

Anlage 4/I

zur Prüfvereinbarung gem. § 106 Abs. 3 SGB V vom 12. Juni 2008

Die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

und

die AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

der BKK LANDESVERBAND SÜD, Regionaldirektion Hessen

die IKK CLASSIC

die SOZIALVERSICHERUNG für LANDWIRTSCHAFT, FORSTEN und GARTENBAU
(SVLFG) als LANDWIRTSCHAFTLICHE KRANKENKASSE

die KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

die ERSATZKASSEN

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

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

VERBAND der ERSATZKASSEN e.V. (vdek)

Vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

schließen für die Zeit ab 1. Januar 2016 folgende

Vereinbarung über die Festsetzung von altersgestaffelten Richtgrößen und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen für Heilmittel gemäß §§ 84 Abs. 6, 106 SGB V

(Richtgrößen-Vereinbarung Heilmittel):

Präambel

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Ersatzkassen vereinbaren gem. § 84 Abs. 6 SGB i.V.m. Abs. 8 SGB V zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung Richtgrößen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen damit das Ziel der Gewährleistung einer ausreichenden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung.

§ 1 Vertragsgegenstand

Gegenstand der Vereinbarung ist die Festsetzung einheitlicher arztgruppenspezifischer altersgestaffelter Richtgrößen für das Volumen der je Vertragsarzt zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordneten Heilmittel (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Podologie) und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen. Dabei sind - soweit nachfolgend keine abweichenden Regelungen getroffen werden - die in den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Grundsätze zu berücksichtigen.

Die Übernahme von Änderungen oder Ergänzungen der Rahmenvorgaben wird einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern geregelt.

§ 2 Art und Höhe der Richtgrößen

Für die im **Anhang 1** genannten **Arztgruppen/Teilgebiete** werden unter Berücksichtigung der Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 i.V.m. Abs. 8 SGB V die ebenfalls aus dem Anhang 1 ersichtlichen **altersgestaffelten Richtgrößen** je Behandlungsfall, getrennt nach den Altersgruppen der Bundesrahmenvorgabe 2002 festgesetzt:

AG 1	0 – 15 Jahre
AG 2	16 – 49 Jahre
AG 3	50 – 64 Jahre
AG 4	über 65 Jahre

Abweichend hiervon beinhaltet die AG 2 für die Facharztgruppen „Kinderärzte“ und „Kinder- und Jugendpsychiater“ die Altersstaffelung 16 – 21 Jahre; zudem entfallen für die genannten Facharztgruppen die AG 3 und die AG 4.

§ 3 Bekanntgabe der Richtgrößen

Die hessischen Vertragsärzte werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen unverzüglich nach Abschluss dieser Vereinbarung und jeweils vor dem Wirksamwerden etwaiger Änderungen über Höhe und Wirkung der Richtgrößen informiert. Die Kassenärztliche Vereinigung wird die hessischen Vertragsärzte zu einem Ordnungsverhalten anhalten, das die Einhaltung der Richtgrößen gewährleisten soll.

§ 4 Richtgrößenprüfung

Prüfgegenstand der arztbezogenen Richtgrößenprüfung ist die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise bei Überschreitung der festgesetzten Richtgrößen je Behandlungsfall und je Altersgruppe.

§ 5 Feststellung der veranlassten Ausgaben und der Richtgrößensummen

Die Vertragspartner stellen der Prüfungsstelle die Daten für die Verordnungen von Heilmitteln auf maschinell verwertbaren Datenträgern nach Maßgabe der Anlage 3 zur Prüfvereinbarung zur Verfügung.

Die Prüfungsstelle ermittelt für jeden hessischen Vertragsarzt die Richtgrößensumme, die sich aus der Multiplikation der altersgruppenspezifischen Richtgröße für die Arztgruppe mit der Fallzahl dieses Vertragsarztes für die jeweilige Altersgruppe ergibt. Das Nähere regelt die Anlage 3 zur Prüfvereinbarung.

§ 6 Verfahren bei Überschreitung der Richtgrößen

- (1) Beratungen nach § 106 Abs. 1a SGB V werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v.H. (Prüfungsvolumen) überschreitet und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (§ 106 Abs. 5a SGB V). Einzelheiten werden in der Anlage 6 zur Prüfvereinbarung geregelt.
- (2) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v. H. hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Der **Berechnungsmodus** zur Feststellung einer möglichen Überschreitung einer Richtgröße durch den Vertragsarzt ergibt sich aus **Anhang 2** bzw. aus der Ergänzung von Anhang 1 der Anlage 4/I und Anlage 4/II zur Prüfvereinbarung.
- (3) Stellt die Prüfungsstelle eine über die vorgenannten Interventionsgrenzen hinausgehende Überschreitung der für den Vertragsarzt geltenden Richtgrößensumme fest, die nicht durch bereits bekannte Praxisbesonderheiten erklärbar ist, wird dem Vertragsarzt Gelegenheit gegeben, 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.
- (4) Praxisbesonderheiten sind dann zu berücksichtigen, wenn besondere Erkrankungen zu versorgen waren, die der Art und/oder der Anzahl nach von den Erkrankungen abweichen, die üblicherweise in Praxen der entsprechenden Fachgruppe vorkommen.

Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist dabei auf die – unter Berücksichtigung der Preise und der Verordnungsmenge – wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Der Arzt trägt die Darlegungs-, Beweis- und Feststellungslast für Praxisbesonderheiten. Gegebenenfalls ist auch ein im Verhältnis zur Fachgruppe abweichender Anteil zuzahlungsbefreier Patienten sowie die hohe Verordnungstiefe von Hausärzten in ländlichen Regionen zu berücksichtigen.

§ 7

Feststellung des zu erstattenden Mehraufwandes

- (1) Bei der Feststellung der sich im Falle des § 6 Abs. 2 dieser Vereinbarung ergebenden Ausgleichsverpflichtung sind die veranlassten Nettoausgaben des Vertragsarztes, ggf. getrennt nach den unter § 2 Abs. 2 genannten Altersgruppen, um die Nettokosten der von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten zu vermindern. Die **Ausgleichsverpflichtung** nach Satz 1 ergibt sich aus dem Berechnungsmodus gem. **Anhang 2** zu dieser Vereinbarung.
- (2) Soweit ärztlich verordnete Leistungen des einzelnen Vertragsarztes bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, werden für diese Quartale Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt; bereits laufende Verfahren für die entsprechenden Quartale werden eingestellt.
- (3) Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen nach §§ 6 und 7 dieser Vereinbarung auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann (§ 106 Abs. 5 a Satz 4 SGB V).
- (4) Eine gegen einen Vertragsarzt festgesetzte Regresssumme wird durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gem. § 106 Abs. 5 c Satz 4 und 5 SGB V eingezogen.
- (5) Überschreitungen der für Heilmittel vorgesehenen Richtgrößen können durch Unterschreitungen der Arzneimittelrichtgrößen kompensiert werden und umgekehrt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 12 Abs. 9 Nr. 3 der Prüfvereinbarung.
- (6) Soweit diese Vereinbarung Regelungen für die Prüfungsstelle enthält, gelten diese auch für den Beschwerdeausschuss. Im Übrigen sind die Bestimmungen der Prüfvereinbarung gem. § 106 SGB V entsprechend anzuwenden, soweit vorstehend nichts Abweichendes geregelt ist.
- (7) Regressbeträge nach Abs. 1 werden betragsmäßig in den gesamtvertraglichen Regelungen gem. § 84 Abs. 3 SGB V berücksichtigt.

§ 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.

Im Falle der Vereinbarung weiterer neuer Versorgungsformen, des Abschlusses von Verträgen außerhalb des Kollektivvertragssystems (z. B. Disease-Management-Programme) o. ä. sowie insbesondere bei Änderungen der Heilmittel-Richtlinien oder der Änderung/Aufhebung anderer Vertragsverhältnisse, die die vorliegende Richtgrößenvereinbarung tangieren, verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich über eine Anpassung dieser Vereinbarung.

§ 9 Inkrafttreten und Kündigung

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2016 in Kraft und löst die bisherige Richtgrößenvereinbarung/Heilmittel vom 19. Dezember 2008 ab.

Grundlage für diese Vereinbarung sind §§ 84 und 106 SGB V in der jeweils geltenden Fassung.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN


AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....
BKK LANDESVERBAND SÜD

.....
IKK CLASSIC

.....
SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT,
FORSTEN und GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

.....

VERBAND DER ERSATZKASSEN e.V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

.....

Anhang 1 zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel für das Jahr 2016

Im Bundesland Hessen gelten die auf der Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund und den Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bundesweit geltenden Praxisbesonderheiten nach der Anlage 1 der Vereinbarung der Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln.

Als weitere Praxisbesonderheiten gelten die im Rahmen der komplexen Frühförderung gem. § 30 SGB IX verordneten Heilmittel (Merkmal: Angabe der Pseudo-Ziffer 98544 sowie Förder- und Behandlungsplan der Frühförderstelle) unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinie und deren Anlagen in der jeweils gültigen Fassung. Sollten Heilmittel nach Indikationsschlüssel lt. Anlage 1 der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der komplexen Frühförderung verordnet werden, wird die Praxisbesonderheit nur einmal berücksichtigt.

Für die Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V werden ab dem 01.01.2016 die nachstehend aufgeführten Richtgrößenwerte für Heilmittel je abgerechneten Behandlungsfall, aufgeteilt auf die Altersgruppen 0 – 15, 16 – 49, 50 – 64 und die Altersgruppen über 65 zugrunde gelegt. Ausgenommen hiervon sind die Facharztgruppen „Kinderärzte“ sowie „Kinder- und Jugendpsychiater“. Hier werden Richtgrößenwerte nur für die Altersgruppen 0 – 15 sowie 16 – 21 gebildet.

Die altersgestaffelten Richtgrößenwerte werden basiswirksam auf das Jahr 2013 berechnet und wie folgt angepasst:

2014: 0 %

2015: 0 %

2016: 5,6 %

Die Aufteilung der Altersgruppen ist in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Facharztgruppen	AG 1 0 – 15 Jahre	AG 2 16 – 49 Jahre	AG 3 50 – 64 Jahre	AG 4 über 65 Jahre
Ärzte für Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte	7,32 €	5,34 €	10,51 €	16,69 €
Anästhesisten	0,08 €	1,73 €	3,54 €	2,28 €
Schmerztherapeuten (nur VFG/VGT 11-0)	10,39 €	13,38 €	14,50 €	13,17 €
Chirurgen	10,07 €	12,79 €	21,40 €	24,03 €
Frauenärzte	0,01 €	0,43 €	4,11 €	9,12 €
Hautärzte	0,05 €	2,65 €	8,13 €	6,44 €
HNO-Ärzte	12,60 €	2,35 €	3,01 €	2,33 €
Internisten mit fachärztlicher Tätigkeit (ohne Schwerpunkt) FG=8, VFG = 33	1,36 €	1,28 €	2,12 €	3,30 €

Facharztgruppen	AG 1 0 – 15 Jahre	AG 2 16 – 49 Jahre	AG 3 50 – 64 Jahre	AG 4 über 65 Jahre
Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit	4,78 €	4,02 €	7,68 €	12,55 €
Internisten mit SP Angiologie	7,10 €	9,21 €	9,55 €	6,83 €
Internisten mit SP Gastroenterologie	0,11 €	0,14 €	0,22 €	0,59 €
Internisten mit Kardiologie	0,56 €	0,29 €	0,23 €	0,32 €
Internisten mit Lungen- u. Bronchialheilkunde / Lungenärzte	- €	0,45 €	0,61 €	0,84 €
Internisten mit Nephrologie	1,26 €	1,28 €	1,73 €	1,79 €
Internisten m. Rheumatologie	64,74 €	12,25 €	13,93 €	13,02 €
Kinderärzte ¹	19,35 €	15,88 €	entfällt	entfällt
Kinder- und Jugendpsychiater ²	24,12 €	2,40 €	entfällt	entfällt
Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgen	0,60 €	1,67 €	1,22 €	2,16 €
Neurochirurgen	9,55 €	28,22 €	30,14 €	30,98 €
Neurologen	12,92 €	21,84 €	31,54 €	36,05 €
Nervenärzte, Neurologen und Psychiater (Doppelzulassung)	6,33 €	7,65 €	11,59 €	21,51 €
Nuklearmediziner	0,24 €	0,02 €	0,03 €	0,03 €
Orthopäden	19,09 €	26,85 €	32,30 €	37,34 €
Vollzugel. Ärzte f. Physikalische/Rehabilitative Medizin	20,87 €	23,29 €	29,83 €	37,61 €
Ärztliche Psychotherapeuten/Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	2,91 €	0,28 €	0,37 €	0,97 €

¹ Für Kinderärzte entfällt die Richtgröße für die AG 3 und 4. Die AG 2 bezieht sich auf das Alter 16-21 Jahre.

² Für Kinder- und Jugendpsychiater entfällt die Richtgröße für die AG 3 und 4. Die AG 2 bezieht sich auf das Alter 16-21 Jahre.

Facharztgruppen	AG 1 0 – 15 Jahre	AG 2 16 – 49 Jahre	AG 3 50 – 64 Jahre	AG 4 über 65 Jahre
Psychiater (alle) vollzugel. FG= 210, 211, VFG = 69	2,84 €	1,86 €	2,35 €	8,49 €
Urologen	0,24 €	0,12 €	0,32 €	0,29 €

Entsprechend der Empfehlungen der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V werden die Vertragspartner in Hessen gemeinsam prüfen, ob eine arztbezogene Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel auf der Grundlage vereinbarter Versorgungsziele als Ablösung der Richtgrößenprüfung erfolgen kann.

Dieser **Anhang 1** ist Bestandteil der geänderten Richtgrößenvereinbarung vom 11. Dezember 2015.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN



AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....

BKK LANDESVERBAND SÜD

.....

IKK CLASSIC

.....

SOZIALVERSICHERUNG FÜR LANDWIRTSCHAFT,
FORSTEN UND GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

.....

VERBAND DER ERSATZKASSEN e.V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

.....

Anhang 2 zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel vom 19. Dezember 2008 in der Fassung vom 11. Dezember 2015

Berechnungsmodus zur Feststellung von Überschreitung der Richtgrößensummen

1. Anlass zum Prüfverfahren (Aufgreifkriterium)

1.1 Ermittlung der Richtgrößensummen des Vertragsarztes (brutto)

Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe 1	= Richtgrößensumme (0 - 15)
Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe 2	= Richtgrößensumme (16 - 49)
Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe 3	= Richtgrößensumme (50 - 64)
Fallzahl/Altersgruppe x Richtgrößen/Altersgruppe 4	= Richtgrößensumme (über 65)

Richtgrößensumme gesamt = Richtgrößensumme (AG 1) + Richtgrößensumme (AG 2) + Richtgrößensumme (AG 3) + Richtgrößensumme (AG 4)

1.2 Feststellung der veranlassten Brutto-Ausgaben

Näheres hierzu regelt Anlage 3 der Prüfvereinbarung.

1.3 Feststellung der Prüfauffälligkeit

$[(\text{Brutto-Ausgaben nach 1.2}) : (\text{Richtgrößensumme nach 1.1}) \times 100] \text{ } \text{./.} \text{ } 100$
= Prüfquote 1 (in %)

Prüfquote 1 bis 25 % für Heilmittel: Kein formaler Prüfbedarf, ab 15 % Beratung

Prüfquote 1 über 25% für Heilmittel: weitergehende Prüfung

2. Weitergehende Prüfung auf Unwirtschaftlichkeit

2.1 Berücksichtigung individueller Versorgungsverhältnisse

Brutto - Ausgaben nach 1.2

abzgl. von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten anerkannte Verordnungskosten entsprechend § 6 Abs. 3 und 4 dieser Vereinbarung

= bereinigte Brutto - Ausgaben

2.2 Feststellungen auf Einhaltung oder Überschreitung der Richtgröße(n)

$[(\text{bereinigte Brutto-Ausgaben nach 2.1}) : (\text{Richtgrößensumme nach 1.1}) \times 100] \text{ } \text{./.} \text{ } 100$
= Prüfquote 2 (in %)

Prüfquote 2 bis 25 % für Heilmittel.: kein pauschalierter Regress

Prüfquote 2 über 25 % für Heilmittel: regresspflichtige Unwirtschaftlichkeit in der Höhe der 25 % für Heilmittel übersteigenden Überschreitung

3. Pauschalierte Festsetzung des Regressbetrages

3.1 Ermittlung der veranlassten und anerkannten Netto-Ausgaben

Bruttoausgaben nach 1.2

abzgl. arztbezogen übermittelte Zuzahlungen

= Netto-Ausgaben

Näheres regelt Anlage 3 zur Prüfvereinbarung.

3.2. Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheiten

¹ Für Kinderärzte sowie für Kinder- und Jugendpsychiater entfällt die Richtgröße für die AG 3 und 4. Die AG 2 bezieht sich auf das Alter 16 – 21 Jahre.

Nettoausgaben nach 3.1.

Abzüglich von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheit anerkannte Verordnungskosten (Netto-Betrag)

= bereinigte Nettoausgaben

3.3. Feststellung des regresspflichtigen Überschreibungsbetrages

Σ (bereinigte Nettoausgaben nach 3.2.)

: (Prüfquote 2 nach 2.2 + 100) Σ

X (Prüfquote 2 nach 2.2 in % ./ 25 % - Punkte für Heilmittel)

= Regressbetrag

Dieser Anhang 2 ist Bestandteil der Richtgrößenvereinbarung vom 19. Dezember 2008 in der Fassung vom 11. Dezember 2015.

Bad Homburg, Dresden, Frankfurt am Main, Kassel, den 11. Dezember 2015

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

VEREINIGUNG
HESSEN

AOK - DIE GESUNDHEITSKASSE IN HESSEN

.....
BKK LANDESVERBAND SÜD

.....
IKK CLASSIC

.....
SOZIALVERSICHERUNG für LANDWIRTSCHAFT,
FORSTEN und GARTENBAU (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt

.....

VERBAND DER ERSATZKASSEN e.V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung Hessen

.....