

Anlage 4

zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V

Ermittlung des Regressbetrages (Daten bis Ende 2010)

1. Feststellung der bereinigten prozentualen Über- bzw. Unterschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

- 1.1 Brutto-Ist-Verordnungsvolumen abzgl. der von der Prüfungsstelle festgestellten und bezifferten Praxisbesonderheiten (Brutto) = bereinigtes Brutto-Ist-Verordnungsvolumen (bB_{IST})
- 1.2 Bereinigtes Brutto-Ist-Verordnungsvolumen ins Verhältnis gesetzt zum Brutto-Soll-Verordnungsvolumen = Über- bzw. Unterschreitung nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, ausgewiesen in v.H.

Überschreitet das bereinigte Brutto-Ist-Verordnungsvolumen das Brutto-Soll-Verordnungsvolumen um mehr als 25 v.H. (§ 8 Abs. 15 der Prüfvereinbarung), ist ausgehend vom Brutto-Regressbetrag der Netto-Regressbetrag zu ermitteln.

2. Festsetzung des Brutto-Regressbetrages (R_B)

- 2.1 Bereinigtes Brutto-Ist-Verordnungsvolumen (bB_{IST}) abzüglich des Brutto-Soll-Verordnungsvolumens (B_{Soll}) = verbleibende Überschreitung des Brutto-Soll-Verordnungsvolumens
- 2.2 Verbleibende Überschreitung des Brutto-Soll-Verordnungsvolumens abzüglich 25 % des Brutto-Soll-Verordnungsvolumens = Brutto-Regressbetrag (R_B)

3. Festsetzung des Netto-Regressbetrages (R_N)

- 3.1 Netto-Verordnungskosten* ins Verhältnis gesetzt zum Brutto-Ist-Verordnungsvolumen = Anteil der Netto-Verordnungskosten*, ausgewiesen in v.H. (N)
- 3.2 Anteil der Netto-Verordnungskosten* (N) abzgl. Korrekturfaktor für den vom Fachgruppendurchschnitt abweichenden Anteil zuzahlungsbefreiter Versicherter** (KF1) und abzgl. Korrekturfaktor für die Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V (KF2) = Anteil der bereinigten Netto-Verordnungskosten, ausgewiesen in v.H. (N_B)
- 3.3 Anteil der Bereinigten Netto-Verordnungskosten (N_B) multipliziert mit Brutto-Regressbetrag = Netto-Regressbetrag (R_N)

$$R_B = (bB_{IST} - B_{Soll}) - B_{Soll} \times 25\%$$

$$N_B = N - KF1 - KF2$$

$$R_N = R_B \times N_B$$

* Definition Netto-Verordnungskosten

Der Bruttobetrag einer Verordnung wird aus dem Datensegment EFP und dem Feld Betrag ermittelt (Einzelpreis des verordneten Mittels lt. Verordnung). Davon werden die in den Daten im Datensegment NPB übermittelten Rabatte (Apothekenabschlag nach § 130 SGB V, Gesetzlicher Herstellerabschlag nach § 130 a Abs. 1 SGB V, Gesetzlicher Herstellerabschlag nach § 130 a Abs. 3a SGB V, Gesetzlicher Herstellerabschlag nach § 130 a Abs. 3b SGB V) und die auf die Verordnung umgerechnete Zuzahlung abgezogen.

$$\Sigma \text{ EFP-Segment.Betrag} - \Sigma \text{ NPB-Segment.Betrag} - \Sigma \text{ PosZuzahlung}$$

Durch Abzug sämtlicher o. g. Abschläge, Rabatte etc. vom Bruttobetrag entsteht für jede Verordnung ein vorläufiger Nettobetrag. Die Summe der vorläufigen Nettobeträge aller im Prüfzeitraum von einer Praxis getätigten Verordnungen stellt die vorläufigen Ist-Netto-Verordnungskosten der Praxis dar. Sofern hierbei die Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V noch nicht von den Nettobeträgen abgezogen sind, werden die Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V als Pauschalbetrag (Korrekturfaktor KF2) arztbezogen abgezogen. Die jeweilige Höhe des Abzugs ist für das jeweilige Prüfjahr bzw. Prüfquartal von den Krankenkassen der Prüfungsstelle mitzuteilen.

** Ermittlung des Korrekturfaktors für den vom Fachgruppendurchschnitt abweichenden Anteil zuzahlungsbefreiter Versicherter. Im Falle einer quartalsweisen Richtgrößenprüfung wird der Korrekturfaktor quartalsweise ermittelt.

Ermittlung des Korrekturfaktors KF1:

Die Summe aller Zuzahlungen einer Fachgruppe für den jeweils geprüften Verordnungsbereich (Arznei- und Verbandmittel oder Heilmittel) wird ins Verhältnis gesetzt zum gesamten Brutto-Ist-Verordnungsvolumen der Fachgruppe des geprüften Arztes für den jeweils geprüften Verordnungsbereich. Die Summe der Zuzahlungen beim geprüften Arzt wird ins Verhältnis gesetzt zu seinen Brutto-Ist-Verordnungskosten. Ist der prozentuale Anteil an Zuzahlungen beim geprüften Arzt niedriger als bei seiner Fachgruppe, erhält er den Abweichungsvomhundertsatz (Angabe mit 2 Stellen nach dem Komma) im Sinne einer Praxisbesonderheit als Abschlag.

$$\text{KF1} = \frac{\text{Summe ZuzahlungFG}}{\text{Summe BruttoFG}} * 100 - \left(\frac{\text{ZuzahlungArzt}}{\text{Brutto Arzt}} \right) * 100$$

Ermittlung des Korrekturfaktors KF2:

Der Korrekturfaktor KF2 wird ermittelt, indem zunächst die Summe aller Rabattbeträge aus Rabattverträgen nach § 130 a Abs. 8 SGB V für den jeweiligen Prüfzeitraum festgestellt wird [Rabattsumme]. Diese Summe wird ins Verhältnis gesetzt zu den gesamten Verordnungskosten des Prüfzeitraums [Summe der Arzneimittelausgaben]. Durch die Krankenkassen wird der prozentuale Anteil berechnet, den die Rabattsumme an der Summe der Arzneimittelausgaben beträgt.

$$\text{KF2} = \left(\frac{\text{Rabattsumme nach § 130 a Abs. 8 SGB V}}{\text{Summe der Arzneimittelausgaben [KG 43] minus KA 431,432 minus KA 433 minus KA 434 minus KA 437 minus KA 438}} \right) * 100$$

Für den Heilmittelbereich werden die Zuzahlungen praxisbezogen berücksichtigt. Zuzahlungsbeträge werden gesondert praxisbezogen ausgewiesen.

* Arzt/Arztbezogen meint Ärzte der Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätte(n)

Legende zu den Abkürzungen:

bB_{IST} = bereinigtes Brutto-Ist-Verordnungsvolumen
 B_{Soll} = Brutto-Soll-Verordnungsvolumen
 R_B = Brutto-Regressbetrag
 N = Anteil der Netto-Verordnungskosten
 N_B = bereinigte Netto-Verordnungskosten
 R_N = Netto-Regressbetrag
 KF1 = Korrekturfaktor 1
 KF2 = Korrekturfaktor 2
 FG = Fachgruppe

Datensegment EFP (= Einzelfallposition):

Das Segment enthält Informationen je abgegebenem Mittel der Verordnung.

Datensegment NPB (= Nettopreisberechnung):

Das Segment enthält die für die Nettopreisberechnung erforderlichen Informationen je abgegebenem Mittel.

KG = Kontengruppe

KG 43 = Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen

KA = Kontenart

KA 431 = Hilfsmittel aus Apotheken

KA 432 = "Hilfsmittel aus Apotheken - ohne die besonderer Art" ist mit Geltung ab 01.01.2011 gestrichen worden. Die Aufwendungen werden unter KA 431 mitgebucht.

KA 433 = Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter

KA 434 = Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

KA 437 = Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung

KA 438 = Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung