

HEILMITTELVEREINBARUNG

NACH § 84 ABS. 1 SGB V

FÜR DEN BEREICH DER KV BADEN-WÜRTTEMBERG

FÜR DAS JAHR 2008

zwischen

**DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BADEN-WÜRTTEMBERG
(STUTTGART)
NACHFOLGEND KVBW GENANNT -**

sowie

DER AOK BADEN-WÜRTTEMBERG, STUTTGART,

**DEM VDAK E.V. - LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG,
STUTTGART UND**

**DEM AEV E.V. - LANDESVERTRETUNG BADEN-WÜRTTEMBERG,
STUTTGART,**

**DEM BKK LANDESVERBAND BADEN-WÜRTTEMBERG, KORNWEST-
HEIM,**

DER IKK BADEN-WÜRTTEMBERG UND HESSEN, LUDWIGSBURG,

DER LKK BADEN-WÜRTTEMBERG, STUTTGART,

DER KNAPPSCHAFT, VERWALTUNGSSTELLE MÜNCHEN,

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

wird folgende

Heilmittelvereinbarung 2008

getroffen:

Präambel

Ziel dieser Vereinbarung ist es, durch gemeinsames Handeln den Heilmittelbereich zu steuern, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen, die sich an medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses orientiert. Die Vertragspartner vereinbaren hierzu ein konkretes Ausgabenvolumen und auf die Einhaltung dieses Ausgabenvolumens ausgerichtete Maßnahmen.

1. Grundlage

Grundlage für den Abschluss dieser Vereinbarung sind die gesetzlichen Bestimmungen nach § 84 Abs. 7 i. V. mit Abs. 8 SGB V für das Jahr 2008.

2. Ausgabenvolumen für Heilmittel

Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2008 ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 32 SGB V veranlassten Leistungen von

550.392.690 EURO.

3. Unter-/Überschreitung des Ausgabenvolumens

- 3.1 Die Berechnung des tatsächlichen Ausgabenvolumens erfolgt durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 84 Abs. 5 SGB V.
- 3.2 Nach Übermittlung der arztbezogenen Ausgabendaten stellen die Vertragspartner gemeinsam fest, ob und in welcher Höhe eine Unter-/Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens eingetreten ist und welche Ursachen dafür maßgeblich sind. Dabei werden ggf. Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 5a SGB V berücksichtigt, soweit sie in dem für das Ausgabenvolumen vereinbarten Zeitraum zahlungswirksam geworden sind. Weiter sind die Anpassungsfaktoren Nr. 1, 2, 6, 7 und 8 nach § 84 Abs. 2 SGB V zu berücksichtigen, insbesondere Änderungen des Ordnungsverhaltens aufgrund der Verlagerungen von stationären Leistungen in den ambulanten Verordnungsbereich durch die DRG-Einführung in Krankenhäusern.
- 3.3 Heilmittelausgaben für Versicherte nach § 264 SGB V werden dem tatsächlichen Ausgabenvolumen nicht zugerechnet.
- 3.4 Zur Feststellung gemäß Ziffer 3.2 wird von der Arbeitsgruppe nach Ziffer 5 eine Ursachenanalyse durchgeführt, die auch die vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele berücksichtigt.

- 3.5 Überschreiten bzw. unterschreiten die tatsächlichen Ausgaben das vereinbarte Ausgabenvolumen, verständigen sich die Vertragspartner über das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung des § 84 Abs. 3 SGB V.

4. Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele

- 4.1 Zur Einhaltung des nach Ziffer 2 vereinbarten Ausgabenvolumens und zur Erreichung der Ziele dieser Vereinbarung verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele:

Der Vertragsarzt

- hat nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu prüfen, ob eine Heilmittelverordnung notwendig ist oder ob nicht besser andere Maßnahmen wie Prävention und Gesundheitsförderung, Medikamentengabe oder Hilfsmittel sowie staatliche Angebote zur heilpädagogischen Sprachförderung angebracht sind,
- hat im Einzelfall zu prüfen, ob die maximale Anzahl der im Heilmittelkatalog vorgesehenen Einzelleistungen erforderlich ist,
- hat, sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, Gruppentherapien verordnen,
- soll nur bei medizinisch begründeter Indikation ergänzende Heilmittel verordnen,
- hat nur bei medizinisch begründeter Indikation Folgeverordnungen oder Verordnungen außerhalb des Regelfalles zu verordnen,
- hat bei der Auswahl von Leistungen bei gleichem therapeutischen Nutzen die kostengünstigere wählen (z.B. bei der Wärmetherapie) und auf der Verordnung zu konkretisieren,
- soll Hausbesuche nur in zwingend medizinischen Ausnahmefällen zu verordnen,
- der Vertragsarzt soll die in dem Verordnungsforum 2 – Schwerpunkt Heilmittel - herausgegeben von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im März 2006 – bekannt gemachten Grundsätze beachten.

Stellt die Arbeitsgruppe nach Ziffer 5 darüber hinaus Wirtschaftlichkeitspotentiale fest, können die Vertragspartner weitere Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele definieren.

4.2 Wirtschaftlichkeitsziele

4.2.1 Gruppenbehandlung

Die Arbeitsgruppe gem. Ziffer 5 dieser Vereinbarung soll den Vertragspartnern geeignete Maßnahmen vorschlagen, um den Anteil der Gruppenbehandlung zu Lasten der Einzelbehandlung gegenüber dem heutigen Verordnungsstand zu erhöhen.

4.2.2 Hausbesuch:

Der Hausbesuch ist nur in zwingend medizinischen Ausnahmefällen verordnungsfähig. Dennoch besetzt der Hausbesuch in den GKV-HIS-Statistiken in allen Heilmittelbereichen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie) eine umsatzstarke Position. Die Arbeitsgruppe gem. Ziffer 5 dieser Vereinbarung soll den Vertragspartnern geeignete Maßnahmen vorschlagen, um die Anzahl der Hausbesuche wirkungsvoll zu reduzieren.

4.2.3 Massagetherapie

Im Vergleich zum Bundesgebiet wird die Massage in Baden-Württemberg überdurchschnittlich oft verordnet. In der leitliniengestützten Heilmittelbehandlung wird die Massage bereits nicht mehr berücksichtigt. Die Arbeitsgruppe gem. Ziffer 5 dieser Vereinbarung soll den Vertragspartnern geeignete Maßnahmen vorschlagen, um die Anzahl der Massagen wirkungsvoll zu reduzieren.

4.3 Die KV Baden-Württemberg gibt den Vertragsärzten die Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele für eine bedarfsgerechte Heilmittelversorgung bekannt.

4.4 Die Verbände unterrichten ihre Krankenkassen und empfehlen die Versicherten in geeigneter Weise zu informieren.

5. Arbeitsgruppe

5.1 Zur Analyse und strukturierten Bewertung von Heilmittelausgabedaten und des Verordnungsgeschehens im Bereich der KV Baden-Württemberg bilden die Vertragspartner eine gemeinsame Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe ist paritätisch besetzt mit Vertretern der Verbände und Vertretern der KV sowie maximal zwei Beratern je Verhandlungspartner. Die Arbeitsgruppe hat folgende Aufgaben:

- Beobachtung und Dokumentation der regionalen Ausgabenentwicklung,
- Bewertung der Verordnungsstrukturen – verbunden mit der Aufgabe, die Analysemöglichkeiten auf der Basis der vorhandenen Datenlage zu eruieren,
- Vorschlag von Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens,
- Bewertung des Ausgabenvolumens nach Ziffer 2 und 3,
- Ausarbeitung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach Ziffer 4 auf Fachgruppenebene,
- Preisvergleiche nach § 73 Abs. 8 SGB V entwickeln,
- Erarbeitung von Hinweisen zur Verordnung von Hausbesuchen.

Auf die Erreichung der Ziele mit den größten Einsparpotentialen ist vorrangig hinzuwirken.

5.2 Die Arbeitsgruppe nutzt insbesondere folgendes Datenmaterial

- die jeweils aktuellen GKV HIS-Auswertungen gemäß Ziffer 3 (1) der Rahmenvorgabe für Heilmittel,
- die Ergebnisse aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und
- die arztbezogene Heilmittelstatistik.

Darüber hinaus verständigen sich die Vertragspartner bei Bedarf auf weitere geeignete Steuerungsdaten.

- 5.3 Die Analyseergebnisse der Arbeitsgruppe werden im Sinne dieser Vereinbarung zu zielgerichteten Informationen und Maßnahmenvorschlägen für die Vertragspartner aufgearbeitet.
- 5.4 Die Arbeitsgruppe tagt mindestens einmal pro Quartal.
- 5.5 Die Ergebnisse der Sitzungen werden protokolliert und den Teilnehmern sowie den nicht teilnehmenden Vertragspartnern zur Verfügung gestellt. Von den Vertragspartnern umgesetzte Maßnahmen werden von der Arbeitsgruppe analysiert.

6. Maßnahmen zur Zielerreichung

- 6.1 Die von der Arbeitsgruppe vorgeschlagenen Maßnahmen werden von den Vertragspartnern bewertet. Die Vertragspartner stellen gemeinsam fest, welche Maßnahmen umgesetzt werden und stimmen die weitere Vorgehensweise ab.
- 6.2 Es sind Sofortmaßnahmen gemäß § 84 Abs. 1 SGB V zu treffen, sofern die Arbeitsgruppe innerhalb des lfd. Jahres feststellt, dass die tatsächlichen Ausgabenentwicklung für die von den Vertragsärzten im Bereich der KV Baden-Württemberg verordneten Heilmitteln von der für die Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens erforderlichen Entwicklung wesentlich abweicht. Danach entscheiden die Vertragspartner gemeinsam über die Einleitung von Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens.
- 6.3 Die KV Baden-Württemberg stellt sicher, dass die vorgesehenen Informationen in geeigneter Form (z. B. zielgruppenspezifische Rundschreiben) an die Vertragsärzte weitergegeben werden.
- 6.4 Die Krankenkassen/-Verbände verpflichten sich, ihre Mitarbeiter in geeigneter Weise zu unterrichten, sowie ihre Versicherten in geeigneter Form über die Einsparmaßnahmen zu informieren.

7. Laufzeit

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2008 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2008.

Stuttgart, Kornwestheim, Ludwigsburg, München, den 18.12.2007

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg

BKK Landesverband
Baden-Württemberg

VdAK e.V. Landesvertretung
Baden-Württemberg

AEV e.V. Landesvertretung
Baden-Württemberg

IKK Baden-Württemberg
und Hessen

LKK Baden-Württemberg

Knappschaft
Verwaltungsstelle München