrag – Ärzte zu finden ist). Den weitaus größeren Prüfbereich bilden die Verordnungen, bei denen es nicht darauf ankommt, ob der Arzt schuldhaft gehandelt hat. Dies betrifft z. B. Verordnungen, die einem Absolut-Ausschluss (durch Gesetz oder Richtlinie) unterliegen.

Auch der Sprechstundenbedarf (SSB) fällt hierunter. Wenn ein Mittel nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht im Rahmen des SSB verordnungsfähig ist, greift auch nicht die Argumentation, dass eine Einzelverordnung verordnungsfähig gewesen wäre. Auch Kostenneutralität kann als Argument weiterhin nicht greifen, da die Rechtsprechung hier von einem anderen Schadensbegriff (nicht dem monetär zu beziffernden) ausgeht.

Auch Verordnungen im Rahmen des Off label use können einer Einzelfallprüfung unterliegen. Für derartige Verordnungen gelten die strengen Kriterien der Rechtsprechung. Zur Vermeidung von Regressen ist es dringend zu empfehlen, sich derartige Verordnungen von der Krankenkasse vorher bestätigen zu lassen (Musterantrag unter www.kvbb.de/praxis/verordnungen/arszneimittel).

Für diese Fälle wurde allerdings eine Bagatellgrenze eingezogen, so dass für ein Quartal mindestens ein vermuteter Schadensbetrag in Höhe von mehr als 30 Euro entstanden sein muss.

Eine Brandenburger Besonderheit konnte nicht vom Schiedsamt bestätigt werden – der sogenannte „Freischuss“. So ist es nun nicht mehr möglich, bei einem Erstverstoß durch Anerkenntnis und Erklärung den ersten Regress zu „umschiffen“.

Dafür wird es ein neues freiwilliges Beratungsangebot (Präventivberatungen) geben, das vorrangig einen Überblick über die aktuelle Zielerreichung geben wird und Fragen zu Einzelverordnungen klärt. Hierzu werden wir gesondert informieren bzw. einladen.

Tabelle: Richtwerte Heilmittel

Nach diesem ersten Überblick über die Prüfsituation ab dem 1. April 2019 können Sie sich noch genauer in den folgenden Dokumenten informieren:

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
www.g-ba.de/informationen/richtlinien
- Prüfvereinbarung Brandenburg
www.kvbb.de (über DatenNerv erreichbar)
- Diagnoseliste des Langfristigen Heilmittelbedarfs/der Besonderen Verordnungsbedarfe
www.kvbb.de
- Sprechstundenbedarfsvereinbarung
www.kvbb.de (über DatenNerv erreichbar)

Ihre Ansprechpartner

Beratende Apotheker 0331/98 22 98 11
WP-Unterlagen 0331/23 09-612

9. Tabellen/Checkliste

Richtwerte für Heilmittel ab 1. April 2019

Arztgruppe	Richtwerte für Heilmittel (Brutto in Euro)			
	0-15 Jahre	16-49 Jahre	50-64 Jahre	65 und mehr Jahre
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	16,22	9,69	13,98	18,92
Chirurgen	5,76	26,80	37,74	35,16
HNO-Ärzte	14,92	2,58	3,36	1,57
Internisten, hausärztlich	11,03	7,69	11,49	16,68
Internisten fachärztlich, ohne/sonstiger Schwerpunkt*	0,24	4,20	5,65	6,00
Kinderärzte	19,67	6,91		
Nervenärzte/Neurologen	7,61	12,56	13,59	18,39
Orthopäden	21,45	47,40	52,65	48,32

* sonstige Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, Rheumatologie, Geriatrie, Infektiologie

Richtwerte für Arznei- und Verbandmittel ab 1. April 2019 (Leistungen nach § 31 SGB V)

Arztgruppe	Richtwerte für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf (Brutto in Euro)			
	0-15 Jahre	16-49 Jahre	50-64 Jahre	65 und mehr Jahre
Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte	18,57	29,68	93,70	178,21
Anästhesisten	14,85	81,14	180,28	125,43
Augenärzte	2,21	11,25	18,46	24,96
Chirurgen	7,80	21,88	28,96	53,60
Gynäkologen	21,15	15,16	44,97	48,02
HNO-Ärzte	10,13	16,46	9,32	4,27
Hautärzte	33,92	121,65	137,81	61,89
Internisten, hausärztlich	23,02	48,02	128,87	199,71
Internisten, fachärztlich ohne/sonstiger Schwerpunkt*	60,48	469,07	511,47	347,17
SP Kardiologie	15,87	12,44	27,55	27,79
SP Gastroenterologie	33,31	439,29	133,47	53,99
SP Pneumologie und Lungenärzte	65,82	121,42	166,54	186,05
SP Nephrologie	63,76	241,21	257,16	186,45
Kinderärzte	24,10	48,96		
Nervenärzte/Neurologen	72,07	248,29	209,37	147,63
Orthopäden	0,89	15,61	25,79	41,76
Urologen	24,94	16,51	30,10	49,62

* sonstige Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, Rheumatologie, Geriatrie, Infektiologie

Tabelle: Anlage 2 Praxisbesonderheiten

Anlage 2 zur Prüfvereinbarung: Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheit ab 1. April 2019

Es gilt: Neue Arzneimittel mit Nutzenbewertung nach § 35a SGB V müssen in mindestens einem Bereich einen festgestellten Zusatznutzen haben, um als Praxisbesonderheiten zu gelten!

Symbol-Nummer	Arzneimittel: Medikamentengruppe
99301	Immunsuppressiva nur nach Organtransplantation
99304	Substitution von Plasmafaktoren
99305	Therapie mit Virostatika bei HIV
99306	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga und Zytokine nur in den vorgenannten Indikationen
99310	Enzymersatztherapie und Arzneimittel bei seltenen Krankheiten (Orphan drugs) mit folgenden Wirkstoffen: Agalsidase alfa, Agalsidase beta, Alglucosidase alfa, Amifampridin , C1-Inhibitor, Elosulfase, Eltrombopag, Galsulfase, Icatibant, Imiglucerase, Idursulfase, Laronidase, Carglumsäure, Mercaptamin, Miglustat, Natrium-Phenylbutyrat, Nitisinon, Romiplostim, 4-Hydroxybuttersäure-Na-Salz, Sapropterin, Teduglutid, Velaglucerase
99313	Arzneimitteltherapie der Hepatitis B und C mit dafür zugelassenen Virostatika und Interferone
99314	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose
99315	Arzneimitteltherapie bei Dialyse- bzw. Prädialysepatienten
99316	Substitution Opiatabhängiger nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich Rezepturzubereitungen
99317	Wachstumshormone
99322	spezifische Immuntherapie allergischer Erkrankungen mittels Hyposensibilisierung (nur zugelassene Präparate)
99323	Einsatz von Diätpräparaten und Krankenkost bei PEG-Sondenträgern
99324	Parenterale Ernährung
99331	Arzneimittel zur Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration sowie des Makulaödems
99334	Palivizumab zur Prävention von RSV-Erkrankungen im Rahmen der zugelassenen Indikationen

Tabelle: Ziele und Quoten

Symbol-Nummer	Arzneimittel: Medikamentengruppe
99335 - 99340	Leitliniengerechter Einsatz von Arzneimitteln zur medikamentösen Behandlung von eingeschriebenen Versicherten durch teilnehmende Vertragsärzte gem. Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) für COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Asthma bronchiale, KHK, Brustkrebs
99350	Arzneimittel bei pulmonaler Hypertonie im Rahmen der zugelassenen Indikation

Symbol-Nummer	Heilmittel: Heilmittelgruppe
99341	Heilmittel im Rahmen der Behandlung eingeschriebener Versicherter durch teilnehmende Vertragsärzte gem. der Verträge zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP)

Arzneimittelvereinbarung 2019 – Ziele und Quoten im Überblick

Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte/Hausärztliche Internisten	
Lipidsenker, Mono- und Kombipräparate (generikafähige Statine)	Min. 92,1 %
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren, Mono- und Kombipräparate (Generikafähige ACE-Hemmer, zusätzlich Candesartan und Valsartan, auch in Kombination mit Diuretika)	Min. 87,7 %
Calcium-Antagonisten (Amlodipin, Lercanidipin, Nitrendipin)	Min. 95,1 %
Orale Antikoagulantien (Vitamin-K-Antagonisten)	Min. 36,5 %
Neue orale Antikoagulantien (Apixaban, Edoxaban)	Min. 53,3 %
Zahl der Arzneimittelpatienten (Zahl der Patienten mit Verordnungen von Protonenpumpenhemmern)	Max. 17,3 %
Thrombozytenaggregationshemmer, Mono- und Kombipräparate (ASS, Clopidogrel als Monopräparate)	Min. 96,1 %
Opioide (BTM), orale, Mono- und Kombipräparate, ausgenommen Tilidin (Tapentadol und Oxycodon-Naloxon-Kombinationen)	Max. 34,2 %
Opioide, (BTM), orale und transdermale, Mono- und Kombipräparate (transdermale Darreichungsformen)	Max. 35,6 %
GABA-Analoga, Gabapentin und Pregabalin (Gabapentin)	Min. 38,4 %
Insuline, Mono- und Kombipräparate (Humaninsuline und Biosimilars)	Min. 31,6 %
Blutzuckerteststreifen	Max. 0,48 €/St.

Tabelle: Ziele und Quoten

Anästhesisten	
Opioide (BTM), orale, Mono- und Kombipräparate, ausgenommen Tilidin (Tapentadol und Oxycodon-Naloxon-Kombinationen)	Max. 29,9 %
Opioide, (BTM), orale und transdermale, Mono- und Kombipräparate (transdermale Darreichungsformen)	Max. 23,3 %
Augenärzte	
Glaukom-Therapeutika, Mono- und Kombipräparate (generikafähige Wirkstoffe)	Min. 84,3 %
Dermatologen	
TNF-alpha-Inhibitoren (Biosimilars)	Min. 26,0 %
Gynäkologen	
Urologische Spasmolytika (generikafähige Wirkstoffe)	Min. 35,5 %
Fachärztliche Internisten ohne/sonstiger Schwerpunkt (Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, Geriatrie, Infektiologie)	
Lipidsenker, Mono- und Kombipräparate (generikafähige Statine)	Min. 81,6 %
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren, Mono- und Kombipräparate (Generikafähige ACE-Hemmer, zusätzlich Candesartan und Valsartan, auch in Kombination mit Diuretika)	Min. 81,8 %
Calcium-Antagonisten (Amlodipin, Lercanidipin, Nitrendipin)	Min. 94,1 %
Orale Antikoagulantien (Vitamin-K-Antagonisten)	Min. 29,7 %
Neue orale Antikoagulantien (Apixaban, Edoxaban)	Min. 52,8 %
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (Biosimilars)	Min. 51,0 %
Zahl der Arzneimittelpatienten (Zahl der Patienten mit Verordnungen von Protonenpumpenhemmern)	Max. 8,4 %
Thrombozytenaggregationshemmer, Mono- und Kombipräparate (ASS, Clopidogrel als Monopräparate)	Min. 95,0 %
GABA-Analoga, Gabapentin und Pregabalin (Gabapentin)	Min. 28,4 %
Insuline, Mono- und Kombipräparate (Humaninsuline und Biosimilars)	Min. 40,0 %
Blutzuckerteststreifen	Max. 0,48€/St.

Tabelle: Ziele und Quoten

Schwerpunkt Kardiologie	
Lipidsenker, Mono- und Kombipräparate (generikafähige Statine)	Min. 81,0 %
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren, Mono- und Kombipräparate (Generikafähige ACE-Hemmer, zusätzlich Candesartan und Valsartan, auch in Kombination mit Diuretika)	Min. 82,2 %
Orale Antikoagulantien (Vitamin-K-Antagonisten)	Min. 27,3 %
Neue orale Antikoagulantien (Apixaban, Edoxaban)	Min. 56,8 %
Thrombozytenaggregationshemmer, Mono- und Kombipräparate (ASS, Clopidogrel als Monopräparate)	Min. 92,9 %
Schwerpunkt Gastroenterologie	
Zahl der Arzneimittelpatienten (Zahl der Patienten mit Verordnungen von Protonenpumpenhemmern)	Max. 27,8 %
TNF-alpha-Inhibitoren (Biosimilars)	Min. 36,0 %
Schwerpunkt Nephrologie	
Lipidsenker, Mono- und Kombipräparate (generikafähige Statine)	Min. 66,5 %
ACE-Hemmer, Sartane und Aliskiren, Mono- und Kombipräparate (Generikafähige ACE-Hemmer, zusätzlich Candesartan und Valsartan, auch in Kombination mit Diuretika)	Min. 85,5 %
Calcium-Antagonisten (Amlodipin, Lercanidipin, Nitrendipin)	Min. 90,7 %
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (Biosimilars)	Min. 56,1 %
Schwerpunkt Rheumatologie	
TNF-alpha-Inhibitoren (Biosimilars)	Min. 34,0 %

Lesen Sie weiter auf Seite 20.

Tabelle: Ziele und Quoten

Nervenärzte/Neurologen	
Antiparkinsonmittel, Mono- und Kombipräparate (generikafähige orale Wirkstoffe)	Min. 88,0 %
Opioide (BTM), orale, Mono- und Kombipräparate, ausgenommen Tilidin (Tapentadol und Oxycodon-Naloxon-Kombinationen)	Max. 55,6 %
Opioide, (BTM), orale und transdermale, Mono- und Kombipräparate (transdermale Darreichungsformen)	Max. 20,5 %
GABA-Analoga, Gabapentin und Pregabalin (Gabapentin)	Min. 45,8 %
Basistherapie der MS mit Interferon beta 1a und 1b, PEG-Interferon beta 1a, Glatiramer und Dimethylfumarat (Interferon beta 1b, Glatiramer und Dimethylfumarat)	Min. 58,2 %
Orthopäden	
Osteoporosemittel: Bisphosphonate, Mono- und Kombipräparate zur Behandlung der Osteoporose, Denosumab, Raloxifen, Strontiumranelat, Teriparatid (Alendronsäure, Risedronsäure, auch in Kombination)	Min. 42,9 %
Opioide (BTM), orale, Mono- und Kombipräparate, ausgenommen Tilidin (Tapentadol und Oxycodon-Naloxon-Kombinationen)	Max. 53,0 %
Opioide, (BTM), orale und transdermale, Mono- und Kombipräparate (transdermale Darreichungsformen)	Max. 30,2 %
Urologen	
Urologische Spasmolytika (generikafähige Wirkstoffe)	Min. 51,6 %
Alpha-Rezeptorenblocker und Testosteron-Reduktasehemmer (Tamsulosin und Finasterid)	Min. 83,5 %
Alle anderen Arztgruppen (als die spezifisch genannten)	
Opioide (BTM), orale, Mono- und Kombipräparate, ausgenommen Tilidin (Tapentadol und Oxycodon-Naloxon-Kombinationen)	Max. 26,6 %
Opioide, (BTM), orale und transdermale, Mono- und Kombipräparate (transdermale Darreichungsformen)	Max. 29,5 %
TNF-alpha-Inhibitoren (Biosimilars)	Min. 20,0 %
Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (Biosimilars)	Min. 55,4 %
Basistherapie der MS mit Interferon beta 1a und 1b, PEG-Interferon beta 1a, Glatiramer und Dimethylfumarat (Interferon beta 1b, Glatiramer und Dimethylfumarat)	Min. 68,4 %

Checkliste: Prüfung nach Richtwerten

1.	Im Prüfverfahren unbedingt Stellung nehmen!	<input type="radio"/>
2.	Nach Eingang der Mitteilung durch die Prüfungsstelle darüber, dass ein Prüfverfahren eröffnet wurde, sofort mitteilen, dass eine „ausführliche Stellungnahme“ folgt, wenn klar ist, dass die gesetzte Frist nicht eingehalten werden kann. Damit gewinnen Sie Zeit, sich mit der Situation professionell auseinander zu setzen.	<input type="radio"/>
3.	Die von der Prüfungsstelle mit dem Schreiben gelieferte Daten-CD Ihrer Verordnungen auf Vollständigkeit prüfen. Falls Daten fehlen, müssen sie u. U. von der Prüfungsstelle bei den Krankenkassen nachgefordert werden. Daher dies der Prüfungsstelle unbedingt mitteilen.	<input type="radio"/>
4.	Stimmen die Gesamtverordnungskosten mit anderen Daten/Statistiken überein? (WP-Unterlagen der KVBB, eigene Daten etc.)	<input type="radio"/>
5.	Stammen alle Verordnungen von Ihnen? (Ggf. Fehlbuchungen, Zahlendreher ...)	<input type="radio"/>
6.	Stammen alle Verordnungen aus dem zu prüfenden Kalenderjahr?	<input type="radio"/>
7.	Sind Privatrezepte (z. B. Kontrazeptiva) oder Selektivverträge zu Unrecht in den Daten enthalten?	<input type="radio"/>
8.	Hat die Apotheke – im Rahmen der geltenden Bestimmungen – das abgegeben, was Sie verordnet haben? (aut idem, Rabatte ...)	<input type="radio"/>
9.	Stimmen die Fallzahlen?	<input type="radio"/>
10.	Sind in den Daten u. U. Hilfsmittel oder Impfstoffe enthalten, die nicht Gegenstand der Prüfung nach Richtwerten sind? Diese sind herauszurechnen!	<input type="radio"/>
11.	Sind die Praxisbesonderheiten der Anlage 2 zur Prüfvereinbarung vollständig herausgerechnet worden?	<input type="radio"/>
12.	Sind alle erreichten Ziele berücksichtigt und die Arzneimittelgruppen herausgerechnet worden?	<input type="radio"/>
13.	Können Sie eventuell weitere Praxisbesonderheiten geltend machen? - Altersverteilung der Patienten atypisch - Multimorbidität, Pflegeheime - Problemfälle/kostenintensive Therapien, ggf. fremdveranlasst durch Facharzt - Atypische Krankheitsbilder, -verläufe - Spezialausrichtung der Praxis - Fremdfälle von Kollegen, Übernahmen nach Praxisschließungen, regionale Ausnahmen - ...	<input type="radio"/>

Checkliste

14.	Weisen Sie auf Einsparpotential (z. B. AU, KH-Einweisung etc.) hin!	<input type="checkbox"/>
15.	Wenn der Bescheid der Prüfungsstelle das erstinstanzliche Verfahren abschließt, prüfen Sie diesen auf: - Einhaltung der 2-Jahres-Frist (z. B. Verordnungsjahr 2019 mit dem 31.12.2021) - die aufgeführten Berechnungen schlüssig und widerspruchsfrei sind - Ihre Argumente ausreichend gewürdigt wurden - Einsparpotentiale plausibel dargelegt wurden - Erwägungen zur Frühen Nutzenbewertung richtig dargestellt sind - Ist es sinnvoll, Widerspruch gegen den Bescheid einzulegen? (Frist!)	<input type="checkbox"/>

Ansprechpartner in der KVBB

Beratende Apotheker

Telefon: 0331/98 22 98 11

WP-Unterlagen

Telefon: 0331/23 09-612

Internet

www.kvbb.de

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Pappelallee 5

14469 Potsdam

Internet

www.kvbb.de

E-Mail

info@kvbb.de

Inhalt

Erstellt von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Unternehmensbereich Abrechnung/Beratung/Verordnung

Gestaltung

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Bereich Unternehmenskommunikation

Titelbild: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Erscheinungstermin

März 2019

**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg**

Pappelallee 5
14469 Potsdam
www.kvbb.de