

Anlage 2

zur Prüfvereinbarung der KV RLP mit den Verbänden der Krankenkassen vom
10. Juni 2021

Arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Leistungen auf Basis fachgruppenspezifischer Arzneimittel-Fallwerte

Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Arznei- und Verbandmittel

1. Grundsatz

Maßgeblich für die Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Arznei- und Verbandmittel ist die Einhaltung beziehungsweise das Erreichen von Zielen, welche zwischen der KV RLP und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 SGB V vereinbart werden. Entsprechende Ziele werden jeweils für ein Kalenderjahr vereinbart und im Folgejahr gegebenenfalls angepasst. Die KV RLP stellt den Ärzten regelmäßig Informationen über deren Verordnungsverhalten zu den Verordnungsbereichen, für die obligate Ziele vereinbart wurden, zur Verfügung. Die Krankenkassen unterstützen die KV RLP hierbei zum Beispiel durch die Lieferung entsprechender Daten.

Insbesondere sollen auch verordnete Leistungen von Ärzten geprüft werden, die an einer Untersuchung nach § 67 Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes beteiligt sind. Die KV RLP übermittelt die Namen der teilnehmenden Ärzte an die Prüfungsstelle.

Wenn die Ärzte entweder die für den Bereich der KV RLP global vereinbarten Ziele oder die fachgruppenspezifischen Ziele erreichen oder ihr Fallwertvolumen nach Ziffer 3.4 nicht überschreiten, erfolgt keine statistische Auffälligkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.

2. Globale Zielerreichung

Sofern das tatsächliche Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Absatz 5 SGB V im Bereich der KV RLP das für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarte Ausgabenvolumen gemäß § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V nach der Arzneimittelvereinbarung nicht überschreitet, werden keine statistischen Auffälligkeitsprüfungen ärztlich verordneter Arznei- und Verbandmittel für das jeweilige Jahr durchgeführt. Eventuelle Korrekturen des Ausgabenvolumens aufgrund einer Korrektur der Anpassungsfaktoren der Rahmenvereinbarung sind hierbei zu berücksichtigen. Wird dieses globale Ziel nicht erreicht, findet eine Prüfung nach Ziffer 3. statt.

3. Zielerreichung/Prüfung

3.1 Prüfung der fachgruppenspezifischen Zielquoten

Im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Absatz 1 SGB V für das jeweilige Kalenderjahr vereinbaren die Vertragspartner für alle Fachgruppen mit einem landesweiten Verordnungsvolumen von mindestens 750.000,00 Euro fachgruppenspezifische Ziele/Zielquoten.

Für die übrigen Fachgruppen erfolgt eine Bewertung der wirtschaftlichen Verordnungsweise im Rahmen des Koordinierungsgespräches.

Sofern ein Arzt die für seine Fachgruppe vereinbarten Ziele/Zielquoten in dem in der Arzneimittelvereinbarung definierten Umfang erreicht, ist von einer wirtschaftlichen Verordnungsweise auszugehen und es erfolgt für das betreffende Kalenderjahr keine weitergehende statistische Prüfung der verordneten Arzneimittel.

Die Verordnungen von Ärzten derselben Fach-/Prüfgruppe innerhalb einer Praxis, einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) werden zusammengefasst. Hierbei werden die den Zielen/Zielquoten unterliegenden arztindividuellen Werte aufsummiert und der von den beteiligten Ärzten ausgestellten Gesamtzahl der jeweiligen Parameter (Verordnungen, Packungen, Fälle oder DDD) gegenübergestellt. Es ergibt sich ein Durchschnittswert für die beteiligten Ärzte, der für die Messung der Zielerreichung bei den betreffenden Zielen/Zielquoten maßgeblich ist.

Für Ärzte, die die für ihre Fachgruppe vereinbarten Ziele/Zielquoten in dem in der Arzneimittelvereinbarung definierten Umfang nicht erreichen, erfolgt eine weitergehende Prüfung nach fachgruppenspezifischen, altersgewichteten Arzneimittel-Fallwerten.

3.2 Grundsatz/Ermittlung der fachgruppenspezifischen Arzneimittel-Fallwerte

Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage fachgruppenspezifischer und altersgewichteter Arzneimittel-Fallwerte. Die Altersgruppen werden für folgende Versichertengruppen gebildet:

- I: 0 – 15 Jahre
- II: 16 – 49 Jahre
- III: 50 – 64 Jahre
- IV: 65 Jahre und älter

Die Arzneimittel-Fallwerte werden ermittelt, indem zunächst die Verordnungsanteile der jeweiligen Fach-/Prüfgruppe des Vorjahres auf das vereinbarte Ausgabenvolumen – ohne Sprechstundenbedarf - nach § 84 Absatz 5 SGB V des Prüfjahres übertragen werden.

Anschließend werden die Verordnungskosten in der jeweiligen Altersgruppe um verbindlich anzuerkennende Praxisbesonderheiten laut Anlage 3 bereinigt und durch die Fallzahl der jeweiligen Fach-/Prüf- und Altersgruppe im Ausgangszeitraum dividiert.

Der so ermittelte Arzneimittel-Fallwert je Altersgruppe der jeweiligen Fach-/Prüfgruppe ist Ausgangsbasis für die arztindividuelle Auffälligkeitsprüfung.

3.3 Bereinigung um Verordnungskosten für Arznei- und Verbandmittel als Praxisbesonderheiten im Sinne der Anlage 3

Die Verordnungskosten für verbindlich anzuerkennende Praxisbesonderheiten gemäß der Anlage 3 werden entsprechend den dort genannten Regelungen aus dem Verordnungsvolumen des Vertragsarztes in der jeweiligen Altersgruppe herausgerechnet.

3.4 Verordnungsvolumen - Prüfung der statistischen Auffälligkeit

Der fachgruppenspezifische Arzneimittel-Fallwert nach Ziffer 3.2 wird für jede Altersgruppe mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im aktuellen Prüfzeitraum multipliziert. Danach werden die 4 Summen addiert und ergeben das arztindividuelle Arzneimittel-Fallwertvolumen.

Dieses wird mit dem um Praxisbesonderheiten nach Ziffer 3.3 verminderten Volumen der von ihm verordneten Arznei- und Verbandmittel gegenübergestellt. Überschreitet dieses bereinigte Verordnungsvolumen des Arztes das Arzneimittel-Fallwertvolumen um mehr als 35 vom Hundert, so besteht zunächst eine statistische Auffälligkeit.

Auch hier werden die Verordnungen von Ärzten derselben Fach-/Prüfgruppe innerhalb einer Praxis, BAG oder eines MVZ – sowohl bei der Ermittlung des Ausgabe volumens auf Grundlage der fach-/prüfgruppenspezifischen Arzneimittel-Fallwerte wie auch bei der Ermittlung des tatsächlichen Ausgabevolumens – zusammengefasst.

Vor Einleitung eines Prüfverfahrens finden zwischen den Vereinbarungspartnern oder den von ihnen Bevollmächtigten Koordinierungsgespräche statt. Ziel dieser Koordinierungsgespräche ist es, Vorschläge zu Prüfungszielen oder Prüfungsempfehlungen an die Prüfungsstelle abzugeben und abzustimmen, in welchen Fällen ein Prüfverfahren durch die Gemeinsame Prüfungseinrichtung eingeleitet wird. § 20 Absatz 2 ff. der Prüfvereinbarung sind zu beachten.

4. Weitere Maßnahmen der Prüfungseinrichtung

Bei einer Überschreitung des Arzneimittel-Fallwertvolumens um mehr als 35 vom Hundert hat der Vertragsarzt – vorbehaltlich der Bewertung im Koordinierungsgespräch – nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

5. Information von Ärzten bei Zielerreichung

Unabhängig von der globalen Zielerreichung nach Ziffer 2. und der Einhaltung der fachgruppenspezifischen Ziele/Zielquoten nach Ziffer 3.1 behalten sich die Vertragspartner vor, Ärzte mit mehr als 15 Prozent überschrittenem Arzneimittel-Fallwertvolumen im Rahmen eines Koordinierungsgesprächs zu analysieren und diese über gegebenenfalls festgestellte Auffälligkeiten zu informieren. Darüber hinaus kann diesen Ärzten eine individuelle Beratung durch die Prüfungsstelle, bei Bedarf auch durch die Vertragspartner unterbreitet werden. Diese Beratung gilt nicht als Beratung im Sinne der §§ 6 Absatz 3 beziehungsweise 20 Absatz 2 ff. Prüfvereinbarung.

6. Weiterentwicklung der Auffälligkeitsprüfung

Die Vertragspartner werden prüfen, inwieweit das beschriebene Procedere für die Umsetzung der Auffälligkeitsprüfung geeignet ist, sobald entsprechende Erkenntnisse aus der Auffälligkeitsprüfung nach dieser Regelung vorliegen. Sofern es erforderlich ist, verhandeln diese über eine Anpassung der Anlage 2.