

4. Nachtrag vom 12.12.2018 zur Prüfvereinbarung vom 14.12.2016

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes
Frau Dr. med. Annette Rommel
(im Folgenden „KVT“ genannt)

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch
Frau Andrea Spitzer
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- IKK classic
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

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 Thüringen

Die Vertragspartner sind sich einig, die Prüfvereinbarung mit Wirkung ab 01.01.2018 wie folgt anzupassen:

1. Die bisherige „Anlage 1 Teil B – Heilmittel: Bereich Richtgrößenprüfung“ wird durch die nachfolgende „Anlage 1 Teil B – Heilmittel: Bereich Richtgrößenprüfung“ ersetzt. Die überarbeitete „Anlage 1 Teil B – Heilmittel: Bereich Richtgrößenprüfung“ ist als Anhang zu diesem 4. Nachtrag beigefügt. Sie ist gültig ab der Richtgrößenprüfung für Heilmittel 2018.
2. Die Anlagen 1.2 und 1.2.a gelten auch für Prüfungen nach Anlage 1 Teil B – Heilmittel ab dem Verordnungsjahr 2018.

Anhang

- Anlage 1 Teil B – Heilmittel: Bereich Heilmittelprüfung
in seiner geänderten Fassung

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den 12.12.2018

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG), als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlage 1 Teil B – Heilmittel: Bereich Richtgrößenprüfung

Ab dem Verordnungsjahr 2018 wird als Vereinbarung gemäß §106b Abs. 1 SGB V eine statistische Auffälligkeitsprüfung für Heilmittel nach Richtgrößen durchgeführt. Die Vorgaben aus der jeweils gültigen Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung, der jeweils gültigen Heilmittelvereinbarung sowie die Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

- (1) Die statistischen Auffälligkeitsprüfungen sind für den Zeitraum eines Jahres durchzuführen. Sie sollen für nicht mehr als 5 v. H. der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden.
- (2) Die Prüfungsstelle bestimmt diejenigen Ärzte, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. überschritten haben und führt zunächst im Rahmen der Vorabprüfung eine Prüfung der Einhaltung der Zielwerte gemäß der Zielvereinbarung in der Heilmittelvereinbarung durch. Die Zielwerte errechnen sich in der Regel auf Basis der Gesamtsummenwerte inklusive besonderer Ordnungsbedarfe (im Weiteren bVb genannt)/Praxisbesonderheiten der Prüfgruppe als Quotient aus den betrachteten Zielheilmitteln und den entsprechenden Heilmitteln insgesamt im jeweiligen Ziel.

Bei Einhaltung eines Zielwertes gemäß der jeweils gültigen Zielvereinbarung durch den Vertragsarzt wird vor Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens die Auffälligkeitssgrenze von 25 v. H. bei erreichtem Ziel Physiotherapie um 6 v. H. sowie bei erreichten Zielen Logopädie und Ergotherapie um je 3 v. H. (im Weiteren als prozentualer Aufschlag bezeichnet) erhöht.

Diese Erhöhung wird nicht vorgenommen, wenn seitens der Prüfungsstelle begründete Zweifel an der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen trotz Einhaltung des Zielwertes bestehen (z. B. bei unwirtschaftlicher Mengenausweitung lediglich zum Zwecke der Zielerreichung).

Inhalt der Vorabprüfung ist die Anerkennung folgender bVb/Praxisbesonderheiten, soweit die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen:

- Anlage 1.2 (Bundesweite besondere Ordnungsbedarfe gemäß Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung) der Prüfvereinbarung
- Anlage 1.2a (landesspezifische bVb/Praxisbesonderheiten für Heilmittel) der Prüfvereinbarung.

Eine darüber hinausgehende Berücksichtigung von individuellen bVb/Praxisbesonderheiten kann im Prüfverfahren durch den Arzt beantragt werden.

Außerdem können anerkannte bVb/Praxisbesonderheiten aus den unmittelbar vorangegangenen Prüfzeiträumen von der Prüfungsstelle berücksichtigt werden.

Übersteigt das Verordnungsvolumen eines Vertragsarztes im Prüfungszeitraum das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 v. H. und geht die Prüfungsstelle nicht davon aus, dass diese Überschreitung in vollem Umfang durch bVb/Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung), berät die Prüfungsstelle den Vertragsarzt über Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, insbesondere zur Einhaltung der Zielquoten. Die Beratung soll innerhalb von 3 Monaten nach Feststellung erfolgen. Grundlage der Beratungen sind Übersichten über die vom Vertragsarzt im Prüfzeitraum verordneten Leistungen. Ergänzende aktuelle Unterlagen können hinzugezogen werden.

- (3) Vor der Feststellung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens (Soll) sollen die Auswirkungen von Verträgen nach § 73b oder § 140a SGB V in der Richtgrößenprüfung berücksichtigt werden.
- (4) Verordnungen von Heilmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a SGB V unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Derartige Kosten werden entweder durch die Krankenkassen der Prüfungsstelle gemeldet oder die Verordnungskosten um diese Kosten beim jeweiligen Arzt vor Lieferung der Daten an die Prüfungsstelle durch die Krankenkassen bereinigt.
- (5) Soweit Heilmittel bei der Berechnung der Richtgrößen für den Prüfzeitraum in der Richtgrößenvereinbarung ausgeschlossen wurden, sind deren Kosten vor der Feststellung des Überschreitungsvolumens beim einzelnen Vertragsarzt in Abzug zu bringen.
- (6) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist auch die Einhaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu prüfen.
- (7) Im Rahmen der Richtgrößenprüfung ist zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der bVb/Praxisbesonderheiten die Anlehnung an die Kostenstruktur der Vergleichsgruppe zulässig, soweit andere vergleichende Methoden nicht zur Verfügung stehen oder bekannt sind.
- (8) Die Prüfungsstelle hat den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme darüber in Kenntnis zu setzen, welche bVb/Praxisbesonderheiten im Rahmen der Vorabprüfung berücksichtigt wurden und in welcher Weise dies erfolgte. Weiterhin hat die Prüfungsstelle den Vertragsarzt im Rahmen der Aufforderung zur Stellungnahme auch darüber in Kenntnis zu setzen, aus welchen Gründen die Erhöhung der Auffälligkeitsschwelle bei der Prüfung der Einhaltung der Zielwerte nicht vorgenommen wurde und welche Auffälligkeitsschwelle für ihn im Falle der Einhaltung der Zielwerte maßgebend ist.
- (9) Die durch den Vertragsarzt geltend gemachten bVb/Praxisbesonderheiten sind zu begründen. Eine Anerkennung von bVb/Praxisbesonderheiten kann nur durch die Prüfungseinrichtungen erfolgen. bVb/Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe nach der aktuellen Richtgrößenvereinbarung von der Art oder dem Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert. Zusätzlich kann auch eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur der Versicherten bewertet und die Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen bei Heilmitteln bestimmt werden.

Die Prüfung und Anerkennung der nachgewiesenen Mehrkosten für Verordnungen im Rahmen der DMP, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entstanden sind, erfolgt durch die Prüfungseinrichtungen. Diese sind als bVb/Praxisbesonderheiten zu werten. Mehrkosten bei zulässiger Mitversorgung (im Rahmen des Fachgebietes) aus anderen Fachgebieten aus Sicherstellungsbedarf können ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Quantifizierung aller durch die Prüfungseinrichtungen anerkannten bVb/Praxisbesonderheiten ist in der Regel auf die Höhe der dadurch gegenüber der Vergleichsgruppe bedingten Mehrkosten je Fall begrenzt.

Abweichend davon sind die bVb/Praxisbesonderheiten nach Anlage 2 Anhang 1 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung (Anlage 1.2 der Prüfvereinbarung) im vollen Umfang anzuerkennen, wenn die Voraussetzungen nach Anlage 2 Anhang 1 der Rahmenvorgaben vorliegen und die Vorgaben nach Anlage 2 § 3 Abs. 1 Rahmenvorgabe nach § 106b Abs. 2 SGB V erfüllt sind.

Die Vertragspartner kommen überein, die Anlage 1.2a jährlich zu aktualisieren.

Die Prüfungsstelle kann stichprobenartig die als bVb/Praxisbesonderheit gekennzeichneten Verordnungen auf Plausibilität und Indikationsgerechtigkeit prüfen.

- (10) Soweit erstmalig im Ergebnis der Richtgrößenprüfung unbegründeter Mehraufwand größer 25 v. H. des Richtgrößenvolumens (Soll) festgestellt wurde, wird über das Verfahren ein Bescheid erstellt, eine Nachforderung jedoch nicht festgesetzt. Die Feststellung unbegründeten Mehraufwandes nach Berücksichtigung von bVb/Praxisbesonderheit größer 25 v. H. in der Richtgrößenprüfung erfolgt durch die Prüfungsgremien. Für Ärzte, die ein oder mehrere Ziele erfüllt haben, erhöht sich der Wert von 25 v. H. um den prozentualen Aufschlag pro erreichtem Ziel.

Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 v. H. zuzüglich des prozentualen Aufschlags pro erreichtem Ziel nach Anerkennung der bVb/Praxisbesonderheiten wird die betroffene Praxis nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V individuell beraten.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt vor, wenn bisher:

- weder eine individuelle Beratung des Arztes nach § 106b Abs. 2 Satz 3, 1. Halbsatz SGB V erfolgt ist bzw. als erfolgt gilt,
- noch eine „Nachforderung“ (Erstattung des Mehraufwandes im Sinne des § 106 Abs. 5a SGB V in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung) oder Beratung nach § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung erfolgt ist.

Eine erstmalige Auffälligkeit liegt auch vor, wenn eine individuelle Beratung nach Abs. 10 Satz 4 oder § 106 Abs. 5e SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung), oder eine „Nachforderung“ nach § 106 SGB V (in der bis 31.12.2016 gültigen Fassung) länger als 5 Jahre nach formeller Bestandskraft der zuletzt festgesetzten Maßnahme zurückliegen.

Die individuelle Beratung als Maßnahme nach § 106b Abs. 2 Satz 3 SGB V gilt als nicht erfolgt, wenn der Bescheid, mit dem die Beratung festgesetzt wurde, rechtskräftig aufgehoben wurde.

Die individuelle Beratung kann frühestens mit Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides erfolgen. Sie soll spätestens 6 Monate nach Eintritt der Vollziehbarkeit des Prüfbescheides durchgeführt worden sein.

Die Durchführung und die Inhalte der individuellen Beratung sind zu dokumentieren.

Die individuelle Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden mündlichen Beratung innerhalb von 3 Monaten nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Die schriftliche individuelle Beratung gilt mit Zustellung des Dokumentes zur schriftlichen Beratung als erfolgt. Für die Feststellung des Prüfzeitraumes nach einer Beratung ist der Zeitpunkt der Zustellung der schriftlichen Beratung maßgeblich.

Die individuelle Beratung hat fachlich qualifiziert zu erfolgen. Die Beratung über Fragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualität der Versorgung wird durch die Prüfungsstelle allein oder gemeinsam mit von ihr hinzugezogenen beratenden Ärzten durchgeführt. Die Entscheidung trifft die Prüfungsstelle. Beratende Ärzte sind durch die Vertragspartner

benannte Ärzte. Die jeweilige Koordination obliegt der Prüfungsstelle. Interessenskonflikte sind zu vermeiden.

Im Rahmen der individuellen Beratung können Ärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von bVb/Praxisbesonderheiten beantragen. Ein begründeter Fall liegt z. B. vor, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung einer Maßnahme droht.

Die Inhalte und der Hergang der mündlichen Beratung sind zu protokollieren. Im Protokoll werden mindestens folgende Sachverhalte festgehalten:

- Benennung der vom Arzt zusätzlich beantragten bVb/Praxisbesonderheiten
- Benennung der Einsparmöglichkeiten (Wirtschaftlichkeitsreserven) auf Basis der getroffenen Entscheidung
- Aufnahme und Bewertung der vom Arzt abgegebenen Erwiderungen/Begründungen zu den benannten Einsparmöglichkeiten
- Auseinandersetzung zum Erfüllungsstand der vereinbarten Zielquoten.

Das Protokoll ist dem betroffenen Arzt, der KVT und den Verbänden der Krankenkassen innerhalb eines Monats zur Verfügung zu stellen. In Folgeverfahren sind von der Prüfungsstelle bzw. vom Beschwerdeausschuss das Protokoll und ggf. die Dokumentation in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Die Prüfungsstelle prüft, ob der Prüfbescheid mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen wird, wenn der Arzt und der die Beratung Durchführende im Rahmen der Beratung übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass eine Festsetzung der Beratung nicht hätte erfolgen dürfen.

Eine weitere Maßnahme im Rahmen einer statistischen Prüfung kann erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat. Ist die Abwesenheit des Arztes unverschuldet, wird ein neuer Termin vereinbart. Eine weitere Maßnahme kann eine Verpflichtung zur Fortbildung oder Schulung sein. Die Prüfungsstelle nach § 106 c SGB V setzt die weiteren Maßnahmen fest.

Die Prüfungsgremien können bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. zuzüglich des prozentualen Aufschlags pro erreichtem Ziel des Richtgrößenvolumens (Soll) Nachforderungen, erstmals für den Prüfzeitraum nach einer erfolgten individuellen Beratung in Folge erstmaliger Auffälligkeit beschließen. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt oder die Beratungstermine nicht wahrgenommen hat. Die Festsetzung eines Nachforderungsbetrages unter Beachtung des § 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 b Abs. 2 SGB V kann bei Feststellung unbegründeten Mehraufwandes größer 25 v. H. zuzüglich des prozentualen Aufschlags pro erreichtem Ziel des Richtgrößenvolumens (Soll) erfolgen.

Für die erstmalige Nachforderung in Höhe der Unwirtschaftlichkeit setzen die Prüfungseinrichtungen für die beiden ersten 2 Prüfzeiträume einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25.000 Euro fest. Vor der Festsetzung haben die Prüfungseinrichtungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinzuwirken, die eine Minderung der Nachforderung um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann.

- (11) Bei der Festsetzung einer Nachforderung ist die arztindividuelle Netto/Brutto-Quote zugrunde zu legen. Zur Festlegung des zu erstattenden Nachforderungsbetrages (netto) sind Zuzahlungen vom festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand abzuziehen. Dieses

erfolgt durch Absetzung der von den Krankenkassen übermittelten Beträge für Zuzahlungen.

- (12) Die Festsetzung einer Nachforderung muss innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraumes erfolgen.
- (13) Bezüglich der Ärzte, welche sich erstmals niederlassen bzw. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, werden in den ersten beiden möglichen Prüfzeiträumen durch die Vertragspartner geeignete Steuerungselemente (wie z. B. Niederlassungsberatung insbesondere zu Wirtschaftlichkeitszielen) festgelegt. Die vorgenannten Maßnahmen der Absätze 10 und 11 gelten nicht. Sie erhalten in den ersten beiden möglichen Prüfzeiträumen nach Beginn der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung keine Nachforderungen/Maßnahmen im Falle von festgestellten Unwirtschaftlichkeiten im Rahmen dieser Anlage. Hierzu erfolgen zunächst Beratungen durch die Vertragspartner. Die betreffenden Ärzte gelten für diese Prüfzeiträume als nicht erstmalig auffällig. Besteht die Prüfeinheit aus mehr als einem Arzt, bleiben die Verordnungen von Ärzten nach Satz 1 bei der Maßnahmenfestsetzung nach Abs. 10 und 11 unberücksichtigt. Die Verordnungen von Ärzten nach Satz 1 werden gesondert behandelt.

Anlage 1.2

Anlage 1.2a