

Zwischen

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

und

der **AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse**, Kiel

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord in Vertretung des IKK-Landesverbandes Nord**, Schwerin

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

BARMER GEK,

Techniker Krankenkasse (TK),

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse),

KKH Allianz (Ersatzkasse),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

hkk,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung,

Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel und

der **Knappschaft** – Regionaldirektion, Hamburg

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt -

wird folgende

Richtgrößenvereinbarung 2011 Heilmittel

geschlossen:

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 Hauptbetriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten geprüft, d.h. die Richtgrößensummen der einzelnen beteiligten Vertragsärzte werden zu einer Gesamt-Richtgrößensumme zusammengeführt und den auf die Betriebsstätten entfallenden Verordnungskosten gegenübergestellt.

§ 2

Festlegung der Richtgrößen 2011

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen 2011 für Heilmittel wird folgendes Heilmittel-Ausgabenvolumen zu Grunde gelegt:

150.000.000,00 Euro (Netto).
- (2) Der Ausgangsbetrag nach Abs. 1 wird für die Berechnung der Richtgrößen um die Zuzahlung erhöht. Daraus resultiert ein Verteilungsvolumen von 165.894.688,38 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 nach folgender fester Definition vorgegangen:

Richtgrößenrelevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Absatz 1 BMV-Ä bzw. § 25 Absatz 1 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst, Fälle nach § 21 Absatz 2 BMV-Ä bzw § 21 Absatz 2 EKV 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.
Es wird überprüft, ob der Altersgruppenbezug zukünftig den Bezug auf die Versichertengruppe (M/F/R) ersetzen kann.
Für das Jahr 2011 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 Quartal 3/2009 bis einschließlich Quartal 2/2010.
- (6) Die Richtgrößen 2011 gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung treten zum 01.04.2011 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 Risikostrukturgleichverordnung 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“) vorab zu berücksichtigen:
- Lymphabflussstörungen infolge onkologischer Erkrankungen,
 - 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,
 - Leistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte¹ Kinder im Vorschulalter, für die eine interdisziplinäre Frühförderung indiziert wäre, die nächstgelegene Frühförderstelle (IFF) jedoch mehr als 30 Straßenkilometer entfernt ist,
 - Die Identifizierung der maßgeblichen Verordnungsfälle wird mittels der nach den Codierrichtlinien gefilterten Abrechnungsfälle vorgenommen, soweit diese der Prüfungsstelle zur Verfügung gestellt werden.
- (3) Die auf die in Anlage 3 genannten Indikationen entfallenden Verordnungskosten sind in der Richtgrößenprüfung als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, wenn eine der Anzahl nach gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt erhöhte Anzahl von Patienten mit diesen Indikationen behandelt wurde („relative Praxisbesonderheiten“). Die für die Mehrpatienten entstandenen Kosten werden bis maximal zu dem fachgruppenüblichen Durchschnitt herausgerechnet. Die dazu notwendigen Daten werden der Prüfungsstelle von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Vertragsparteien streben für das Jahr 2012 die Beschränkung auf absolute Praxisbesonderheiten an. Die Regelung für das Jahr 2011 ist somit als Übergangsregelung zu verstehen.

¹ Menschen sind behindert, wenn ihre körperlich Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

§ 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 4 dieser Vereinbarung aufgeführten Arztsummensatz.
- (2) Die Verordnungsdaten werden der KVSH als Summenwerte je Vertragsarzt unter Angabe der Lebenslangen Arztnummer und Betriebsstättennummer 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 Verordnungsverhalten entsprechend anzupassen, um Überschreitungen der Richtgrößensumme nach Ablauf des Kalenderjahres zu vermeiden.

- (4) Die KVSH übermittelt der Prüfungsstelle 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.

§ 5

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vorgehensweise in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen wird entsprechend der aktuell geltenden Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V geregelt. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gemäß § 3 sowie Anlage 3 dieser Vereinbarung erfolgt entsprechend der in 2010 zwischen den Vertragspartner geeinten Verfahrensregelung (vgl. Protokollnotiz der Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2010).

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 5 dieser Vereinbarung. Die Daten gemäß Anlage 5 werden für die Gesamtheit der Verordnungen, u.a. für die Berücksichtigung relativer Praxisbesonderheiten (Anlage 3), geliefert.

Aufgrund der Fallbestimmungssystematik kommt es in Einrichtungen mit mehreren Ärzten abhängig von der Zusammensetzung und dem Kooperationsgrad zu einer Benachteiligung im Vergleich zu Einzelpraxen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Prüfungsstelle in Abstimmung mit den Krankenkassen geeignete Korrekturdaten zur Verfügung.

§ 6

In-Kraft-Treten und Laufzeit


- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2011 in Kraft und gilt bis auf weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Eine Kündigung ist frühestens zum 31.12.2011 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.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 10. April 2011


Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg





AOK NORDWEST -
Die Gesundheitskasse. Kiel


BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg



 **IKK Nord**
Fördertower
Gablenzstr. 9
24114 Kiel

IKK Nord in Vertretung
des IKK-Landesverbandes Nord, Schwerin



Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel



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



Knappschaft,
Regionaldirektion Hamburg

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1 Arztgruppen
- Anlage 2 Richtgrößen Heilmittel ab 01.04.2011
- Anlage 3 Indikationen zur Berücksichtigung in der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Anlage 4 Datensatz Information Vertragsärzte
- Anlage 5 Datensatz Wirtschaftlichkeitsprüfung

Anlage 1

Arztgruppen Richtgrößen Heilmittel ab 01.04.2011

Allgemeinärzte Stadt

Allgemeinärzte Land

Chirurgen

Frauenärzte

HNO-Ärzte

Kinderärzte

Fachärzte für Neurologie/ Nervenheilkunde

Orthopäden (einschließlich Ärzte für phys. / rehab. Medizin)

Internisten (Fachärzte)

Kinder-/Jugendpsychiater

Anlage 2

Richtgrößen Heilmittel ab 01.04.2011 (in Euro)

Fachgruppe	Mitglieder	Familienvers.	Rentner
Allgemeinärzte Stadt	6,98	7,35	18,60
Allgemeinärzte Land	9,66	11,39	23,33
Chirurgen	20,64	11,14	27,31
Frauenärzte	1,20	1,25	7,48
HNO-Ärzte	1,68	10,03	2,15
Kinderärzte	18,53	24,15	34,48
Fachärzte für Neurologie / Nervenheilkunde	13,69	21,73	32,75
Orthopäden *	35,52	27,30	40,03
Internisten (Fachärzte)	4,03	4,46	6,53
Kinder-/Jugendpsychiater	18,52	40,98	31,88

* einschließlich Ärzte für phys./ rehab. Medizin

Anlage 3

Indikationen zur Berücksichtigung in der Richtgrößenprüfung

- (1) komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolische bzw. muskuläre Systemerkrankungen,
- (2) angeborene oder erworbene Paresen, zentral oder peripher (z.B. Zerebralparese, Plexusparese) gem. ICD-10-Codierung G71, G80 bis G82, Q68.8,
- (3) schwere, tiefgreifende Entwicklungsstörungen bei Krankheiten der ICD-10 Codierungen: F80, F82, F83, F84.0 bis F84.3, F84.5,
- (4) ADHS gem. ICD-10 Codierung F90 oder überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstörungen gem. ICD-10 Codierung F84.4,
- (5) Mukoviszidose,
- (6) erworbene und/ oder angeborene schwere geistige Behinderung,
- (7) schwere neurologische Erkrankungen wie z.B. ALS, Wachkomapatienten, M. Parkinson,
- (8) palliativmedizinische Betreuung,
- (9) Autismus.

Anlage 4

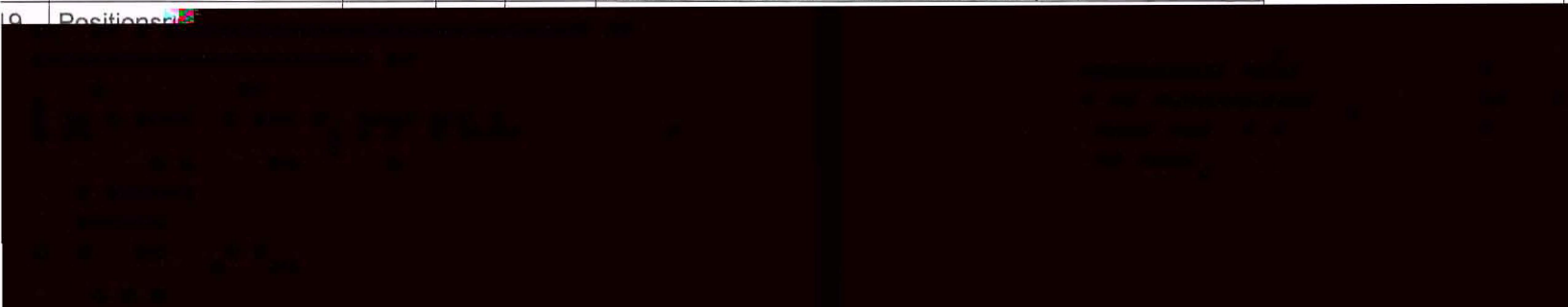
Arztsummensatz für Heilmittel

In diesem Datensatz werden die Gesamtverordnungssummen eines Arztes bezogen auf eine Versichertenzusammenfassung 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 9 Stellen</u> (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 9 Stellen</u> (Wenn Betriebsstättennummern nicht vorliegen, werden hier neun Leerzeichen übertragen.)

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	Gesamtzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
14	Pauschalzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
15	Gesamt netto	..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	
					0 = unbekannt 1 = 0 – 15 Jahre 2 = 16 – 49 Jahre 3 = 50 – 64 Jahre
134	Positionsbrutto 30	..15	N	M	
135	Positionsnetto 30	..15	N	M	

4= ab 65 Jahre

				zusammen in die Summe eingegangenen verordneten Heilmittel keine führenden Nullen						
ttto	..15	N	M						7	Gesamtbr

