

Anlage 1b - Richtgrößen für Heilmittel 2012

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen (Prüfungszeitraum 01.01.2012 bis 31.12.2012)

§ 1 - Ermittlung der Richtgrößen Heilmittel

- (1) Zur Ermittlung des Richtgrößenvolumens wird das Ausgabenvolumen Heilmittel der Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2012 unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung angepasst. Die Arztgruppen, die eine Richtgrößengruppe haben und die Richtgrößen sind in der Anlage A zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2012 aufgeführt.
- (2) Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die Zahlenbasis der Quartale I/07 bis IV/07 (?????????) unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfallzahlen. Überweisungen zu Auftragsleistungen (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht berücksichtigt.

§ 2 - Information der Arztpraxen

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KVH über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Heilmittel stellen die Krankenkassen/-verbände die vorläufigen Verordnungskosten im Rahmen einer standardisierten arztbezogenen Heilmittel-Frühinformation („GKV-HIS-Arzt“) als ungeprüfte Quartalsberichte entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogenen Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung.
- (2) Die Daten nach Absatz 1 sollen in erster Linie der Arztpraxis als Hilfestellung dienen, ihr Heilmittelverordnungsverhalten zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Datenlieferung nach § 3. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 3 - Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen/-verbände übermitteln der Prüfungsstelle Mitte bis Ende des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats – nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Rechenzentren abgerechneten Kosten - das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:
 - Betriebsstättennummer
 - Arztnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der Verordnungsblätter

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2012 fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen/-verbänden. Die KVH übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen, getrennt nach M, F und R an die Prüfungsstelle.

- (2) Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen der Arztpraxis im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.
- (3) Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KVH auf Datenträger eine arztpraxisbezogene (Honorareinheit) Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in Euro insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen - getrennt nach Überweisungen zu Auftragsleistungen (Zielaufträge) und Überweisungen zu Konsiliaruntersuchungen einerseits und übrigen Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle im Quartal abrechnenden Arztpraxen.

§ 4 - Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

- (1) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen der Arztpraxis innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen der Arztpraxis die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf potenzielle Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 2 und 3 entfallen.
- (2) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Arztpraxen übermitteln die Krankenkassen/-verbände der Prüfungsstelle Mitte bis Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Arztpraxen auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen der betreffenden Arztpraxis. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen/-verbänden.
- (3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen/-verbände der Prüfungsstelle Mitte bis Ende des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle Hamburger Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen der betreffenden Arztpraxis.
- (4) Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zur Verfügung:
 - Betriebsstättennummer
 - Arztnummer
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in EURO
 - Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach M/F und R sowie in der Gesamtzusammenfassung
 - Die ermittelten Richtgrößensummen in EURO
 - Die veranlassten Ausgaben der Betriebsstätte brutto und netto (EURO)
 - Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
 - Die von den Krankenkassen/-verbänden nach Abs. 2 erhaltenen Übersichten

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage B zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2012 fest.

§ 5 - Praxisbesonderheiten

(1) Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Beachtung der §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinien begrenzt.

(2) Die Prüfungsstelle hat sämtliche auf nachfolgende Indikationen (gemäß Anlage C zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2012) entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

Therapie

3.1 Maßnahmen der Ergotherapie

3.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne Manuelle Lymphdrainage (MLD)

3.4 Manuelle Lymphdrainage (MLD)

bei folgenden Indikationen :

Indikationen

Zu 3.1 bis 3.3 für Kinder und Jugendliche bei folgenden Indikationen:

- Hemiparesen, spastische Di- oder Tetraplegie
- Komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G 10, G 11, G 12, G 13, G 80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolisch bzw. muskuläre Systemerkrankungen
- Schwere /tiefgreifende Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F 80.0 bis F 80.3, F 82, F 83, F 84
- Erworbene oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung, Mehrfachbehinderung
- Palliativmedizinische Betreuung

Zu 3.3. für Kinder und Jugendliche bei folgender Indikation:

- Mukoviszidose

Zu 3.1 bis 3.3 für erwachsene Patienten bei folgenden Indikationen:

- Angeborene oder erworbene Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z.B. Zentralparesen, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
- Schwere neurologische Erkrankungen wie z.B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS), Wachkompatienten, Multiple Sklerose, M.Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G 20.1, G 20.2, G 21, Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis

Zu 3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.554, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist

auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

Zu 3.3 und 3.4 Maßnahmen der Physikalischen Therapie und manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen

Zu 3.4 Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung.

Maßnahmen der manuellen Lymphdrainagen für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

- (2) Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar - zu berücksichtigen, wenn die Arztpraxis nachweist, dass sie der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt der zu prüfenden Arztpraxis.
- (3) Die in ein Prüfverfahren einbezogene Arztpraxis erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach dem Absatz 2 hat die Arztpraxis anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Heilmitteltherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für von der Arztpraxis gesehene Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 3 hat diese darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er
- Welche Heilmitteltherapien
 - Mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall

veranlasst hat.

§ 6 - Entscheidungen der Prüfungsstelle

- (1) Die Prüfungsstelle kann auf die Durchführung des Prüfverfahrens verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet sind (Vorab-Prüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25 % überschritten wird.
- (2) Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfungsbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.
- (3) Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen der Arztpraxis einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-) Verordnungskosten der Arztpraxis die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfungsvereinbarung.