

Anlage 4a **zur Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V**

Ermittlung des Regressbetrages (Daten ab 2011)

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)

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

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. arztbezogener pauschalierter Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V (gilt nicht für Ärzte, die einem Vertrag nach § 130 a Abs. 8 SGB V beigetreten sind – hier findet Punkt 2.1 der Anlage 3 der Prüfvereinbarung Anwendung) = Anteil der bereinigten Netto-Verordnungskosten, ausgewiesen in v.H. (N_B)

$$N_B = N - KF1 - \text{arztbezogener pauschalierter Rabatte nach § 130 a Abs. 8 SGB V}$$

* Arzt/Arztbezogen meint Ärzte der Betriebsstätte einschließlich Nebenbetriebsstätte(n) 1

3.3 Anteil der Bereinigten Netto-Verordnungskosten (N_B) multipliziert mit Brutto-Regressbetrag = Netto-Regressbetrag (R_N)

$$R_N = R_B \times N_B$$

* 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.

Σ EFP-Segment.Betrag - Σ NPB-Segment.Betrag - Σ 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 arztbezogener Pauschalbetrag abgezogen. Die jeweilige Höhe des Abzugs ist pauschal je Arzt für das jeweilige Prüfjahr bzw. Prüfquartal gemäß § 106 Abs. 5c S. 2 SGB V von den Krankenkassen an die Prüfungsstelle zu übermitteln.

** 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.

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

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

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.