

Heilmittel - Richtgrößenvereinbarung 2011

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

– nachfolgend KV Berlin genannt –

und

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Mitte

**Siebstraße 4
30171 Hannover**

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

**der Knappschaft
- Regionaldirektion Berlin -**

**der Krankenkasse für den Gartenbau
- handelnd als Landesverband für die
landwirtschaftliche Krankenversicherung in Berlin -**

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 die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

nach § 84 Abs. 6 i.V.m. Abs. 8 SGB V über die Festsetzung von Richtgrößen für das Jahr 2011 für Heilmittel als Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.

§ 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 für das Jahr 2011 und die Festsetzung der Berechnung von Richtgrößensummen für fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Ärzte mit Mehrfachzulassung. Sie bilden die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung aufgrund einer Überschreitung der Richtgrößensumme für den Verordnungsbereich Heilmittel erfolgt getrennt von einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für Arznei- und Verbandmittel. Unter die Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen auch die für die Versicherten i.S.d. § 264 Abs. 2 SGB V verordneten Leistungen.

§ 2

Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2011

- (1) Die fachgruppenspezifischen und fallbezogenen Richtgrößen ergeben sich aus Anlage 1.
- (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

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

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

§ 3

Praxisbesonderheiten, Mehr- und Minderausgaben

- (1) Im Rahmen der Heilmittel-Richtgrößenprüfung 2011 gelten die in Anlage 2 genannten Indikationsgebiete als Praxisbesonderheiten, soweit sie die Verordnung von Heilmitteln betreffen. Die darauf entfallenden Verordnungskosten werden von der Prüfungsstelle bzw. dem Beschwerdeausschuss in dem Umfang als Praxisbesonderheiten berücksichtigt, wie sie von der Heilmittelauswahl und der Menge den Heilmittelrichtlinien (Heilmittelkatalog) in der jeweils geltenden Fassung dem Wirtschaftlichkeitsgebot und den Regelungen der Anlage 2 entsprechen. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass in den betriebsstättenbezogenen Prüfungen bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens bei den in Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten ein Abzug ab dem ersten Behandlungsfall erfolgt.
- (2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss können über die in Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten hinaus weitere Praxisbesonderheiten im Einzelfall feststellen.
- (3) Im Rahmen der Heilmittel-Richtgrößenprüfung sind Mehrausgaben im Heilmittelbereich und Minderausgaben im Arzneimittelbereich kompensatorisch zu berücksichtigen, wenn zwischen diesen Verordnungsbereichen ein begründeter Zusammenhang besteht und die übergreifende Wirtschaftlichkeit sichergestellt ist.¹
- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Präzisierung sämtlicher in der Anlage 2 genannten Praxisbesonderheiten durch den Arbeitsausschuss fortgeführt wird. Dies erfolgt für die Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung mit Wirkung für das Jahr 2012.
- (5) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der Vertragsarzt nicht für Leistungen in Regress genommen werden kann, die aufgrund von Änderungen der Verordnung durch Dritte zu Kostensteigerungen führen, es sei denn, die Änderung durch Dritte erfolgt auf vertragsärztliche Veranlassung.

¹ Die Vertragspartner verständigen sich über ein Verfahren zur Feststellung eines kompensationsfähigen Mehraufwands.

§ 4

Übermittlung der betriebsstättenbezogenen Verordnungskosten und der Fallzahlen an die Prüfungsstelle

- (1) Die Richtgrößenprüfung findet auf Ebene der Betriebsstätte statt. Verordnungskosten und Fälle, die 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.
- (2) Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Heilmittel. Zugrundegelegt werden die Bruttoverordnungskosten vor Abzug der Zuzahlungen.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V die betriebsstättenbezogenen und richtgrößenrelevanten Bruttoverordnungsdaten sowie die Zuzahlungsbeträge bezogen auf die Verordnungen aus dem Kalenderjahr 2011 zur Verfügung. Dabei sind insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der Unterlagen und hinsichtlich der Fristen die Vorschriften des jeweils gültigen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern und die Heilmittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden zu beachten.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V 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 auf Datenträgern und die Heilmittel-Richtgrößenprüfung betreffenden Bestimmungen der jeweils gültigen Prüfvereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden zu beachten.

§ 5

Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung

- (1) Die betriebsstättenbezogene Prüfung der Richtgrößenüberschreitung 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, bei Überschreitung der oberen Interventionsgrenze von 25% hat der Ver-

tragsarzt den sich daraus ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Das Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes ergibt sich aus der Multiplikation der maßgebenden AKV-Fallzahl des Kalenderjahres mit der entsprechenden Richtgröße sowie der Aufsummierung mit dem in gleicher Weise ermittelten Betrag für die in der KVdR-Versicherten.

$$(RG \text{ Heilmittel } M/F \times \text{Fallzahl } M/F) + (RG \text{ Heilmittel } R \times \text{Fallzahl } R) = \text{Richtgrößensumme Heilmittel}$$

- (2) Für die Fallzählung werden die im Jahr 2011 in der jeweiligen Fachgruppe (AKV, KVdR-Versicherte) abgerechneten kurativen Fallzahlen zugrunde gelegt. Hierzu zählen auch die Fälle der Versicherten nach § 264 Abs. 2 SGB V. Dabei zählen die Fallkennzeichen A (Ambulante Behandlung), K (Konsiliaruntersuchung) und M (Mit-/Weiterbehandlung) voll, die Fallkennzeichen N (Notfall), V (Urlaubs-/Krankheitsvertretung), O (Ärztlicher Bereitschaftsdienst) zu ¼. Die Scheinkennzeichen C und L finden in der Fallzählung keine Berücksichtigung. Die KV Berlin gewährleistet, dass die Fallzählung für das Jahr 2011 dem Verfahren entspricht, das der Neuberechnung der Richtgrößen im Jahre 2002 zugrunde gelegt wurde.
- (3) Bei der Ermittlung der Richtgrößenüberschreitung nach Abs. 1 und bei der Richtgrößenprüfung werden fiktive Richtgrößen zugrunde gelegt, wenn die in den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V für das Jahr 2011 festgelegten Anpassungsfaktoren abweichend neu bewertet werden. Im Fall von Satz 1 wird anstelle der in den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V für das Jahr 2011 genannten Anpassung in Höhe von + 1,5 % der saldierte Wert der abweichend neu bewerteten Anpassungsfaktoren bei der Berechnung der fiktiven Richtgrößen zugrunde gelegt. Wenn die so berechneten fiktiven Richtgrößen höher sind als die vereinbarten Richtgrößen dann sind die fiktiven Richtgrößen Basis für die Wirtschaftlichkeitsprüfung, ansonsten die vereinbarten Richtgrößen.

§ 6

Basis für das Jahr 2012

Die fiktiven Richtgrößen 2011 stellen die Basis für die für das Jahr 2012 zu ermittelnden Richtgrößen dar, sofern sich die Vertragspartner auf eine lineare Weiterentwicklung der Richtgrößen 2011 für das Jahr 2012 verständigen.

§ 7

Geltungszeitraum, Anschlussvereinbarung

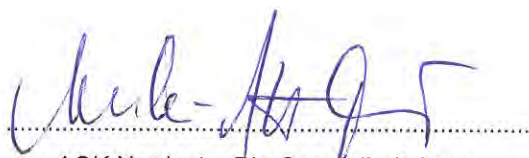
- (1) Diese Vereinbarung gilt für die in dem Jahr 2011 ausgestellten Verordnungen für Heilmittel.
- (2) Die Vertragspartner nehmen spätestens im September 2011 Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung für das Jahr 2012 mit dem Ziel auf, diese fristgemäß bis zum 15.11.2011 abzuschließen.

Anlagen

Berlin, den 12. AUG. 2011



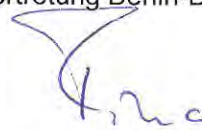
Kassennärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand



AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
zugleich handelnd für die Krankenkasse für den
Gartenbau, diese handelnd als Landesverband
für die landwirtschaftliche Krankenversicherung
in Berlin



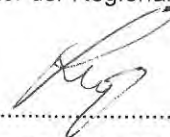
BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin-Brandenburg



BIG direkt gesund



Knappschaft
Regionaldirektion Berlin
Der Leiter der Regionaldirektion



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

Anlage 1 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2011

Richtgrößen 2011 **

Fachgruppe	KTFG - Zuordnung	Heilmittel	
		M/F	R
Anästhesie	04		
Augenärzte	05		
Chirurgen	06- 09,11,13,14	14,57€	22,86€
Gynäkologen	15-18		
HNO-Ärzte	19,20	2,30€	1,93€
Hautärzte	21		
Internisten - hausärztlich	03	3,97€	10,81€
Internisten - fachärztlich	23-29,31-33	2,77€	5,07€
Kinderärzte	34-46	14,03€	14,03€
Lungenärzte	30		
MKG-Chirurgen	50		
Nervenärzte	51,53	13,57€	35,92€
Neurochirurgen - niedergelassen	52 (niedergelassen)		
Neurochirurgen - ermächtigt	52 (ermächtigt)		
Orthopäden	10,12	39,16€	43,98€
Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	57		
Allgemeinmediziner / Praktiker	01,02	6,56€	17,33€
Psychiater	58,59		
Kinder- und Jugendpsychiater	47		
Ärztliche Psychotherapeuten	60,61		
Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte*	def. Ärzte (s.u.)		
Urologen	67		

* Ärzte mit einem Leistungsbedarfsanteil aus Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM von 60 % bis 89,99 %

** Es gilt § 5 Abs. 3 der Vereinbarung

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2011

Die Verordnungskosten, die auf die in dieser Anlage genannten Praxisbesonderheiten entfallen, werden von der Prüfungsstelle und dem Beschwerdeausschuss in dem Umfang als Praxisbesonderheit berücksichtigt, wie sie von der Heilmittelauswahl, dem Preis und der Menge dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen. Dies schließt die Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien einschließlich der Vorgaben des Heilmittelkataloges des Gemeinsamen Bundesausschusses ein. Ein Abzug der entsprechenden Verordnungskosten erfolgt ab dem ersten Behandlungsfall.

Katalog der Praxisbesonderheiten:

1. Physiotherapie bei:
 - a. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises
 - b. Onkologischen Erkrankungen
 - c. Multipler Sklerose
 - d. Mukoviszidose
 - e. Heilmittel im Zusammenhang mit ambulanten Operationen

2. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

3. Ergotherapie