

**Richtgrößen-Vereinbarung 2021
Heilmittel**

zwischen
der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB)
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen
und
der AOK Bremen/Bremerhaven
Bgm.-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Nord, Hamburg

der IKK gesund plus, handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen,
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche
Krankenkasse

und den Ersatzkassen:

- Techniker Krankenkasse (TK)
- Barmer
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

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 01.10.2020 in der
jeweils geltenden Fassung

**Vereinbarung über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel
und die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung
des Richtgrößenvolumens**

Richtgrößen-Vereinbarung 2021 - Heilmittel

Präambel

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Heilmittel-Richtlinie sowie die Rahmenvorgaben nach §106 b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 01.05.2020 in der jeweils aktuellen Fassung sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 32 Abs. 1a SGB V in der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V bleiben hiervon unberührt.

§ 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-ambulanten Behandlungsfall (Konto 400) getrennt nach Altersgruppen festgesetzt:

- 0 bis 15 Jahre
- 16 bis 49 Jahre
- 50 bis 64 Jahre
- 65 Jahre und älter

Für fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren (MVZ) wird ein entsprechend der Anzahl der pro Fachgruppe vertretener Ärzte gewichteter 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.

Die Richtgrößen werden auf Grundlage der Fälle und Brutto-Ausgaben eines Kalenderjahres gebildet. Sie gelten jahresbezogen je kurativ-ambulanten 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 15 Prozent gemäß § 13 der Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V. Davon unberührt bleiben alle anderen Prüfungen nach §§ 106 ff 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 dem GKV-Spitzenverband in der jeweils aktuellen Fassung maßgebend.
2. Ergänzend zu Abs. 1 stellen die Verbände für die Richtgrößenprüfung bis spätestens zum 31.08.2022 der Prüfungsstelle die Verordnungsdaten der Heilmittel auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
3. Die KVHB stellt der Prüfungsstelle folgende Daten arztbezogen zur Verfügung
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen
 - Fallzahlen, getrennt nach den in § 2 genannten Altersgruppen
4. Nicht übermittelt werden Kosten und Fallzahlen, die auf Sozialamtsbetreute nach § 264 SGB V entfallen.
5. Die Berechnung des Richtgrößenvolumens für einen Vertragsarzt nach Abschluss des Vertragszeitraumes (31.12.2021) basiert auf der Multiplikation der altersbezogenen Richtgrößen für die Arztgruppe mit der altersbezogenen 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 Prüfvereinbarung nach § 106 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 des Richtgrößenvolumens durch den Vertragsarzt ergibt sich aus Anlage 9 der Bremischen Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V in der jeweils für den Prüfzeitraum geltenden Fassung.
2. Stellt die Prüfungsstelle eine über die vorgenannten Interventionsgrenzen hinausgehende Überschreitung des für den Vertragsarzt geltenden Richtgrößenvolumens fest, die nicht durch die vereinbarten bzw. bereits bekannten Praxisbesonderheiten erklärbar ist, 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 (vor Inkrafttreten GKV-VSG) und § 137f SGB V zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme 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 den Altersklassen, 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 in der jeweils für den Prüfzeitraum geltenden Fassung.
2. Ergibt die Prüfung der verordneten Heilmittel nach Durchschnittswerten gemäß der Prüfvereinbarung nach § 106 SGB V 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. Dies gilt insbesondere bei einer Preisentwicklung für Heilmittel oberhalb der geschätzten Annahme von acht Prozent.

§ 9

Laufzeit

1. Diese Vereinbarung gilt vom 01.01.2021 bis 31.12.2021. Kommt eine Folgevereinbarung nicht zustande, gilt diese Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter
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, d.

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

IKK gesund plus, handelnd als IKK Landesverband
für das Land Bremen, zugleich für die SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen

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