

## 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 § 22 der Prüfvereinbarung vom 04.04.2005

für das Jahr 2010

zwischen

**Kassenärztlicher Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**

(nachfolgend KV MV)

- einerseits -

und

**AOK Mecklenburg-Vorpommern  
Die Gesundheitskasse.  
handelnd als Landesverband**

**BKK-Landesverband NORD**

**IKK-Landesverband Nord**

**Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland,  
handelnd als Landesverband**

**Knappschaft  
handelnd als Landesverband**

**sowie den nachfolgenden Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern:**

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- Hanseatische Krankenkasse (HEK)
- Hamburg Münchener Krankenkasse
- hkk

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern**

(nachfolgend Krankenkassen)- 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 2010. Sie sehen darin für die Bildung von Richtgrößen eine maßgebliche Grundstruktur.

## **§ 1**

### **Geltungsbereich**

Die Vertragspartner vereinbaren für die in Anlage 1 dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen Richtgrößen für Heilmittel, sofern möglich, unterteilt in die Gruppen AKV (M/F) und KVdR (R).

## **§ 2**

### **Bildung der Richtgrößen**

- (1) Als Richtgrößen für das Jahr 2010 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  

65.259.161 Euro

für das Jahr 2010 festgesetzt. Er bildet das Volumen, welches zur Bildung der Richtgrößen herangezogen wird. Er schließt dem gemäß die gesetzlichen Versicherungszahlungen 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 Ausgangsvolumen 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 Prüfungsstelle nach § 106 Abs. 4a SGB V erstellt die zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGBV relevanten Statistikdaten auf Basis der nach §§ 5, 6 i. V. m. § 8 Absätze 1 und 2 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern durch die von den Vereinbarungspartnern übermittelten Daten und benennt den Krankenkassen sowie der KV MV die in eine Prüfmaßnahme zu involvierenden Ärzte bis spätestens 9 Monate nach Ablauf des Prüfzeitraumes.
- (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 be-

gründet ist (Vorab - Prüfung), wobei die Prüfungen nicht mehr als 5% der Ärzte einer Fachgruppe umfassen sollen.

Ein Verfahren zur Prüfung eines Regresses soll primär bei den Ärzten einer Fachgruppe gemäß Anlage 1 durchgeführt werden, deren Verordnungsvolumen nach Abzug der Praxisbesonderheiten das Richtgrößenvolumen um mindestens 25 % des betreffenden Zeitraumes überschreitet. Zur Entscheidungsfindung soll die Prüfungsstelle 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 die Prüfungsstelle statt.
- (4) Stellt die Prüfungsstelle eine Unwirtschaftlichkeit in dem Bereich zwischen 15 % und 25 % fest, so bestimmt sie, welche Beratungen und Kontrollmaßnahmen für die zwei darauffolgenden Kalenderjahre zu ergreifen sind.
- (5) Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 von Hundert setzt die Prüfungsstelle den, den Krankenkassen zustehenden Betrag gem. § 106 Abs. 5a SGB V fest, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Weitere Praxisbesonderheiten können auf Antrag des Arztes durch die gemeinsame Prüfungsstelle ermittelt werden (§ 106 Abs. 5a). Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich im entsprechenden Jahr um diesen Betrag. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt, die der an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Vergütung zugerechnet werden.
- (6) Soweit mit den einzelnen Krankenkassen keine gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen bestehen (z.B. aufgrund abgeschlossener Einzel-/Selektivverträge, soweit diese nicht über die KV Mecklenburg-Vorpommern abgerechnet werden) sind die diese Krankenkassen betreffenden Verordnungen und Fallzahlen nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, sofern und soweit keine Honorarabrechnungen des jeweiligen Arztes über die KVMV erfolgen.

Die Finanzierung der Prüfung und eine mögliche Regressbildung zugunsten solcher Krankenkassen kann nicht auf Kosten der verbleibenden Krankenkassen bzw. zu Lasten der von den verbleibenden Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütung erfolgen.

- (7) Ein vom Vertragsarzt zu erstattender Mehraufwand wird nach § 106 Abs. 5d SGB V abweichend von § 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V nicht festgesetzt, soweit die Prüfungsstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Ordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Die Richtgröße ist für den Zeitraum von vier Quartalen zu vereinba-

ren und für den folgenden Zeitraum zu überprüfen, soweit hierzu zwischen Vertragsarzt und Prüfungsstelle nichts anderes vereinbart ist.

## **§ 6 Daten**

- (1) Die KV M-V stellt den Landesverbänden der Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:
- Betriebsstättennummer
  - 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 2010 mit Wirkung ab 01.01.2010 in Kraft. Sie endet mit Ablauf des 31.12.2010, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Die Anlagen 1, 2 und 3 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

Schwerin, Hamburg, Lübeck, Hönow im Juli 2010 15. NOV. 2010



Dr. Wolfgang Eckert  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassennärztlichen Vereinigung  
Mecklenburg-Vorpommern



Friedrich Wilhelm Bluschke  
Vorstandsvorsitzender der  
AOK Mecklenburg-Vorpommern  
handelnd als Landesverband

*in A. [Signature]*

Vorstand  
BKK-Landesverband NORDWEST

*in A. [Signature]*

IKK NORD  
in Vertretung des  
IKK-Landesverbandes Nord

*in A. [Signature]*

Karl L. Nagel  
Verband der Ersatzkassen e.V.  
(vdek)  
Der Leiter der Landesvertretung  
Mecklenburg-Vorpommern

*[Signature]*

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Mittel- und Ostdeutschland  
handelnd als Landesverband

*[Signature]*

Knappschaft – Regionaldirektion  
Hamburg  
handelnd als Landesverband

## 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. Med

Sonstige

Notfallambulanzen

Einrichtungen

**Anlage 2**  
**Heilmittelrichtgrößen 2010**

Vergleichsgruppen	Richtgröße M/F 2010 (in EURO)	Richtgröße R 2010 (in EURO)
Allgemeinmediziner - Stadt	5,51	10,92
Allgemeinmediziner – Land	7,20	11,67
Augenärzte	0,02	0,02
Anästhesisten	3,61	5,33
Chirurgen	13,27	18,79
MKG	23,96	15,59
Gynäkologen	0,75	4,57
HNO-Ärzte	4,88	2,56
Hautärzte	0,69	1,36
Fachärztliche Internisten	2,10	3,03
Lungenärzte	0,80	0,90
Hausärztliche Internisten	4,86	7,87
Kinderärzte	11,96	17,49
Nervenärzte	11,59	18,55
Orthopäden	20,23	17,25
Urologen	0,23	0,25
Neurochirurgen	60,33	61,41
Radiologen	0,58	1,50
Physikal.Rehabilit.	18,66	16,41
Sonstige	0,29	0,14
Notfallambulanzen	0,11	0,15
Einrichtungen	7,57	7,84

### **Anlage 3**

#### **Praxisbesonderheiten für den Bereich der Heilmittel unberührt der gesetzlichen Regelung nach § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V**

1. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinien begrenzt.
2. Die Prüfungsstelle hat sämtliche, auf nachfolgende Indikationen entfallende Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Der Prüfungsausschuss hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.
3. Alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls, bei denen die Krankenkassen ihren Genehmigungsverzicht erklärt haben bzw. die durch die Krankenkassen genehmigt wurden, sind Bestandteil des Wirtschaftlichkeitsprüfverfahrens und können im Prüfverfahren einer gesonderten Betrachtung unterzogen werden.

#### **Therapie**

- 2.1 Maßnahmen der Ergotherapie
- 2.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- 2.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD
- 2.4 Manuelle Lymphdrainage (MLD)

#### **Indikationen:**

**Zu 2.1 bis 2.3** für Kinder und Jugendliche bei folgenden Indikationen:

- Hemiparesen, spastische Di- oder Tetraplegie
- Komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolisch bzw. muskuläre Systemerkrankung
- Schwere / tiefgreifende Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
- Erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung, Mehrfachbehinderung
- Palliativmedizinische Betreuung

**zu 2.3** für Kinder und Jugendliche bei folgender Indikation:

- Mukoviszidose

**zu 2.1 bis 2.3** für erwachsene Patienten bei folgenden Indikationen:

- angeborene oder erworbene Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zentralparesen, Plexusparesen Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
- schwere neurologische Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis

**zu 2.3 und 2.4**

- Maßnahmen der Physikalischen Therapie und manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen

**zu 2.4**

- Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung