

## HEILMITTELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

über das Ausgabenvolumen, die Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele  
sowie Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens  
der Heilmittel

für das Jahr 2016

---

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)  
Berliner Allee 22, 30175 Hannover  
im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover

- der IKK classic  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

- dem BKK Landesverband Mitte,  
Siebstraße 4, 30171 Hannover

- der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover

- der Knappschaft Regionaldirektion Hannover  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

- und den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)

- BARMER GEK

- DAK-Gesundheit

- Kaufmännische Krankenkasse - KKH

- HEK - Hanseatische Krankenkasse

- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,  
An der Börse 1, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

## **PRÄAMBEL**

Gemeinsames Ziel der Vertragspartner dieser Vereinbarung ist es, auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und zugleich wirtschaftliche Heilmittelversorgung hinzuwirken, die sich an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Dazu schließen die Vertragspartner auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2016 diese Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V.

### **§ 1**

#### ***Ausgabenvolumen für das Jahr 2015***

- (1) Basis für das Ausgabenvolumen 2016 ist die Einigung im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2016 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 i. V. m. Abs. 8 SGB V und der gemeinsam vereinbarten Verordnungsgrundsätze.
- (2) Das Ausgabenvolumen wird in Höhe von  
**€ 500.000.000,00**  
festgelegt.

### **§ 2**

#### ***Verordnungsgrundsätze***

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Heilmittelversorgung im Jahr 2016 verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnungsweise (Die praktische Umsetzung in die Praxisverwaltungssoftware für Ärzte wird angestrebt und unterstützt):

- a) Vor jeder Heilmittelverordnung ist zu prüfen, ob deren medizinische Notwendigkeit gegeben ist oder ob nicht andere geeignete Maßnahmen wie Prävention und Gesundheitsförderung, Medikamentengabe oder Hilfsmittel angebracht sind.
- b) Gruppentherapie ist vor Einzeltherapie zu verordnen, soweit medizinisch und regional sinnvoll möglich.
- c) Ergänzende Heilmittel sind nur bei begründeter medizinischer Indikation zu verordnen.
- d) Die Gesamtverordnungsmenge ist unter Beachtung eines für den Patienten klar definierten Therapieziels zu bemessen. Der Regelfall gemäß der Heilmittelrichtlinie ist dabei als Maßstab zu beachten. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob die im Heilmittelkatalog angegebene maximale Anzahl der Einzelleistungen / Behandlungen erforderlich ist.
- e) Folgeverordnungen sind nur bei medizinisch begründeter Indikation zulässig, dabei ist der bisherige Therapieverlauf zu berücksichtigen.

- f) Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind als Ausnahme zu verstehen.
- g) Das Therapieziel ist mit dem Patienten zu besprechen und für den Therapeuten auf der Verordnung verständlich darzustellen. Die Erreichung des Therapieziels sollte möglichst mit dem Therapeuten vor Erstellung einer Verordnung außerhalb des Regelfalles besprochen werden.
- h) Auf der Verordnung sind eindeutige Vorgaben zur Behandlungsfrequenz anzugeben und so vorzugeben wie sie im Einzelfall zur Erreichung des Therapieziels notwendig sind.
- i) Auf jeder Verordnung sind der der Verordnung zugrundeliegende ICD-10-Code und der Indikationsschlüssel anzugeben.
- j) Eine Verordnung von Hausbesuchen erfolgt ausschließlich in zwingend medizinischen Ausnahmefällen, nicht aus sozialen oder organisatorischen Gründen. Gleiches gilt für die Ausstellung einer Krankentransportverordnung.
- k) Die Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie erfolgt nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation. Sprachförderungsmaßnahmen werden nicht zu Lasten der GKV verordnet.
- l) Podologische Leistungen werden nur bei Vorliegen eines Diabetischen Fußsyndroms mit Neuropathie und/oder Angiopathie verordnet. Die Verordnung ist entsprechen zu kennzeichnen (ICD-10-Code oder Klartextdiagnose).
- m) Die Zeiteinheiten (30/45/60 Min.) bei Lymphdrainage und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sind eindeutig vorzugeben und orientieren sich neben der Wirtschaftlichkeit an dem Therapieziel und der Belastungsfähigkeit des Patienten.
- n) Bei unspezifischem Rückenschmerz ist der Patient vorrangig auf Eigenübung (Selbstverantwortung) und alternative Behandlungsmethoden (z. B. Rehasport und Funktionstraining) hinzuweisen. Maßnahmen der Physiotherapie sollten unter Beachtung der nationalen Versorgungsleitlinie zum unspezifischen Rückenschmerz nur in Ausnahmefällen verordnet werden.
- o) Bei der Auswahl von Leistungen bei gleichem therapeutischem Nutzen sollte die kostengünstigere ausgewählt und auf dem Verordnungsblatt konkretisiert werden.

### **§ 3**

#### **Gemeinsame Arbeitsgruppe**

- (1) Zur Unterstützung der Vertragsärzte bei der Umsetzung dieser Vereinbarung einschließlich der Verordnungsgrundsätze nach § 2 bilden die Vertragspartner eine gemeinsame, paritätisch besetzte Arbeitsgruppe. Beschlüsse werden innerhalb der Arbeitsgruppe einvernehmlich gefasst.
- (2) Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, durch eine regelmäßig wiederkehrende Information an die Vertragsärzte über die Ausgabenentwicklung und einer richtlinienkonformen Verordnungsweise auf eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung mit Heilmitteln hinzuwirken. Dazu dienen die quartalsweise zusammengeführten Frühinformationen (GKV-HIS) nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 8 SGB V.
- (3) Die Arbeitsgruppe tauscht sich mindestens einmal im Quartal über die Ausgabenentwicklung und die Einhaltung der Verordnungsgrundsätze nach § 2 aus und legt fest, welche Maßnahmen zu ergreifen sind. Der Austausch wird protokolliert.
- (4) Der Vorsitz der Arbeitsgruppe wechselt jährlich zwischen KVN und einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen, beginnend mit einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen. Die Einladung zur Sitzung erfolgt über den Vorsitzenden.

### **§ 4**

#### **Maßnahmen zur Zielerreichung**

Die Vertragspartner stellen sicher, dass die von der Arbeitsgruppe nach § 3 erarbeiteten Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Kommunikation der Ziele und Maßnahmen gegenüber den Vertragsärzten und die Information der Versicherten über geeignete Informationsmedien (z. B. Mitgliederzeitschriften oder Beratungen) über eine wirtschaftliche Heilmittelversorgung.

### **§ 5**

#### **Ermittlung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2016**

- (1) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens werden die nach § 84 Abs. 8 SGB V zu erfassenden Ausgaben herangezogen. Diese Daten werden der KVN auch kassenartbezogen übermittelt.
- (2) Die Verbände stellen sicher, dass Verordnungen von Einrichtungen nach den §§ 116b, 117, 118, 118a, 119, 119a, 119b, 119c und 132d SGB V nicht zur Ermittlung des Ausgabenvolumens angerechnet werden. Sollten relevante Verordnungsvolumina dieser Einrichtungen aus der vertragsärztlichen Versorgung verlagert werden, so kann über eine Anpassung des Ausgabenvolumens verhandelt werden. Diese Verlagerung ist durch entsprechende Daten zu belegen.

- (3) Die Vereinbarungspartner vereinbaren, dass bei der Ermittlung der Einhaltung des Ausgabenvolumens 2016 die Ergebnisse der Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V mindernd zu berücksichtigen sind, die für das Verordnungsjahr 2016 rechtskräftig geworden sind und die sich auf Heilmittel-Verordnungen beziehen.

## **§ 6**

### ***Bewertung, Zielerreichungsanalyse***

Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 i. V. m. Abs. 8 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 1 Abs. 2 und die Verordnungsgrundsätze nach § 2 eingehalten wurden. Gleichzeitig prüfen die Vertragspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnissen für die zukünftige Heilmittelausgabensteuerung und Heilmittelversorgung zu ziehen sind. Die Maßnahmen der Arbeitsgruppe nach § 3 und deren Ergebnisbewertung werden dabei mit einbezogen.

## **§ 7**

### ***Laufzeit der Vereinbarung***

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2016 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2016.

Hannover, den 30.11.2015

\_\_\_\_\_  
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

\_\_\_\_\_  
AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen

\_\_\_\_\_  
BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen,  
Sachsen-Anhalt

\_\_\_\_\_  
IKK classic

\_\_\_\_\_  
SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Knappschaft - Regionaldirektion Hannover

\_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen