

VEREINBARUNG

- I. **über die Festsetzung von Richtgrößen für Heilmittel gemäß § 84 Abs. 8 SGB V i. V. m. § 84 Abs. 6 SGB V**

und

- II. **die Prüfung der Ordnungsweise bei Heilmitteln gem. § 106 SGB V in Verbindung mit der Prüfvereinbarung vom 04.04.2005**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

- einerseits -

und

der AOK Mecklenburg-Vorpommern
(zugleich für die Bundesknappschaft)

dem BKK-Landesverband NORD

dem IKK-Landesverband Nord

Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) e.V.
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
VdAK/AEV-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband

- andererseits -

Präambel

Gemäß § 84 Abs. 6 Satz 1 und Abs. 8 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und die Verbände der Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern gemeinsam und einheitlich einerseits arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen für die je Arzt verordneten Heilmittel.

Ferner nehmen die Vereinbarungspartner Bezug auf die gemeinsame Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 21.02.2000 i. d. F. v. 30.09.2001 unter Berücksichtigung der Erwägungen beim Abschluss zur Richtgrößenvereinbarung 2006. Sie sehen darin für die Bildung von Richtgrößen eine maßgebliche Grundstruktur.

Es gelten die Festlegungen der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V, soweit im Folgendem nichts anderes vereinbart wurde.

§ 1

Geltungsbereich

Die Vertragspartner vereinbaren für die in Anlage 1 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen Richtgrößen für Heilmittel.

§ 2

Bildung der Richtgrößen

(1) Als Richtgrößen für das Jahr 2006 werden arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte unter Berücksichtigung der nach § 84 Abs. 1 SGB V getroffenen jeweiligen Heilmittelvereinbarung gebildet.

(2) Für die Bildung arztgruppenspezifischer Richtgrößen für Heilmittel wird der Betrag von

53.294.306 Euro

für das Jahr 2006 festgesetzt. Er bildet jeweils das Volumen, welches zur Bildung der Richtgrößen herangezogen wird. Er schließt dem gemäß die gesetzlichen Versichertenzuzahlungen nicht ein.

(3) Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung von Richtgrößen werden die kurativ allgemeinen Behandlungsfälle von Vertragsärzten nach Formblatt 3, herangezogen.

§ 3

Ermittlung arztgruppenspezifischer Richtgrößen

- (1) Grundlage für die Ermittlung von Richtgrößen ist das Ausgabenvolumen gem. § 2 Abs. 2. Das Ausgabenvolumen ist nach den prozentualen Anteilen der in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung festgelegten Arztgruppen aufzuteilen. Die Richtgrößen ergeben sich jeweils aus der Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenanteile durch die Zahl der Behandlungsfälle nach § 2 Nr. 3 der jeweiligen Arztgruppe.
- (2) Die so ermittelten Richtgrößen sind in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung festgelegt.

§ 4

Information zum Richtgrößenvolumen

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern informiert ihre Vertragsärzte über die für das Kalenderjahr vereinbarten Richtgrößen.
- (2) Zur Frühinformation der Vertragsärzte über die individuelle Einhaltung der Richtgrößenvolumen stellt die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern nach Ablauf eines Quartals arztbezogen die bis dahin erfassten Behandlungsfälle unter Berücksichtigung einer möglichen Fallzahlbereinigung sowie die sich daraus ergebenden individuellen Richtgrößenvolumen den Ärzten zur Verfügung. Zugleich werden den Verbänden der Krankenkassen sowie den Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern die Daten zeitgleich übermittelt.
- (3) Die Krankenkassen unterrichten in geeigneter Weise die Versicherten über die vereinbarten Richtgrößen.

§ 5

Richtgrößenprüfung bei Überschreitung

- (1) Die KV M-V ermittelt für jeden Vertragsarzt die Richtgrößensumme, die das Produkt aus den einzelnen Richtgrößen für die Arztgruppe und den kurativen bereinigten Fallzahlen des Arztes jahresbezogen darstellt. Die so ermittelte Richtgrößensumme wird mit den tatsächlichen Verordnungskosten des Arztes verglichen. Dabei sind jeweils die Nettowerte maßgeblich. Der Nettowert ergibt sich aus den Bruttoausgaben abzüglich gesetzlicher Zuzahlungen.
- (2) Ein Prüfverfahren wird von Amts wegen durchgeführt, wenn das (Netto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen) und die Überschreitung nicht in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Netto-)Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraumes um mehr als 25 % überschreitet. Zur Entscheidungsfindung soll der Prüfungsausschuss die Möglichkeit nutzen, zusätzlich zu den vereinbarten Datensätzen weitere beweisfähige Unterlagen der ärztlichen Verordnung von Heilmitteln einzufordern.

- (3) Bis zu einer Überschreitung der Richtgrößensumme von 25 % findet keine Regressfestsetzung durch den Prüfungsausschuss statt.
- (4) Stellt der Prüfungsausschuss eine Unwirtschaftlichkeit in dem Bereich zwischen 15 % und 25 % fest, so bestimmt er, welche Beratungen und Kontrollmaßnahmen für die zwei darauffolgenden Kalenderjahre zu ergreifen sind.
- (5) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 von Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch den Prüfungsausschuss darüber hinaus den sich aus der Überschreitung des Prüfungsvolumens ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.
- (6) Im Übrigen gelten die Regelungen des § 106 SGB V.

§ 6

Daten

- (1) Die KV M-V stellt den Landesverbänden der Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:
 - Arztnummer
 - arztgruppenspezifische Richtgrößen
 - Fallzahlen gem. § 21 BMV-Ä und § 25 EKV Formblatt 3,
 - Geeignete Daten zur Darstellung der Überweisungsfallzahlen
 - Richtgrößensumme nach § 3 Absatz 1
- (2) Die Verbände der Krankenkassen stellen der KV M-V die arztbezogenen Ausgaben (Netto/Brutto), 6 Monate nach Quartalsende zur Verfügung. Die Krankenkassen stellen die richtige Zuordnung der Ausgaben für Heilmittel sicher. Ausgaben, die nicht von Vertragsärzten veranlasst wurden bzw. Ausgaben, die nicht zum Rahmen der Leistungspflicht der GKV gehören, zählen nicht zu den veranlassten Ausgaben.

§ 7

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt für die Richtgrößen 2006 mit Wirkung ab 01.01.2006 in Kraft. Sie endet mit Ablauf des 31.12.2006, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Die Anlagen 1 und 2 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

Schwerin, den 10.01.2006

gez. Unterschrift

Dr. Wolfgang Eckert
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

gez. Unterschrift

Friedrich Wilhelm Bluschke
Vorstandsvorsitzender der
AOK Mecklenburg-Vorpommern
zugleich für die Bundesknappschaft Bochum

gez. Unterschrift

Hans-Otto Schurwanz
Vorstandsvorsitzender des
BKK-Landesverbandes NORD

gez. Unterschrift

Ralf Hermes
Vorstandsvorsitzender des
IKK-Landesverbandes Nord

gez. Unterschrift

Karl L. Nagel
Leiter der
VdAK-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

gez. Unterschrift

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Mittel- und Ostdeutschland,
handelnd als Landesverband

gez. Unterschrift

Karl L. Nagel
Leiter der
AEV-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

Anlage 1

Richtgrößenrelevante Fachgruppen

Allgemeinmediziner – Stadt

Allgemeinmediziner – Land

Augenärzte

Anästhesisten

Chirurgen

MKG

Gynäkologen

HNO

Hautärzte

Fachärztliche Internisten

Lungenärzte

Hausärztliche Internisten

Kinderärzte

Nervenärzte

Orthopäden

Urologen

Neurochirurgen

Radiologen

Physikalische und Rehabilitat. Medizin

Sonstige

Notfallambulanzen

Einrichtungen

Anlage 2

Heilmittelrichtgrößen 2006

Vergleichsgruppen	Richtgröße 2006 (in Euro)
Allgemeinmediziner/Stadt	6,90
Allgemeinmediziner/Land	7,04
Augenärzte	0,05
Anästhesisten	3,92
Chirurgen	10,88
MKG	7,54
Gynäkologen	0,73
HNO	2,92
Hautärzte	0,36
Fachärzte Internisten	1,22
Lungenärzte	0,72
Hausärztliche Internisten	5,41
Kinderärzte	10,29
Nervenärzte	10,18
Orthopäden	16,39
Urologen	0,22
Neurochirurgen	39,13
Radiologen	0,55
Physikalische und Rehabilitat. Medizin	22,15
Sonstige	1,40
Notfallambulanzen	0,43
Einrichtungen	3,47