

Heilmittelvereinbarung

nach § 84 Abs. 1 i. V. m. Abs. 7 SGB V für den Bereich der KV Baden Württemberg für das Jahr 2017

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

den
Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Berlin,
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Christophstraße 7, 70178 Stuttgart,

dem
BKK Landesverband Süd, Regionaldirektion Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim

der
IKK classic,
Geschäftsstelle Dresden, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als **Landwirtschaftliche Krankenkasse**,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart

der
Knappschaft, Regionaldirektion München, Friedrichstraße 19, 80801 München,

- nachfolgend „Verbände“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Grundlage	3
§ 2 Ausgabenvolumen für Heilmittel	3
§ 3 Unter-/Überschreitung des Ausgabenvolumens	3
§ 4 Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele	3
§ 5 Gemeinsame Arbeitsgruppe	4
§ 6 Maßnahmen zur Zielerreichung	5
§ 7 Salvatorische Klausel	6
§ 8 Geltungsdauer	6

Anlagenverzeichnis

Anlage I	7
Wirtschaftlichkeitsziele gemäß § 4 Abs. 2	

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

Grundlagen für diese Vereinbarung sind § 84 Abs. 1 i.V.m. Abs. 7 SGB V sowie die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V für das Jahr 2017.

§ 2 Ausgabenvolumen für Heilmittel

Die Vertragspartner vereinbaren für das Jahr 2017 ein Ausgabenvolumen für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Leistungen nach § 32 SGB V von

809.816.807 €.

§ 3 Unter-/Überschreitung des Ausgabenvolumens

- (1) Die Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 84 Abs. 5 i.V.m. Abs. 7 SGB V. Der Soll-/Ist-Vergleich erfolgt auf Basis derselben Datengrundlage.
- (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 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 i.V.m. Abs. 7 SGB V zu berücksichtigen.
- (3) Zur Feststellung einer Unter-/Überschreitung gemäß § 3 Abs. 2 wird von der Arbeitsgruppe nach § 5 eine Ursachenanalyse durchgeführt, die auch die vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele berücksichtigt.
- (4) Überschreiten bzw. unterschreiten die tatsächlichen Ausgaben das vereinbarte Ausgabenvolumen, verständigen sich die Vertragspartner über das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung des § 84 Abs. 3 i.V.m. Abs. 7 SGB V.

§ 4 Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele

- (1) Zur Einhaltung des nach § 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, Gruppen-therapien zu 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 zu wählen (z.B. bei der Wärmetherapie) und auf der Verordnung zu konkretisieren,
- soll Hausbesuche nur in zwingend medizinischen Ausnahmefällen verordnen,
- der Vertragsarzt soll die in den Verordnungsforen bekannt gemachten Grundsätze zur Heilmittelverordnung beachten,
- der Vertragsarzt soll Manuelle Therapie nur bei medizinischer Notwendigkeit verordnen.

Stellt die Arbeitsgruppe nach § 5 darüber hinaus Wirtschaftlichkeitspotentiale fest, können die Vertragspartner weitere Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele definieren. Sie stimmen sich zeitnah über konkrete Maßnahmen zur Erreichung der Wirtschaftlichkeitsziele ab.

- (2) Die Vertragspartner verständigen sich für die Erreichung von Wirtschaftlichkeitsreserven auf die Wirtschaftlichkeitsziele in der Anlage.
- (3) Die Heilmittel-Verordnungsdaten, die die KVBW zur Bekanntgabe der Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele für eine bedarfsgerechte Heilmittelversorgung benötigt, sind der KVBW zur Verfügung zu stellen. Die Arbeitsgruppe nach § 5 legt den Inhalt der Datenlieferung fest.
- (4) Die KVBW gibt den Vertragsärzten die Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele für eine bedarfsgerechte Heilmittelversorgung bekannt.
- (5) Die Verbände unterrichten ihre Krankenkassen und empfehlen, die Versicherten in geeigneter Weise zu informieren.

§ 5 Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Zur Analyse und strukturierten Bewertung von Heilmittelausgabedaten und des Verordnungsgeschehens im Bereich der KVBW bilden die Vertragspartner eine gemeinsame Arbeitsgruppe. Die Arbeitsgruppe ist paritätisch besetzt mit Vertretern der Verbände und Vertretern der KVBW sowie maximal zwei Beratern je Vertragspartner. Die Arbeitsgruppe hat folgende Aufgaben:
 - Beobachtung und Dokumentation der regionalen Ausgabenentwicklung,
 - Bewertung der Ordnungsstrukturen, verbunden mit der Aufgabe, die Analysemöglichkeiten auf der Basis der vorhandenen Datenlage zu eruieren,
 - Bewertung des Ausgabenvolumens nach §§ 2 und 3,

- Vorschlag von Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens,
- Ausarbeitung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen nach § 4 Abs. 1 auf Fachgruppenebene,
- Analyse der von den Vertragspartnern umgesetzten Maßnahmen,
- Festlegung der Inhalte der Datenlieferung nach § 4 Abs. 3,
- Entwickeln von Preisvergleichen nach § 73 Abs. 8 SGB V,
- Erarbeitung von Hinweisen zur Verordnung von Hausbesuchen.

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

- (2) Die Arbeitsgruppe erarbeitet für die Vertragspartner ein Konzept über die Prüfgegenstände und zu prüfenden Ordnungszeiträume auf Einhaltung der Heilmittel-Richtlinie nach § 92 SGB V gem. § 10 der Prüfvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Arbeitsgruppe nutzt insbesondere folgendes Datenmaterial:
 - die jeweils aktuellen GKV-HIS-Auswertungen gemäß Rahmenvorgabe für Heilmittel nach § 84 Abs. 7 i.V.m. Abs. 8 SGB V,
 - die Ergebnisse aus den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und
 - die Auswertungen des MDK Baden-Württemberg.

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

- (4) Die Analyseergebnisse der Arbeitsgruppe werden im Sinne dieser Vereinbarung zu zielgerichteten Informationen und Maßnahmenvorschlägen für die Vertragspartner aufgearbeitet.
- (5) Die Arbeitsgruppe tagt mindestens einmal pro Quartal.
- (6) Die Ergebnisse der Sitzungen werden protokolliert und den Teilnehmern sowie den nicht teilnehmenden Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 6

Maßnahmen zur Zielerreichung

- (1) Die von der Arbeitsgruppe nach § 5 vorgeschlagenen Maßnahmen werden von den Vertragspartnern bewertet. Die Vertragspartner stellen gemeinsam fest, welche Maßnahmen umgesetzt werden und stimmen die weitere Vorgehensweise ab.
- (2) Sofern die Arbeitsgruppe nach § 5 innerhalb des laufenden Jahres feststellt, dass die tatsächliche Ausgabenentwicklung für die von den Vertragsärzten im Bereich der KVBW verordneten Heilmittel nach § 32 SGB V von der für die Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens erforderlichen Entwicklung wesentlich abweicht, entscheiden die Vertragspartner gemeinsam über die Einleitung von Sofortmaßnahmen gemäß § 84 Abs. 1 i.V.m. Abs. 7 SGB V zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens.
- (3) Die KVBW stellt sicher, dass die vorgesehenen Informationen in geeigneter Form (z. B. zielgruppenspezifische Rundschreiben) an die Vertragsärzte weitergegeben werden.
- (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 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Lücke dieser Vereinbarung offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vertragspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegen kommt.

§ 8 Geltungsdauer

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2017 in Kraft und gilt bis 31.12.2017.

Anlage I

Wirtschaftlichkeitsziele gemäß § 4 Abs. 2

Nr.	Wirtschaftlichkeitsziele	Zielwert			
		Anästhesisten mit Teilnahme SV, Chirurgen, Internist. SP Rheumatologen, Pädiater, Psychiater, Kinder-/ Jugend-Psychiater, Neurochirurgen, Orthopäden, Rehamediziner, Orthopäden SP Rheuma	Internisten ohne Schwerpunkt	Hausärzte, Allgemeinmediziner	Nervenärzte, Neurologen
1	Anteil Rezepte mit ergänz. Maßnahmen an Rez. Gesamt (ET, PT)	<30%	<30%	<30%	<30%
2	Anteil PT Hausbesuch/Wegegeld an PT-Gesamt	<10%	<20%	<20%	<20%
3	Anteil ET-Hausbesuch/Wegegeld an ET-Gesamt	<10%	<10%	<30%	<20%
4	Anteil ST-Hausbesuch/Wegegeld an ST-Gesamt	<10%	<10%	<20%	<20%
5	Anteil Podo-Hausbesuch/Wegegeld an Podo-Gesamt	<10%	<10%	<10%	<10%
6	Anteil PT-Gruppentherapie an PT(EB+GB) Gesamt	Genereller Hinweis	Genereller Hinweis	Genereller Hinweis	Genereller Hinweis
7	Anteil ET-Gruppentherapie an ET(EB und GB)-Gesamt				
8	Anteil ST-Gruppentherapie an ST(EB+GB)-Gesamt				
9	Anteil teurer Wärmetherapie an Wärmetherapie Gesamt	<50%	<50%	<50%	<50%
10	Anteil Übungsbehandlung an Bewegungstherapie Gesamt(PT)	Genereller Hinweis	Genereller Hinweis	Genereller Hinweis	Genereller Hinweis

Nr.	Wirtschaftlichkeitsziele	Zielwert			
		Anästhesisten mit Teilnahme SV, Chirurgen, Internist. SP Rheumatologen, Pädiater, Psychiater, Kinder-/ Jugend-Psychiater, Neurochirurgen, Orthopäden, Rehamediziner, Orthopäden SP Rheuma	Internisten ohne Schwerpunkt	Hausärzte, Allgemeinmediziner	Nervenärzte, Neurologen
11	Anteil Verordnungen Manuelle Therapie an PT-Gesamt	<15%	<15%	<15%	<15%
12	Anteil ET-EB-motorisch-funktionell an ET-EB-Gesamt	>10%	>10%	>10%	>10%
13	Anteil VO ST-EB-30Min. an ST-EB-Gesamt	>5%	>5%	>5%	>5%
14	VO-Anteil-Manuelle Lymph. Nach Zeit: 30 Min. an MLD-Gesamt	>15%	>15%	>15%	>15%
15	VO-Anteil-Manuelle Lymph. Nach Zeit: 60 Min. an MLD-Gesamt	<30%	<30%	<30%	<30%
16	Anteil Massagetherapie an PT-Gesamt	<5%	<5%	<5%	<5%
17	Anteil an Rezepten Außerhalb d. Regelfall an Rezepten Gesamt	<20%	<20%	<20%	<20%

Abkürzungsverzeichnis:

SP	Schwerpunkt
SV	Schmerztherapievereinbarung
ET	Ergotherapie
PT	Physikalische Therapie
ST	Stimm-/Sprech-/Sprachtherapie
EB	Einzelbehandlung
GB	Gruppenbehandlung
VO	Verordnung
MLD	Manuelle Lymphdrainage