

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), Bad Segeberg,

und

der AOK Schleswig-Holstein, Kiel,  
dem BKK-Landesverband NORD, Hamburg,  
dem IKK-Landesverband Nord, Lübeck,  
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse  
Hamburg und Schleswig-Holstein, Kiel,  
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg,  
Landesvertretung Schleswig-Holstein und  
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,  
Landesvertretung Schleswig-Holstein

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt –

wird folgende

## **Richtgrößenvereinbarung Heilmittel für das Jahr 2002**

getroffen:

### **Präambel**

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen/-verbände - im Folgenden Vertragspartner genannt - vereinbaren gemäß § 84 SGB V für die Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V einheitliche, arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Heilmittel. Hierbei handelt es sich um Bruttowerte inklusive Zuzahlungsbetrag.

### **§ 1**

#### **Richtgrößen für Heilmittel**

- (1) Die Richtgrößen gelten einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (bereichseigene und Fremdkassenfälle).

- (2) Für das Jahr 2002 bleiben die Richtgrößen differenziert nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen und Rentnern. Es wird angestrebt, die Richtgrößenbildung ab dem Jahr 2003 an der Altersstruktur der Versicherten auszurichten.

## **§ 2**

### **Festlegung der Richtgrößen**

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen für Heilmittel folgen die Vertragspartner den Rahmenvorgaben der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen.

Es wird folgendes Heilmittel-Ausgabenvolumen zu Grunde gelegt:

109.124.974 € bzw. 213.429.899 DM (Netto).

- (2) Die Vertragspartner werden bei Überschreitung des festgelegten Ausgabenvolumens auf der Grundlage gesicherter Daten bewerten, ob durch veranlasste Veränderungen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation und auf Grund der Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien weitere Konsequenzen hinsichtlich des festgelegten Ausgabenvolumens zu ziehen sind. Die Krankenkassen-/verbände werden baldmöglichst die dafür erforderlichen Daten zur Verfügung stellen.
- (3) Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung der Richtgrößen werden richtgrößenrelevante Behandlungsfälle getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern herangezogen. Richtgrößenfälle sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Arzt-/ Ersatzkassenvertrag, einschließlich Notfälle, ausschließlich Überweisungsfälle zur Durchführung von Probeuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfällen, in denen nur Kostenerstattungen des Kapitels U abgerechnet werden.
- (4) Für das Jahr 2002 werden die Richtgrößen aus dem Jahr 2000 zunächst fortgeschrieben (siehe Anlage 1) bis eine Neuberechnung gemäß § 2 Absatz 1 bis 3 erfolgen kann.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass eine abschließende Umsetzung dieser Richtgrößenvereinbarung eine Datenlage voraussetzt, welche die geänderte Verordnungslage gemäß Einführung der neuen Heilmittel-Richtlinien einbezieht.

## **§ 3**

### **Datenlieferung**

- (1) Spätestens sechs Monate nach Quartalsende sind von den Krankenkassen/ -verbänden die geprüften Verordnungsdaten - entsprechend § 3 Abs. 2 - auf maschinell verwertbaren Datenträgern arztbezogen, unter Angabe der Arztnummer, zu übermitteln.
- (2) Berechnungsgrundlage für die Richtgrößenprüfung sind die geprüften und vollständigen Heilmittelkosten. Sie werden der KVSH als Summenwerte je Vertragsarzt unter Angabe der Arztnummer auf Datenträger in folgender Form von den Krankenkassen-/verbänden zur Verfügung gestellt:

- getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern, bzw. Altersklassen, jeweils mit
  - der Summe der Bruttoausgaben,
  - der Summe der Zuzahlungen und der Anzahl der Rezepte.
- (3) Die Krankenkassen/-verbände verpflichten sich in vertragspartnerschaftlicher Verantwortung zur fristgerechten Datenlieferung.

#### **§ 4 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Vorgehensweise in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen wird entsprechend der Protokollnotiz zu diesem Vertrag geregelt und ist einschließlich § 3 dieser Vereinbarung in die neu abzuschließende Prüfvereinbarung mit zu übernehmen.

#### **§ 5 Anpassung während der Vertragslaufzeit**

Die Vertragspartner beobachten gemeinsam die Funktions- und Wirkungsweise der Vereinbarung und deren Praktikabilität. Sie verhandeln im Bedarfsfall über eine Anpassung, wenn diese auf Grund von Veränderungen in folgenden Bereichen erforderlich ist:

- Ausgabenvolumen für Heilmittel,
- Verteilungsvolumina für die Bildung von Richtgrößen,
- Richtgrößen,
- Interventionsgrenzen,
- Arzt- und Fallzahlentwicklung,
- Fachgruppeneinteilung (Vertragsärzte),
- Altersklasseneinteilung statt Versichertenstatus,
- Änderung der Gesetzeslage,
- Datenlage bzw. Datenlieferung.

#### **§ 6 Inkrafttreten und Laufzeit**

- (1) Die Vereinbarung tritt ab 01.04.2002 in Kraft und gilt bis auf weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Eine Kündigung ist frühestens zum 31.12.2002 mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende möglich.
- (3) Für alle hier nicht aufgeführten Regelungen gilt die Prüfvereinbarung zwischen den Vertragspartnern in der jeweils geltenden Fassung.

**§ 7**  
**Vorbehaltsklausel**

Dieser Vertrag steht ggf. unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung und wird nicht wirksam, bevor die Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein die ggf. erforderliche Genehmigung erteilt hat.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 18.06.02

gez. Bittmann  
Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

gez. Warsitzki  
AOK Schleswig-Holstein, Kiel

gez. Schurwanz  
BKK-Landesverband NORD, Hamburg

gez. i.V. D. Gutowski  
IKK-Landesverband NORD, Lübeck

27. Juni 02 gez. Petersen  
Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel

24. Juni 02 gez. Katzer  
Verband der Angestellten-  
Krankenkassen, Kiel

24. Juni 02 gez. Katzer  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Kiel

Bad Segeberg, den 12.06.2002

gez. Dr. Schäfer  
- Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung -

## Anlage 1

### Richtgrößen Heilmittel nach Währungsumstellung (Stand 01.01.2002\*)

<u>Fachgruppe</u>	<u>Mitglieder</u>	<u>Familienvers.</u>	<u>Rentner</u>
Anästhesisten	6,52 €	2,54 €	8,51 €
Augenärzte	0,11 €	0,03 €	0,16 €
Chirurgen	11,70 €	6,50 €	17,80 €
beteil. Chirurgen	8,82 €	4,18 €	10,29 €
Frauenärzte	0,35 €	0,33 €	1,98 €
HNO-Ärzte	0,38 €	0,13 €	0,84 €
Hautärzte	0,25 €	0,11 €	0,52 €
Internisten Stadt	4,43 €	3,66 €	10,77 €
Internisten Land	5,64 €	4,10 €	12,57 €
beteil. Internisten	2,88 €	6,31 €	5,08 €
Kinderärzte	3,92 €	7,22 €	42,01 €
Lungenärzte	1,12 €	0,48 €	2,27 €
Mund/Kieferärzte	1,34 €	0,41 €	1,10 €
Neurologen	4,50 €	3,47 €	12,87 €
Orthopäden	27,88 €	23,99 €	35,52 €
Radiologen	0,40 €	0,21 €	1,57 €
Urologen	0,39 €	0,23 €	0,49 €
Kardiologen	1,10 €	1,69 €	2,05 €
Ermächtigten	14,50 €	10,84 €	14,51 €
Internisten in Gem.-Praxis	5,40 €	4,44 €	12,27 €
Praktiker in Gem.-Praxis	8,50 €	6,38 €	20,96 €
Fachübergr. Gem.-Praxis	6,76 €	5,16 €	15,82 €
Praktiker Stadt	5,59 €	3,45 €	13,61 €
Praktiker Land 1	9,04 €	5,37 €	17,60 €
Praktiker Land 2	8,34 €	5,08 €	18,56 €
Praktiker Land 3	6,61 €	5,08 €	17,20 €

❖ Es handelt sich um die für das Jahr 2000 eingeführten Richtgrößen, die in Euro-Beträge umgerechnet worden sind.

## **Protokollnotiz zur Richtgrößenvereinbarung vom 18.06.02**

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass es kurzfristig zum Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung kommen wird, in die das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen übernommen wird.

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen wird wie folgt geregelt:

### **1. Prüfunterlagen**

Für die Richtgrößenprüfung stellt die KVSH den Mitgliedern der Prüfungsgremien folgende Daten vor Sitzungstermin arztbezogen zur Verfügung:

- Arztnummer,
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen,
- Fallzahlen, getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern bzw. Altersklassen,
- die ermittelte Richtgrößensumme,
- die veranlassten Bruttoausgaben,
- die Zuzahlungsbeträge.

### **2. Richtgrößenprüfung**

- (1) Die für den einzelnen Vertragsarzt geltende Richtgrößensumme wird aus der Summe (i.d.R. vier Quartale) der Produkte der fachgruppenspezifischen Richtgrößen je Fall und der jeweiligen Fallzahl des Arztes ermittelt.
- (2) Dem Vertragsarzt wird die Möglichkeit des quartalsabhängigen Ausgleichs eingeräumt, d.h. zu einer Prüfung werden alle vier Quartale eines ganzen Kalenderjahres herangezogen, die sich im Hinblick auf Über- oder Unterschreitung der Richtgrößensumme gegenseitig wieder ausgleichen können. Sollte der Fall eintreten, dass nur ein Quartal zur Ermittlung der Richtgrößensumme zur Verfügung steht, wird dieses Quartal den 4 Quartalen des Vorjahres bzw. des nachfolgenden Jahres zugefügt.
- (3) Bei der Richtgrößenprüfung werden die richtgrößenrelevanten Behandlungsfälle gemäß § 2 Abs. 3 der Richtgrößenvereinbarung Heilmittel für das Jahr 2002 zu Grunde gelegt.
- (4) Die Prüfung wird laut den gesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Ein Prüfverfahren wird nach § 106 SGB V eingeleitet, wenn das Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme um mehr als 15% überschreitet.
- (5) Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien

Bei den nachstehenden Indikationen/Therapien zu Heilmitteln werden gemäß Anlage 3 der Bundesempfehlung zu Richtgrößen die besonderen Versorgungsverhältnisse einer ärztlichen Praxis durch die Differenzierung der Richtgrößen nach Indikationsgruppen be-

rücksichtigt. Sobald entsprechend differenzierte Richtgrößen regional vereinbart werden, entfällt jeweils der Aspekt der Praxisbesonderheit insgesamt. Es handelt sich um:

- Ergotherapie
- Logopädie

- (6) Die Verordnungssumme des zu prüfenden Arztes ist um die anzuerkennenden Kosten für weitere Praxisbesonderheiten zu bereinigen. Werden vom Arzt angemeldete Praxisbesonderheiten von den Prüfinstanzen nicht anerkannt, haben diese ihre Entscheidung zu begründen.
- (7) Die besonderen Versorgungsverhältnisse einer Praxis sind im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen. Indikationsgebieten, in denen im Hinblick auf Verordnungen regelmäßig von Praxisbesonderheiten ausgegangen werden kann sowie strukturellen Besonderheiten und besonderen Versorgungsverhältnissen einer Praxis ist im Rahmen der individuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung Rechnung zu tragen.
- (8) Überschreitungen bei den Heilmittelverordnungen können durch Unterschreitungen bei den Arzneiverordnungskosten kompensiert werden und umgekehrt, sofern ein ursächlicher Zusammenhang nachgewiesen werden kann.
- (9) Ein Regress ist festzusetzen, wenn nach Prüfung, Anerkennung und Herausrechnung von Praxisbesonderheiten das verbleibende Verordnungsvolumen die Richtgrößensumme um mehr als 25% überschreitet. Gemäß § 106 Absatz 5a SGB V ist bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25% der sich aus der Überschreitung des Prüfvolumens (Richtgrößensumme zuzüglich 15%) ergebende Mehraufwand zu erstatten. Im Falle einer Regressfestsetzung sind die Netto-Verordnungskosten heranzuziehen. Die Berechnungsschritte zur Festsetzung des Regresses sind in der Anlage 1 zu dieser Protokollnotiz dargestellt.
- (10) Der Prüfungsausschuß kann auf Antrag den Erstattungsbetrag entsprechend § 76 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB IV stunden oder erlassen, soweit der Vertragsarzt nachweist, dass die Erstattung ihn wirtschaftlich gefährden würde.
- (11) Die vom Prüfungsausschuß festgesetzte Regresssumme wird zu gleichen Teilen auf die vier Quartale, die der rechtskräftigen Entscheidung folgen, aufgeteilt und mit den Honoraransprüchen des Vertragsarztes verrechnet.
- (12) Im Einzelfall kann der Prüfungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes die Regresssumme für das auf die rechtskräftige Entscheidung folgende Kalenderjahr aussetzen, um dem Vertragsarzt die Möglichkeit des Ausgleichs durch Unterschreitung zu geben. Wird der Ausgleich in dem folgenden Kalenderjahr jedoch - ganz oder teilweise - nicht hergestellt, wird der verbleibende Betrag als Regress in einer Summe fällig.
- (13) Kann die KVSH einen Regress nicht mit Honoraransprüchen verrechnen, tritt sie die Forderungen an die Krankenkassen/-verbände ab.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 18.06.02

gez. Bittmann  
Kassenärztliche Vereinigung  
Schleswig-Holstein

gez. Warsitzki  
AOK Schleswig-Holstein, Kiel

gez. Schurwanz  
BKK-Landesverband NORD, Hamburg

gez. i.V. D. Gutowski  
IKK-Landesverband NORD, Lübeck

27. Juni 02 gez. Petersen  
Landwirtschaftliche Krankenkasse,  
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel

24. Juni 02 gez. Katzer  
Verband der Angestellten-  
Krankenkassen, Kiel

24. Juni 02 gez. Katzer  
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Kiel



## Anlage 1 zur Protokollnotiz

Berechnungsschritte und Rechenbeispiel:

Arzt-Nr	Prüfzeitraum	Name	Praxisort
	2001		
Punkt	Prüfdaten		
A	<b>Richtgrößensumme</b>	<b>100.000,00</b>	Summe der Produkte FZ(M/F/R) * RG(M/F/R)
B	<b>Ausgaben Gesamt</b>	<b>135.000,00</b>	Kasse
D	Zuzahlung Arzt	2.000,00	Kasse
E	Korrekturfaktor Zuzahlung	1,00100	Anteil-FG / Anteil-Arzt
F	Korrekturbetrag Zuzahlung	2,00	{ [ Faktor(E) x Zuz.Arzt(D) ] - Zuz.Arzt(D) }
H	Interventionsgrenze für Prüfverfahren in %	15,0	Gesetz / Vertrag
I	Bemessungsgrenze für Re- gressberechnung in %	15,0	Gesetz / Vertrag
J	Richtgröße plus zulässige Überschreitung	115.000,00	A + ( A / 100 * I )
<b>1. Aufgreifkriterium</b>			
K	Ausgaben Gesamt	135.000,00	B
L	<b>Prüfquote 1 (in %)</b>	35,0000000000	( K / A x 100 ) - 100
<b>2. Wirtschaftlichkeitsprüfung</b>			
M	Praxisbesonderheiten	3.500,00	Ausschuß
N	<b>bereinigte Ausgaben</b>	<b>131.500,00</b>	B - M
O	<b>Prüfquote 2 (in %)</b>	31,5000000000	( N / A x 100 ) - 100
<b>3. Regressfestsetzung</b>			
P	<b>bereinigte Brutto- Ausgaben</b>	131.498,00	B - ( M + F )
R	abzüglich Zuzahlung Arzt	129.498,00	P - D
S	<b>bereinigte Netto- Ausgaben</b>	<b>129.498,00</b>	
T	<b>Regressbetrag Netto</b>	<b>16.248,80</b>	S / 100 x [ 100 - ( 100 / N * J ) ]

B  
r  
u  
t  
t  
o