

Glossar

Datenbasis für die Auswertungen sind die nach § 300 SGB V übermittelten ungeprüften Verordnungsdaten zur vertragsärztlichen Versorgung aus den Apothekenrechenzentren.

Für Vertragsärzte mit weniger als 50 Verordnungen im Monatsdurchschnitt des jeweiligen Berichtszeitraums wird kein individueller Arztbericht erstellt.

AM-Patienten (Arzneimittel-Patient)

Bei Arzneimittel-Patienten sind alle GKV-Patienten eines Arztes (LANR) erfasst, die mindestens eine Arzneimittelverordnung bekommen haben. Bei den Vergleichswerten der Fachgruppe handelt es sich um einen Durchschnittswert aller zur Fachgruppe gehörenden Ärzte.

Analog-Präparate (auch Me-too-Präparate)

Analog-Präparate im Zusammenhang mit diesem Arztbericht sind Fertigarzneimittel, die im Vergleich zu bereits eingeführten Wirkstoffen patentgeschützte, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe enthalten. Die Einstufung als Analog-Präparat basiert auf der Klassifikation des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO); berücksichtigt wird hierbei die jeweils aktuelle Ausgabe des Arzneiverordnungs-Reports.

Berichtszeitraum

Grundsätzlich wird je Quartal ein Bericht erstellt. Im Laufe eines Jahres werden die Daten jeweils kumuliert. Der Berichtszeitraum wird im Anzeigeformat MM/JJJJ bis MM/JJJJ dargestellt. Entscheidend für die zeitliche Zuordnung ist das Verordnungsdatum des Rezeptes.

Betriebsstättennummer (BSNR)

Die unter „1. Allgemeiner Überblick der gesamten Praxis (Betriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten)“ angegebenen Fallzahlen und Bruttoumsätze basieren auf der angegebenen Betriebsstättennummer. Alle vorhandenen Nebenbetriebsstätten werden der Hauptbetriebsstätte zugeordnet.

Brutto

Es werden in den Berichten Bruttobeträge ausgewiesen. Brutto versteht sich als Preis des Arzneimittels bzw. der Verordnung gemäß Apothekenverkaufspreis inkl. MwSt., wie auf dem Rezept abgedruckt. Es werden keine Zuzahlungen, keine Zwangsrabatte und keine individuellen Rabatte, die zwischen Krankenkasse und pharmazeutischen Unternehmen vereinbart wurden, berücksichtigt.

Brutto der Altersgruppe „bis 64 Jahre“

Für die Ermittlung des Bruttoumsatzes wurden die Verordnungen der Fälle in der Altersgruppe bis 64 Jahre berücksichtigt.

Brutto je Fall in der Altersgruppe „bis 64 Jahre“

Dieser Wert ist der errechnete Quotient aus Brutto und der Fallzahl in dieser Altersgruppe.

Brutto der Altersgruppe „ab 65 Jahre“

Für die Ermittlung des Bruttoumsatzes wurden die Verordnungen aller Fälle in der Altersgruppe ab 65 Jahre berücksichtigt.

Brutto je Fall in der Altersgruppe „ab 65 Jahre“

Dieser Wert ist der errechnete Quotient aus Brutto und der Fallzahl in dieser Altersgruppe.

Brutto-Soll-Verordnungsvolumen

Das Brutto-Soll-Verordnungsvolumen ist das Ausgabenvolumen, das dem Arzt bei Einhaltung seiner Richtgrößen für den angegebenen Verordnungszeitraum maximal zur Verfügung steht. Das bedeutet, dass es sich dabei um eine Ausgabenobergrenze handelt, sofern nicht Praxisbesonderheiten bestehen. Dieser Grenzwert soll durch wirtschaftliches Verordnen möglichst unterschritten werden. Das Brutto-Soll-Verordnungsvolumen errechnet sich, indem die ambulant-kurativen Behandlungsfälle des Verordnungszeitraums mit der jeweiligen Richtgröße multipliziert und dann addiert werden (siehe auch Erläuterung zu Richtgröße). Wird das Brutto-Soll-Verordnungsvolumen um mehr als 15 % bis 25 % überschritten (nach Herausrechnen von Praxisbesonderheiten durch die Prüfungsstelle), erhält der Arzt eine Beratung. Die Überschreitung von mehr als 25 % (nach Herausrechnen von Praxisbesonderheiten durch die Prüfungsstelle) kann zu einem Regress führen. Da Überschreitungen immer anhand der Bruttowerte festgestellt werden, sind auch die Richtgrößen auf dieser Grundlage gebildet worden (siehe auch Erläuterung zu Brutto).

Brutto-Ist-Verordnungsvolumen

In dieser Spalte ist der Gesamtbetrag als Apothekenverkaufspreis ohne Abzug von Rabatten und Zuzahlungen angegeben, der durch die Verordnungen von Arzneimitteln und Verbandstoffen einschließlich Sprechstundenbedarf für den Verordnungszeitraum tatsächlich verursacht wurde. Allerdings sind die Ausgaben hier nicht vollständig erfasst, weil in diese Statistik nur solche Kostenbeträge eingehen, die durch Bezug über Apotheken entstanden sind. Für die Feststellung, ob und wenn ja, wie viel die Richtgrößen überschritten wurden, werden von der Prüfungsstelle zusätzlich die Kosten herangezogen, die durch Einlösung von Rezepten bei anderen Lieferanten, z. B. Sanitätshäusern oder direkt von Herstellern, verursacht wurden.

Fachgruppe (FG)

Fachgruppencode (8. und 9. Stelle LANR)	Fachgruppenzugehörigkeit
01, 02, 03	Hausärzte
04	Anästhesisten
05	Augenärzte
06, 07, 08, 11, 14	Chirurgen
10, 12	Orthopäden
15, 16, 17, 18	Gynäkologen
19, 20	HNO-Ärzte
21	Hautärzte
23, 24, 25, 32, 33	FA-Internisten
26	Gastroenterologen
27	Hämato-Onkologen
28	Kardiologen
29	Nephrologen
30	Pneumologen
31	Rheumatologen
34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46	Kinderärzte
47	Kinder- und Jugendpsychiater
51	Nervenärzte
53	Neurologen
58, 59	Psychiater
67	Urologen
09, 13, 22, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66	Sonstige

Fallzahl

Für die Ermittlung der Fallzahl wurden alle GKV-Patienten der Altersgruppe bis 64 Jahre bzw. ab 65 Jahre berücksichtigt.

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Bei fiktiv zugelassenen Arzneimitteln handelt es sich um Arzneimittel, bei denen das Nachzulassungsverfahren aufgrund laufender Klageverfahren noch nicht endgültig abgeschlossen ist. Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts (Aktenzeichen B 6 KA 3/08 R) sind die gesetzlichen Krankenkassen nicht verpflichtet, die Kosten für fiktiv zugelassene Arzneimittel zu übernehmen. Es besteht daher ein Regressrisiko, wenn diese Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Die im Bericht gelisteten verordneten Arzneimittel besaßen zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes den Status „fiktiv zugelassen“. Arzneimittel, die von pharmazeutischen Unternehmen vom Markt genommen wurden, werden nicht aufgeführt.

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Die Zuordnung sämtlicher Arzneimittelverordnungen erfolgt über die neunstellige LANR gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern. Erfolgen Verordnungen in verschiedenen Betriebsstätten, aber unter der gleichen LANR, werden diese zusammengefasst. Die 8. und 9. Stelle gelten als Fachgruppencode (siehe Fachgruppe). Alle Auswertungen unter „2. Individueller Arztbericht“ im Arzneimittelbericht basieren auf den Verordnungen der angegebenen LANR.

Richtgröße

In dieser Spalte befindet sich die für die jeweilige Fachgruppe vereinbarte Richtgröße für die jeweilige Altersgruppe gemäß Arzneimittelvereinbarung. Multipliziert mit der entsprechenden kurativen Behandlungsfallzahl (Tabelle 1, Spalte 2 bzw. Spalte 6) ergibt sich das Arzneimittelausgabenvolumen. Dabei sind jedoch noch keine Praxisbesonderheiten berücksichtigt. Im Vergleich mit den Werten der Spalte „Brutto je Fall“ ist eine mögliche Über- bzw. Unterschreitung erkennbar.

Sollte im Bericht der Wert „n.v.“ stehen, wurde für die entsprechende Fachgruppe keine Richtgröße vereinbart. In diesem Fall wird ggf. eine Prüfung nach Durchschnittswerten durchgeführt.

Für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und MVZ ist die Angabe der Richtgrößen nicht möglich, da es sich bei der Tabelle 1 um eine betriebsstättenbezogene Auswertung handelt.