

Richtgrößen-Vereinbarung 2012 Heilmittel

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB)

der AOK Bremen/Bremerhaven

dem BKK Landesverband Mitte,
zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Hamburg

der IKK gesund plus, handelnd als IKK Landesverband für das Land Bremen,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband
für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

und den Ersatzkassen:

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH -Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek - Landesvertretung Bremen

in Ergänzung zur Prüfvereinbarung gem. § 106 SGB V vom 01.01.2008 in der
jeweils geltenden Fassung

**Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel
und die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung
der Richtgrößenvolumen gemäß §§ 84 Abs. 6 und 8, 106 Abs. 5a SGB V:**

Präambel

Die Vertragspartner schließen auf der Grundlage des § 84 SGB V diese Vereinbarung.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Heilmittel-Richtlinien sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 1 Vertragsgegenstand

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer Richtgrößen und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens.

§ 2 Art und Höhe der Richtgrößen

Für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen werden jeweils die ebenfalls aus dieser Anlage ersichtlichen Richtgrößen je kurativ-ambulantem Behandlungsfall (Konto 400) getrennt nach den beiden Versichertengruppen (M und F einerseits, R andererseits) festgesetzt.

Für fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wird ein arithmetischer Mittelwert der arztgruppenbezogenen Werte aus Anlage 1 errechnet. Das gleiche gilt für Arztpraxen soweit dort fachübergreifend ein angestellter Arzt tätig ist (§ 95 Abs. 9 SGB V). Ärzte mit Gebietsbezeichnungen ohne Richtgröße bleiben dabei unberücksichtigt. Die Richtgröße für solche Praxen ergibt sich aus der Richtgröße des anderen Vertragsarztes bzw. dem arithmetischen Mittelwert der anderen Vertragsärzte. Ebenso unberücksichtigt bleibt die Rentner-Richtgröße für beteiligte Kinderärzte. Maßgebend ist dann ein angemessener Prozentsatz der Rentner-Richtgrößen der übrigen Fachgruppen in der Berufsausübungsgemeinschaften.

Die Richtgrößen werden auf Grundlage der Fälle und Brutto-Ausgaben eines Kalenderjahres gebildet. Sie gelten jahresbezogen je kurativ-ambulantem Behandlungsfall (Konto 400) der Praxis bzw. des Arztes.

§ 3 Bekanntgabe der Richtgrößen

Die Vertragsärzte werden durch die KVHB über Höhe und Wirkung der Richtgrößen sowie über den Grenzwert (siehe § 4) informiert.

§ 4 Prüfungsgegenstand

Prüfungsgegenstand ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise eines Arztes bei Überschreitung des festgesetzten Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent gemäß § 106 Abs. 5a SGB V. Davon unberührt bleiben alle anderen Prüfungen nach § 106 SGB V.

§ 5

Feststellung der veranlassten Ausgaben und des Richtgrößenvolumens

1. Grundlage der Richtgrößenprüfung sind die von den Krankenkassenverbänden sowie der KVHB gem. § 296 SGB V übermittelten Daten. Für Form, Inhalt und Einzelheiten der Datenübermittlung ist der Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen maßgebend.
2. Ergänzend zu Abs. 1 stellen die Verbände für die Richtgrößenprüfung bis spätestens zum 31.08.2013 der Daten zusammenführenden Stelle die Verwaltungsdaten der Heilmittel auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
3. Die KVHB stellt der Prüfungsstelle sowie der Daten zusammenführenden Stelle folgende Daten arztbezogen zur Verfügung
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen
 - Fallzahlen, getrennt nach Mitgliedern/Familienangehörigen und Rentnern
4. Nicht übermittelt werden Kosten, die auf Sozialamtsbetreute nach § 264 SGB V entfallen.
5. Die Berechnung des Richtgrößenvolumens für einen Vertragsarzt nach Abschluss des Vertragszeitraumes (31.12.2012) basiert auf der Multiplikation der Richtgrößen für die Arztgruppe mit der Fallzahl dieses Vertragsarztes.

§ 6

Verfahren und Überschreitung des Richtgrößenvolumens

1. Sobald ein Vertragsarzt das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen für Heilmittel um mehr als 15 Prozent überschreitet, wird von der Prüfungsstelle ein Prüfverfahren nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen (§ 106 Abs. 5a SGB V) eingeleitet. Überschreitet der Vertragsarzt das für seine Praxis ermittelte Richtgrößenvolumen für Heilmittel um mehr als 25 Prozent, hat der Vertragsarzt den sich hieraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Der Berechnungsmodus zur Feststellung einer möglichen Überschreitung einer Richtgröße durch den Vertragsarzt ergibt sich aus Anlage 9 der Bremischen Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V vom 01.01.2008.
2. Stellt die Prüfungsstelle eine über die vorgenannten Interventionsgrenzen hinausgehende Überschreitung des für den Vertragsarzt geltenden Richtgrößenvolumens fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar sind, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, innerhalb der für Rechtsbehelfe vorgesehenen Frist die Höhe der von ihm veranlassten (Brutto-) Ausgaben zu begründen.

Dabei ist den besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis, die mit einem erhöhten Versorgungsaufwand verbunden sind, angemessen Rechnung zu tragen. Dazu gehört auch die Versorgung von Disease-Management-Patienten, soweit die entsprechenden Anlagen zu den Medizinischen Versorgungsverhältnissen der jeweiligen Vereinbarungen der Vertragspartner nach § 73a SGB V zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogrammes nach § 137f SGB V beachtet werden und die Heilmittel zur Erreichung der Therapieziele notwendig sind. Soweit zutreffend, ist auch ein im Verhältnis zur Arztgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreiter Patienten zu berücksichtigen.

§ 7 Ausgleichsverpflichtung

1. Bei der Feststellung der sich im Falle des § 6 Abs. 1 Satz 2 dieser Vereinbarung ergebenden Ausgleichsverpflichtung sind die veranlassten Nettoausgaben des Vertragsarztes, ggf. getrennt nach Mitgliedern/Familienangehörigen und Rentnern, um die Nettokosten der von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten zu vermindern. Die Ausgleichsverpflichtung nach Satz 1 ergibt sich aus Anlage 9 der Bremischen Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V vom 01.01.2008.
2. Ergibt die Prüfung nach Durchschnittswerten gemäß § 106 Abs. 1 bis 5 SGB V der verordneten Heilmittel Erstattungsansprüche der Krankenkassen, sind diese auf den Erstattungsbetrag, der sich aus der Prüfung bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens ergibt, anzurechnen (Art. 3 § 2 ABAG).

§ 8 Anpassung während der Vertragslaufzeit

Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die Funktions- und Wirkungsweise der Vereinbarung und deren Praktikabilität. Soweit erforderlich, können während der Vertragslaufzeit Anpassungen dieser Vereinbarung erfolgen.

§ 9 Laufzeit

1. Diese Vereinbarung gilt vom 01.01.2012 bis 31.12.2012. Kommt eine Folgevereinbarung nicht zustande, gilt diese längstens bis zum 30.06.2013.
2. Im Falle von Änderungen gesetzlicher Bestimmungen verpflichten sich die Vertragspartner, in eine Verhandlung über eine Anpassung dieser Vereinbarung einzutreten.
3. Die Anlage 1 ist Bestandteil dieser Vereinbarung.

Bremen,

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

IKK gesund plus, handelnd als IKK Landesverband
für das Land Bremen, zugleich für die Krankenkasse
für den Gartenbau, handelnd als Landesverband
für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung in Bremen

BKK Landesverband Mitte,
zugleich für die Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek Landesvertretung Bremen