

Heilmittel – Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2019

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

– nachfolgend KV Berlin genannt –

und

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

**dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover**

**der BIG direkt gesund
- handelnd als IKK Landesverband Berlin-**

**der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK - Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg**

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 8 SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016) über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2019 für Heilmittel als Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016).

§ 1

Gegenstand und Anwendungsbereich

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung von arztgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Heilmittel und die Festsetzung des Verfahrens zur Berechnung von Richtgrößensummen für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Ärzte mit Mehrfachzulassung unter Bezugnahme auf die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vom 30. November 2015 in der Fassung vom 05.12.2016 (im folgenden Bundesrahmenvorgaben genannt). Diese Vereinbarung, die Heilmittel-Richtlinie des GBA und die vorliegende Richtgrößenvereinbarung bilden gemeinsam die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Heilmittel nach Richtgrößen gem. § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund einer Überschreitung der Richtgrößensumme für den Verordnungsbereich Heilmittel erfolgt getrennt von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für Arznei- und Verbandmittel.

§ 2

Richtgrößen für Heilmittel

- (1) Die arztgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen ergeben sich aus Anlage 1. Diese Richtgrößen werden von der KV Berlin veröffentlicht und treten zum 01.01.2019 in Kraft.
- (2) Die Richtgrößensumme für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V berechnet sich wie folgt:

$$\text{Richtgrößensumme} = \sum_{i=1}^n \text{PF}_i \times \text{RGF}_i$$

Legende:

PF = Patientenzahl der Fachgruppe je Alterskohorte (nach KTFG)

Die Patientenzahl der Fachgruppe ergibt sich aus der Anzahl der Arzt-Patientenkontakte, bei der eine EBM-Nr. abgerechnet wird, die auch bei einem in der Einzelpraxis niedergelassenen

Vertragsarzt einen Behandlungsfall und damit auch eine Richtgröße ausgelöst hätte (fiktiver Behandlungsfall).

RGF = Richtgröße der Fachgruppe je korrespondierender Alterskohorte

Auch für Ärzte in fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V gilt die Fachgruppeneinteilung und Richtgrößenzuordnung gemäß der geltenden Richtgrößenvereinbarung.

n = Anzahl der zu berücksichtigenden Fachgruppen

Die Heilmittelverordnungskosten von Arztgruppen, die keine Richtgrößen haben, werden nicht berücksichtigt und von dem Gesamtverordnungsvolumen der Praxis / Einrichtung abgezogen. Die Patientenzahl von Ärzten aus einer Fachgruppe ohne Richtgröße wird nicht berücksichtigt.

§ 3

Besondere Verordnungsbedarfe, Mehr- und Minderausgaben

- (1) Im Rahmen der Heilmittel-Richtgrößenprüfungen sind die im Absatz 2 und 4 beschriebenen besonderen Verordnungsbedarfe zu berücksichtigen.
- (2) Die im Anhang 1 der Anlage 2 der Bundesrahmenvorgaben aufgeführten Diagnosen in Verbindung mit den jeweiligen zugeordneten ICD-10-Codes und Diagnosegruppen gelten unter Berücksichtigung der Regelungen der Anlage 2 der Bundesrahmenvorgaben als anerkannte bundesweite besondere Verordnungsbedarfe. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass in den betriebsstättenbezogenen Prüfungen bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens bei den im Anhang 1 der Anlage 2 der Bundesrahmenvorgaben aufgeführten bundesweiten besonderen Verordnungsbedarfen ein Abzug ab dem ersten Behandlungsfall erfolgt. § 3 Abs. 5 dieser Vereinbarung findet Anwendung.
- (3) Verordnungen auf Grund von Diagnosen mit langfristigem Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie (Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V) sowie sonstige langfristig genehmigte Verordnungen gemäß § 32 Abs. 1a Satz 1 SGB V unterliegen gemäß § 106b Abs. 4 Nr. 1 SGB V nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 Abs. 2 Nr. 2 SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016)

- (4) Gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 2 der Bundesrahmenvorgaben haben sich die Vertragsparteien auf die in der Anlage 2 aufgeführten regionalen besonderen Verordnungsbedarfe mit den jeweiligen ICD-10-Codes und Diagnosegruppen verständigt. Die Prüfungsstelle hat die von der Richtgrößengruppentypik abweichenden Mehrkosten bei diesen Indikationen regelmäßig als besondere Verordnungsbedarfe zugrunde zu legen.
- (5) Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass sämtliche Verordnungen, die in den Heilmittel-Richtgrößen 2019 gemäß Anlage 1 durch die bei der Richtgrößen-Neuberechnung 2016 erfolgte Bereinigung nicht mehr erfasst sind, im Rahmen der Richtgrößenprüfung aus den Verordnungsstellen des Arztes unter Verwendung der bei der Bereinigung angewandten Methodik herauszurechnen sind. Die Gesamtkosten dieser Verordnungsblätter unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Kriterien der Richtgrößenbereinigung sind in Anlage 5 der Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016 aufgeführt.
- (6) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss können über die im Anhang 1 der Anlage 2 der Bundesrahmenvorgaben und der Anlage 2 dieser Vereinbarung genannten besonderen Verordnungsbedarfe hinaus weitere besondere Verordnungsbedarfe im Einzelfall feststellen.
- (7) Für die tatsächliche Geltungsdauer dieser Vereinbarung behalten sämtliche mit diesem Vertrag und seinen Anlagen vereinbarten besonderen Verordnungsbedarfe ihre Gültigkeit.
- (8) Im Rahmen der Heilmittel-Richtgrößenprüfung sind Mehrausgaben im Heilmittelbereich und Minderausgaben im Arzneimittelbereich kompensatorisch zu berücksichtigen, wenn zwischen den Mehr- bzw. Minderausgaben ein im Einzelfall konkret nachweisbarer kausaler Zusammenhang besteht und die übergreifende Wirtschaftlichkeit sichergestellt ist.
- (9) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der Vertragsarzt nicht für Leistungen in Regress genommen werden kann, die aufgrund von Änderungen (Verfälschungen) der Verordnung durch Dritte zu Kostensteigerungen führen, es sei denn, die Änderung durch Dritte erfolgt auf vertragsärztliche Veranlassung oder wurde vom Vertragsarzt durch Verstöße gegen verbindliche Vorgaben der Vordruckvereinbarung bzw. die verbindlichen Erläuterungen der Vordruckvereinbarung ermöglicht, wie zum Beispiel durch Überlassung von unterschriebenen Blankorezepten.

§ 4

Übermittlung der betriebsstättenbezogenen Verordnungskosten und der Fallzahlen an die Prüfungsstelle

- (1) Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der Betriebsstätte statt. Verordnungskosten und Fälle, die in demselben Behandlungsquartal durch Behandlungen in Nebenbetriebsstätten entstehen, werden den jeweiligen Hauptbetriebsstätten zugeordnet. Behandlungen eines Versicherten in der Hauptbetriebsstätte und in einer oder mehreren Nebenbetriebsstätten werden zu einem Behandlungsfall zusammengeführt, sofern sie in demselben Behandlungsquartal durchgeführt wurden.
- (2) Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Heilmittel nach § 84 Abs. 1 i. V. m. Abs. 7 SGB V. Zugrunde gelegt werden die Bruttoverordnungskosten vor Abzug der Zuzahlungen. Heilmittelverordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V sind nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle nach § 106c Abs. 2 Satz 2 SGB V die betriebsstättenbezogenen und richtgrößenrelevanten Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungsbeträge, bezogen auf die Verordnungen des Kalenderjahres 2019, zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern und die die Heilmittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden zu beachten. Kosten für auftragsweise versorgte Personen nach § 264 SGB V sind nicht richtgrößenrelevant und werden nicht übermittelt.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Prüfungsstelle die betriebsstättenbezogenen Fallzahlen gemäß § 5 Abs. 2 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des jeweils gültigen Vertrages über den Datenaustausch (Anlage 6 BMV-Ä) und die die Heilmittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden zu beachten.

§ 5

Ermittlung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens

- (1) Die betriebsstättenbezogene Prüfung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens findet statt, wenn die untere Interventionsgrenze von 15% überschritten wurde. Wurde die obere Interventionsgrenze von 25% nicht überschritten, erfolgt eine Beratung gemäß § 106 Abs. 1a und 5a SGB V (in der Fassung bis 31.12.2016); bei Überschreitung der oberen Interventionsgrenze von 25% hat der Vertragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch besondere Verordnungsbedarfe begründet ist. Das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation der maßgebenden Fallzahl je Alterskohorte des Kalenderjahres mit der entsprechenden Richtgröße je Alterskohorte. Durch Addition der errechneten Einzelsummen je Alterskohorte ergibt sich die Gesamtsumme für das arzt spezifische Richtgrößenvolumen.

$$(RG \text{ Heilmittel AK1} \times \text{Fallzahl AK1}) + (RG \text{ Heilmittel AK2} \times \text{Fallzahl AK2}) + (RG \text{ Heilmittel AK3} \times \text{Fallzahl AK3}) + (RG \text{ Heilmittel AK4} \times \text{Fallzahl AK4}) = \text{Richtgrößensumme Heilmittel}$$

- (2) Für die Fallzählung werden die in der jeweiligen Fachgruppe und Alterskohorte abgerechneten kurativen Fallzahlen zugrunde gelegt. Hierzu zählen nicht die Fälle der Versicherten nach § 264 SGB V. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung des Jahres 2019 dem Verfahren entspricht, das der Neuberechnung der Richtgrößen für das Jahr 2016 ab dem 01.04.2016 zugrunde gelegt wurde.

§ 6

Geltungszeitraum

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die ab dem 01.01.2019 ausgestellten Verordnungen für Heilmittel.
- (2) Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

Berlin, den 23. April 2020

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch die Leiterin der
vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

BKK Landesverband Mitte
- Landesvertretung Berlin und Brandenburg -

BIG direkt gesund

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin
Der Leiter der Regionaldirektion

SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse