

Zwischen

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

und

der **AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse - Kiel**

dem **BKK-Landesverband NORD**, Hamburg

dem **IKK-Landesverband Nord**, Schwerin

der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Schleswig-Holstein-Hamburg**, Kiel
in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal,

Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg,

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg,

KKH Allianz, Hannover,

Gmünder Ersatzkasse (GEK), Schwäbisch Gmünd,

HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg,

Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg,

Handelskrankenkasse (hkk), Bremen,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

Siegburg, vertreten durch den/die Leiter/in der Landesvertretung

Schleswig-Holstein, Kiel und

der **Knappschaft**, Hamburg

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt -

wird folgende

Richtgrößenvereinbarung 2009 Heilmittel

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.

Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung durch gesonderte Versorgungsverträge sind in diesen Verträgen zu regeln.

§ 1

Richtgrößen für Heilmittel

- (1) Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein auf der Basis der Ausgaben-Bruttowerte festgelegt.
- (2) Die Bildung der Richtgrößen erfolgt für die Arztgruppen entsprechend Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (3) In Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ werden den beteiligten Vertragsärzten die Richtgrößen der jeweiligen Arztgruppe gemäß Anlage 1 zugeordnet.
In der Richtgrößenprüfung wird die Betriebsstätte geprüft, d.h. die Richtgrößensummen der einzelnen beteiligten Vertragsärzte werden zu einer Gesamt-Richtgrößensummen zusammengeführt und den auf die Betriebsstätte entfallenden Verordnungskosten gegenübergestellt.

§ 2

Festlegung der Richtgrößen 2009

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen 2009 für Heilmittel wird folgendes Heilmittel-Ausgabenvolumen zu Grunde gelegt:

147.432.032,92 Euro (Netto).
- (2) Der Ausgangsbetrag nach Abs. 1 wird für die Berechnung der Richtgrößen um die Zuzahlung erhöht. Daraus resultiert ein Verteilungsvolumen von 162.175.236,21 Euro (Brutto).
Dieser Betrag wird auf alle Arztgruppen verteilt.
- (3) Bei der Herstellung des Fallbezugs zur Bildung der Richtgrößen wird im Hinblick auf den Bezugszeitraum gemäß § 2 Abs. 5 wie bei der Fallzahlbestimmung zur Berechnung der Regelleistungsvolumina verfahren.

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Absatz 1 und Absatz 2 BMV-Ä bzw. § 25 Absatz 1 und Absatz 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden

- (4) Mittels Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina (M/F/R) durch die entsprechende Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im Vergleichszeitraum werden die arztgruppenspezifischen Richtgrößen ermittelt. Sie sind der Anlage 2 dieser Vereinbarung zu entnehmen.

Die Vertragspartner beabsichtigen, die Richtgrößen-Systematik weitestgehend, d.h. in möglichst vielen Belangen, an die Regelleistungsvolumen-Systematik anzupassen. Hierzu gehört u.a. der Altersgruppenbezug, der zukünftig den Bezug auf die Versichertengruppe (M/F/R) ersetzen soll.

Für das Jahr 2009 wird die Ausgestaltung der Richtgrößen gemäß der Differenzierung nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen und Rentnern vorgenommen.

- (5) Berechnungsgrundlage für die Bildung der Richtgrößen sind die Verordnungsdaten sowie Fallzahlen des Bezugszeitraumes 3/2007 bis einschließlich 2/2008.

- (6) Die Richtgrößen 2009 gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung treten zum 01.07.2009 in Kraft.

§ 3

Praxisbesonderheiten

- (1) Die im Rahmen von DMP gesondert entstandenen Verordnungskosten sind bislang nicht gesondert erfasst worden und fließen aus diesem Grund in die Berechnung der Richtgrößen ein. Die Vertragspartner vereinbaren, dass leitlinienkonforme Verordnungen entsprechend der von der Risikostrukturausgleichsverordnung gesetzten Rahmenbedingungen für DMP-Patienten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen sind.

Dies gilt in gleicher Weise für Schmerztherapie-Patienten, sofern diese gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) behandelt werden.

- (2) Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel sind die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten in jedem Fall als Praxisbesonderheit („absolute Praxisbesonderheiten“) zu berücksichtigen:
- Lymphabflussstörungen infolge onkologischer Erkrankungen in den ersten 12 Monaten nach Entlassung in die ambulante Versorgung,
 - postoperativ in den ersten 2 Monaten auftretende komplexe Schädigungen oder Funktionsstörungen der Stütz- und Bewegungsorgane
 - Multiple Sklerose in fortgeschrittenem Stadium,
 - Apoplex,
 - Hemiparese, spastische Di- oder Tetraplegie,
 - schwere körperliche Behinderung bei Kindern.
- (3) Bei der Richtgrößenprüfung Heilmittel sind die auf folgende Indikationen entfallenden Verordnungskosten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen (sofern diese nicht bereits als „absolute Praxisbesonderheit“ herausgerechnet wurden), wenn nachgewiesen wird, dass eine der Anzahl nach gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt erhöhte Anzahl von Patienten mit diesen Indikationen behandelt wurde („relative Praxisbesonderheiten“):
- komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolische bzw. muskuläre Systemerkrankungen,
 - angeborene oder erworbene Paresen, zentral oder peripher (z.B. Zerebralparese, Plexusparese) gem. ICD-10-Codierung G71, G80 bis G82, Q68.8
 - schwere, tiefgreifende Entwicklungsstörungen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: F80, F82, F83, F84.0 bis F84.3, F84.5,
 - ADHS mit motorischen Störungen gem. ICD-10 Codierung F84.4,
 - Mukoviszidose,
 - erworbene und/ oder angeborene schwere geistige Behinderung,
 - schwere neurologische Erkrankungen wie z.B. ALS, Wachkomapatienten, M. Parkinson,
 - palliativmedizinische Betreuung,
 - Autismus.

Heilmittel-Verordnungen, die mit „Frühförderung“ gekennzeichnet sind, sind für die Zeiträume von der Prüfung herauszunehmen, in denen keine regionale Vereinbarung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24.06.2003 abgeschlossen ist. Kennzeichnend für die Frühförderung ist die Notwendigkeit heilpädagogischer Maßnahmen.

§ 4

Datenlieferung

- (1) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte über die veranlassten Ausgaben für Heilmittel verpflichten sich die Krankenkassen/-verbände zur Lieferung folgender arztbezogener Verordnungsdaten an die KVSH:
 - Lieferung der geprüften Verordnungsdaten spätestens sechs Monate nach Quartalsende sowie
 - Lieferung der ungeprüften Verordnungsdaten bis Ende der 10. Woche nach Quartalsende.Die Lieferung der Heilmitteldaten erfolgt nach dem in Anlage 3 dieser Vereinbarung aufgeführten Arztsummensatz.
- (2) Die Verordnungsdaten werden der KVSH als Summenwerte je Vertragsarzt unter Angabe der Arztnummer differenziert nach der Verordnungsart (Physikal.-Med., Ergotherapie, Logopädie) 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 KVSH verpflichtet sich, den Vertragsärzten die geprüften und ungeprüften Verordnungsdaten (gemäß § 4 Abs. 1 und 2) sowie die Fallzahlen bekannt zu geben, sobald alle erforderlichen Daten vorliegen. Die Ärzte sind darüber zu informieren, dass die der Frühinformation dienenden ungeprüften Verordnungsdaten vorläufigen informativen Charakter haben *.

* Es handelt sich um ungeprüfte Daten, die nicht alle in dem betreffenden Quartal verordneten Heilmittel umfassen, sondern nur die zur Abrechnung eingereichten. Zudem können Kosten aus den Vorquartalen in den für das jeweilige Quartal ausgewiesenen Kosten enthalten sein.

Die Verordnungsdaten dienen den Vertragsärzten zur Beobachtung ihrer Verordnungstätigkeit. Die Vertragsärzte sollen in ihrem Bemühen unterstützt werden, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden. Im Überschreitungsfall sollen die quartalsbezogenen Informationen den Vertragsarzt dazu motivieren, in den Folgequartalen das Ordnungsverhalten entsprechend anzupassen, um Überschreitungen der Richtgrößensumme nach Ablauf des Kalenderjahres zu vermeiden.

- (4) Die KVSH übermittelt der Geschäftsstelle für das Prüfwesen und den Krankenkassen/-verbänden die gemäß § 4 Abs. 2 arztbezogen zusammengeführten Verordnungsdaten einschließlich der Fallzahlen, sobald alle erforderlichen Daten vorliegen.
- (5) Die Vertragspartner verpflichten sich in vertragspartnerschaftlicher Verantwortung zur fristgerechten Datenlieferung. Die mit Bezug auf das Jahr 2008 infolge der Umstellung der Arztnummernsystematik aufgetretenen Verzögerungen bei der Datenlieferung sollen einer gemeinsamen problemorientierten Analyse unterzogen werden. Es besteht Einvernehmen, nach einer zunächst abzuwartenden Konsolidierungsphase ggf. stringenter Regeln für eine fristgerechte und regelrechte Datenlieferung zu vereinbaren.

§ 5

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vorgehensweise in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen wird entsprechend der aktuell geltenden Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V geregelt.

Die Krankenkassen/-verbände und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein werden der Prüfungsstelle die in Anlage 6 zum BMV-Ä und EKV beschriebenen Daten zur Verfügung stellen.

Die Krankenkassen/-verbände Schleswig-Holstein liefern die Datengrundlagen gemäß Anlage 4 dieser Vereinbarung. Die Daten gemäß Anlage 4 werden pseudonymisiert für die Gesamtheit der Verordnungen, u.a. für die Berücksichtigung relativer Praxisbesonderheiten (§ 3 Abs. 3) geliefert. Für die Ärzte, für die eine Richtgrößenprüfung erfolgen soll, werden Datensätze zur Entpseudonymisierung geliefert.

§ 6

Retrospektive Richtgrößen 2008

Die in der Ergänzungsvereinbarung zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2008 vereinbarten retrospektiven Richtgrößen 2007 gelten auch für das 1. Halbjahr 2008. Sofern die retrospektiven Richtgrößen 2007 höher ausfallen als die prospektiv festgelegten Heilmittel-Richtgrößen 2006, werden die retrospektiven Richtgrößen 2007 bei der Richtgrößenprüfung 2008 (1. Halbjahr) zu Grunde gelegt.

§ 7

Inkrafttreten und Laufzeit

- (1) Die Vereinbarung tritt ab 01.07.2009 in Kraft und gilt bis auf weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Eine Kündigung ist frühestens zum 31.12.2009 möglich.
- (3) Für alle hier nicht aufgeführten Regelungen gilt die Prüfvereinbarung zwischen den Vertragspartnern in der jeweils geltenden Fassung.

§ 8

Vorbehaltsklausel

Dieser Vertrag steht ggf. unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Schwerin, den 9. Juni 2009


Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg




AOK Schleswig-Holstein
- Die Gesundheitskasse - Kiel



BKK-Landesverband NORD, Hamburg



IKK-Landesverband Nord, Schwerin



Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel



Verband der Ersatzkassen (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein



Knappschaft,
Fachbereich See-Krankenversicherung, Hamburg

Protokollnotiz**zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2009**


- 1) Nach Vorlage der erforderlichen Daten werden die Vertragspartner gemeinsam entscheiden, ob retrospektive Richtgrößen 2009 wegen Verlagerungseffekte, z.B. infolge von Selektivverträgen, an Stelle der in diesem Vertrag prospektiv vereinbarten Richtgrößen vereinbart werden und für die Richtgrößenprüfung 2009 zu Grunde zu legen sind.
- 2) Die Vertragspartner sehen ein Problem in der im Heilmittelbereich verzögert ablaufenden Verordnungsdatenlieferung, insbesondere im Hinblick auf die Richtgrößen-Berechnungsgrundlage sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die gemeinsame AG Heilmittel wird mit der Erarbeitung von Vorschlägen zur Erstellung einer Verfahrensregelung beauftragt.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Schwerin, den 9. Juni 2009


Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg




AOK Schleswig-Holstein
- Die Gesundheitskasse - Kiel


BKK - Landesverband NORD, Hamburg


IKK Landesverband Nord, Schwerin


Landwirtschaftliche Krankenkasse
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel


Verband der Ersatzkassen (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein


Knappschaft
Fachbereich See-Krankenversicherung, Hamburg

Anlage 1

Arztgruppen Richtgrößen Heilmittel ab 01.07..2009

Allgemeinärzte Stadt

Allgemeinärzte Land

Chirurgen

Frauenärzte

HNO-Ärzte

Kinderärzte

Fachärzte für Neurologie/ Nervenheilkunde

Orthopäden

Internisten (Fachärzte)

Kinder-/Jugendpsychiater

Anlage 2

Richtgrößen Heilmittel ab 01.07.2009 (in Euro)

Fachgruppe	Mitglieder	Familienvers.	Rentner
Allgemeinärzte Stadt	7,07	7,41	18,58
Allgemeinärzte Land	9,48	11,39	22,94
Chirurgen	20,29	10,25	26,17
Frauenärzte	1,00	0,78	6,52
HNO-Ärzte	1,72	10,91	2,19
Kinderärzte	16,40	24,74	36,06
Fachärzte für Neurologie / Nervenheilkunde	11,91	15,44	31,40
Orthopäden	35,54	27,43	40,17
Internisten (Fachärzte)	3,96	3,77	7,44
Kinder-/Jugendpsychiater	13,94	40,95	36,57

Anlage 3

Arztsummensatz für Heilmittel

In diesem Datensatz werden die Gesamtverordnungssummen eines Arztes bezogen auf eine Versicherten-zusammenfassung geliefert. Entsprechend dem Wert des Dateinamenfelds Versichertendaten (Stelle 15) wird entweder nach Versichertenstatus (1,3, 5 für M,F,R) oder nach Altersgruppen (1,2,3,4) verdichtet geliefert.

Ist der Versichertenstatus bzw. die Altersgruppe unbekannt wird als Statuskennung 0 geliefert. Diese Werte werden auf Seiten der datenzusammenführenden Stelle zu den Gesamtwerten aufaddiert.

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
1	LANR	9	AN	M	<u>Exakt</u> 9 Stellen (Wenn Betriebsstättennummern nicht vorliegen, werden hier neun Leerzeichen übertragen. Wenn Betriebsstättennummern vorliegen, werden Arztnummern übermittelt, soweit diese nach BMV-Ä § 44 (6) übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, wird das Feld mit neun Ziffern Null übermittelt.)
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	<u>maximal</u> 9 Stellen (Wenn Betriebsstättennummern nicht vorliegen, wird hier die siebenstellige Arztrechnungsnummer mit zwei vorangestellten Leerzeichen übertragen.)
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	<u>Exakt</u> 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe	1	N	M	Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt 1 = 0 – 15 Jahre 2 = 16 – 49 Jahre 3 = 50 – 64 Jahre 4 = ab 65 Jahre
6	Anzahl Heilmittel	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen verordneten Heilmittel keine führenden Nullen
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der verordneten Heilmittel Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	Pauschalzuzahlung	..15	N	M	Enthält Summe der Pauschalen Zuzahlungen auf Heilmittelblätter. Enthält NICHT die prozentualen Zuzahlungen auf verordnete Heilmittel. Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Angaben in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig

Die Felder sind durch ein Semikolon „;“ zu trennen.

Anlage 4

Datensatz eines Heilmittelblatts für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
1	LANR	9	AN	M	Exakt nach TA-1 vom 16.12.2008 Segment ZHE
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Exakt nach TA-1 vom 16.12.2008 Segment ZHE
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe	1	N	M	Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt 1 = 0 – 15 Jahre 2 = 16 – 49 Jahre 3 = 50 – 64 Jahre 4 = ab 65 Jahre 9 = Altersgruppe in DZS aus Geburtsdatum berechnen
6	Belegidentifikation	..30	AN	K	Reserve für eine generierte "BelegNr" (siehe HIS)
7	Heilmittelblattdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
8	Versichertennummer	..50	AN	M	pseudonymisiert (in Prüfung = Entpseudonymisierung)
9	Geburtsdatum	8	N	M	pseudonymisiert (in Prüfung = Entpseudonymisierung)
10	Indikationsschlüssel	..12	AN	M	Quellenhinweis: SLLA/ZUV-Segment
11	Kennzeichen Verordnungsart	2	N	K	ausnullen (00)
12	Gesamtbrutto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Gesamtzuzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
14	Pauschalzuzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
15	Gesamtnetto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
16	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
17	Faktor 1	..4	N	M	
18	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
19	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
	...				
132	Leistungsschlüssel 30	5	N	M	
133	Faktor 30	..4	N	M	
134	Positionsbrutto 30	..15	N	M	
135	Positionsnetto 30	..15	N	M	

Bei diesem Datensatz handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl.
Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2-30 sind,
sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen.
Der jeweilige Datensatz (die Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock.
Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 135, ist zu ver-
zichten.