

Zwischen

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

und

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg,
Landesvertretung Schleswig-Holstein

der AOK Schleswig-Holstein – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORD, Hamburg,

dem IKK-Landesverband Nord, Schwerin,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel,

der Knappschaft, Hamburg

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), Siegburg,
Landesvertretung Schleswig-Holstein

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt –

wird folgende

Richtgrößenvereinbarung 2008 Heilmittel

getroffen:

Präambel

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen/-verbände
- im Folgenden Vertragspartner genannt - vereinbaren gemäß § 84 SGB V für die Richt-
größenprüfung 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) Für das Jahr 2008 werden für Medizinische Versorgungszentren keine Richtgrößen festgelegt. Die von Medizinischen Versorgungszentren veranlassten Verordnungskosten unterliegen der Einzelprüfung.
Jedem an einem MVZ beteiligten Arzt wird mit Ausscheiden aus dem MVZ automatisch die Richtgröße seiner Fachgruppe zugeordnet.
- (4) Für das Jahr 2008 wird die Ausgestaltung der Richtgrößen gemäß der Differenzierung nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen und Rentnern vorgenommen. Es wird angestrebt, die Richtgrößenbildung an der Altersstruktur der Versicherten auszurichten.

§ 2

Festlegung der Richtgrößen 2008

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen 2008 für Heilmittel wurde folgendes Heilmittel-Ausgabenvolumen zu Grunde gelegt:

141.838.847,46 Euro (Netto).

- (2) Der Ausgangsbetrag nach Abs. 1 wurde für die Berechnung der Richtgrößen um die Zuzahlung erhöht.
Daraus resultierte ein Verteilungsvolumen von 156.022.732,21 Euro (Brutto).
Dieser Betrag wurde auf alle Arztgruppen verteilt.

- (3) Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung der Richtgrößen wurden richtgrößenrelevante Behandlungsfälle getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern herangezogen. Richtgrößenfälle sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 25 Abs. 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 gemäß Kapitel 40 EBM abgerechnet werden.
- (4) Durch Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina (M/F/R) durch die entsprechende Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im Vergleichszeitraum wurden die arztgruppenspezifischen Richtgrößen ermittelt. Sie sind der Anlage 2 dieser Vereinbarung zu entnehmen.
- (5) Berechnungsgrundlage für die Bildung der Richtgrößen waren die Verordnungsdaten sowie Fallzahlen der Quartale 4/2006 bis einschließlich 3/2007.
- (6) Die Richtgrößen 2008 gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung treten zum 01.07.2008 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.

- (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,
 - 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 *.

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 § 3 Abs. 2 arztbezogen zusammengeführten Verordnungsdaten einschließlich der Fallzahlen, sobald alle erforderlichen Daten vorliegen.

- (5)
(6) 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 und der Ergänzung zur Prüfvereinbarung vom 03.07.06 geregelt.

Die Krankenkassen/-verbände und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein werden der Geschäftsstelle der Prüfungsgremien 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.

* 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.

§ 6

Inkrafttreten und Laufzeit

- (1) Die Vereinbarung tritt ab 01.07.2008 in Kraft und gilt bis auf weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Eine Kündigung ist frühestens zum 31.12.2008 möglich.
- (3) Für alle hier nicht aufgeführten Regelungen gilt die Prüfvereinbarung zwischen den Vertragspartnern in der jeweils geltenden Fassung.

§ 7

Vorbehaltsklausel

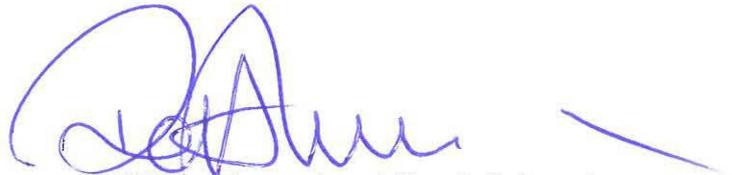
Dieser Vertrag steht ggf. unter dem Vorbehalt der aufsichtsrechtlichen Nichtbeanstandung.

Bad Segeberg, Kiel, Hamburg, Schwerin, den 12.06.08


Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein


AOK Schleswig-Holstein
– Die Gesundheitskasse – Kiel


BKK-Landesverband NORD, Hamburg



IKK-Landesverband Nord, Schwerin



Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Schleswig-Holstein und Hamburg, Kiel



Verband der Angestellten-
Krankenkassen, Kiel



Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Kiel



Knappschaft,
Fachbereich See-Krankenversicherung, Hamburg

Anlage 1

Fachgruppen Richtgrößen Heilmittel ab 01.07.2008

Allgemeinärzte (Stadt)
Allgemeinärzte (Land)
Chirurgen
Frauenärzte
HNO-Ärzte
Kinderärzte
Neurologen
Orthopäden
Internisten (Fachärzte)
Kinder-/Jugendpsychiater

Anlage 2
Richtgrößen Heilmittel ab 01.07.2008
(in Euro)

Fachgruppe	Mitglieder	Familienvers.	Rentner
Allgemeinärzte (Stadt)	7,14	7,35	18,69
Allgemeinärzte (Land)	9,28	11,39	22,48
Chirurgen	19,72	10,02	26,14
Frauenärzte	0,91	0,76	5,94
HNO-Ärzte	1,76	11,08	2,34
Kinderärzte	14,46	24,26	32,92
Neurologen	10,97	14,64	30,36
Orthopäden	34,71	27,37	39,10
Internisten (Fachärzte)	3,98	5,43	7,56
Kinder-/Jugendpsychiater	13,54	38,67	36,74

Anlage 3

Arztsummensatz für Heilmittel

In diesem Datensatz werden die Gesamtverordnungssummen eines Arztes bezogen auf den Versichertenstatus (M, F, R) geliefert.

Ist der Versichertenstatus unbekannt wird als Statuskennung 0 geliefert. Diese Werte werden auf Seiten der Datenzusammenführenden Stelle zu den Gesamtwerten aufaddiert. Die Datenliefernde Stelle selbst liefert keine G-Werte.

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
1	Arztnummer	7	N	M	Exakt 7 Stellen
2	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
3	IK der Krankenkasse	9	N	M	
4	Versichertenstatus	1	N	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
5	Anzahl Verordnungen	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen Verordnungsblätter. Keine führenden Nullen
6	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der verordneten Heilmittel Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
7	Summe Zuzahlung	..15	N	M	Enthält Summe der Zuzahlungen auf Heilmittelblätter und die prozentualen Zuzahlungen auf verordnete Heilmittel. Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	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

Ist der Versichertenstatus unbekannt wird als Statuskennung 0 geliefert.

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
1	Arztnummer	7	N	M	Exakt 7 Stellen
2	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
3	IK der Krankenkasse	9	N	M	
4	Versichertenstatus	1	N	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
5	Belegidentifikation	..30	AN	K	Reserve für eine generierte "BelegNr" (siehe HIS)
6	Heilmittelblattdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
7	Versichertennummer	..50	AN	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert
8	Geburtsdatum	8	N	K	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
9	Gesamtbrutto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
10	Gesamtzuzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Gesamtnetto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
13	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
14	Faktor 1	..4	N	M	
15	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
16	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
	...				
12 9	Leistungsschlüssel 30	5	N	M	
13 0	Faktor 30	..4	N	M	
13 1	Positionsbrutto 30	..15	N	M	
13 2	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 132, ist zu verzichten.