

## HEILMITTELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

**für das Jahr 2021**

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(\* handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
- dem BKK Landesverband Mitte,  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord –  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
  - und 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),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,  
Schillerstraße 32, 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 der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabevolumen für Heilmittel für das Jahr 2021. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung konkrete Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für das Jahr 2021 fest. Das Ziel besteht darin, im Jahr 2021 durch gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittel einzuhalten.

### **§ 1**

#### **Ausgabevolumen für das Jahr 2021**

- (1) Basis für das Ausgabevolumen 2021 ist die Einigung im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2021 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V.
- (2) Die KVN und die Verbände der Krankenkassen sowie Ersatzkassen vereinbaren ein Ausgabevolumen für die von den Vertragsärzten nach § 32 SGB V veranlassten Ausgaben für Heilmittel.

Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2021 wird prospektiv in Höhe von

**€ 837.800.000,00**

festgelegt.

- (3) Die Vertragspartner verständigen sich, die für das Jahr 2020 und 2021 auf der Bundesebene vorzunehmende Bewertung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nr. 2 SGB V beim Ausgabevolumen retrospektiv zu berücksichtigen. Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens werden die nach § 84 Abs. 5 SGB V i. V. m. Abs. 7 SGB V zu erfassenden und vom GKV-SV übermittelten Ausgaben herangezogen.
- (4) Die Verbände stellen sicher, dass Verordnungen von Einrichtungen nach den §§ 116b, 117, 118, 118a, 119, 119a, 119b, 119c 132d und 132i SGB V nicht zur Ermittlung des Ausgabenvolumens angerechnet werden. Die KVN übermittelt den Verbänden der Krankenkassen die entsprechenden BSNR, soweit diese bekannt sind, bis zum 30.09. des laufenden Jahres. Die Mitteilung der Verbände der Krankenkassen an die KVN über die Ergebnisse der arztbezogenen Erfassung der Heilmittelausgaben nach § 84 Abs. 5 SGB V an die KVN erfolgt spätestens 6 Wochen nach Veröffentlichung der Zusammenführung der

geprüften Heilmittel-Jahresdaten 2021 (GKV-HIS) durch den GKV-Spitzenverband. Sollten relevante Verordnungsvolumina der in Satz 1 genannten Einrichtungen aus der vertragsärztlichen Versorgung verlagert werden, so kann über eine Anpassung des Ausgabevolumens verhandelt werden. Diese Verlagerung ist durch entsprechende Daten zu belegen.

## **§ 2**

### **Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele**

- (1) Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Heilmittelversorgung im Jahre 2021 vereinbaren die Vertragspartner, dass bei signifikanter Verbesserung des Ordnungsverhaltens der Betriebsstätte die Durchschnittswertprüfung für das Jahr 2021 nicht eingeleitet wird.

Für das Vertragsjahr 2021 wird festgelegt, dass eine signifikante Verbesserung vorliegt, wenn je Betriebsstätte die Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten je Behandlungsfall um 1 v.H. im Vergleich zum Vorjahr unterschritten wird.

- (2) Die Prüfungsstelle führt die Berechnung zur Einhaltung des vereinbarten Zieles gemäß Abs. 1 Satz 2 durch und informiert darüber die Vertragspartner Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und die Verbände der Krankenkassen bewerten das Ergebnis. Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen und Verbände der Krankenkassen informieren die Prüfungsstelle über die BSNR/ Praxen, die das vereinbarte Ziel eingehalten haben.
- (3) Es werden alle Heilmittelverordnungen aller im Vertragsjahr in der Betriebsstätte tätigen Ärzte zugrunde gelegt. Eine Bereinigung um Verordnungen mit Praxisbesonderheiten oder Langfristgenehmigungen erfolgt nicht. Nebenbetriebsstätten werden in der Hauptbetriebsstätte zusammengefasst.

## **§ 3**

### **Verordnungsgrundsätze**

Um die Zielerreichung nach § 2 sicherzustellen verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Grundsätze einer wirtschaftlichen Ordnungsweise.

- 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 Verordnungsmenge ist unter Beachtung eines für den Patienten klar definierten Therapieziels zu bemessen. Die orientierende Behandlungsmenge 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) Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind nur bei medizinisch begründeter Indikation zulässig, dabei ist der bisherige Therapieverlauf zu berücksichtigen.
- f) Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus 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 der orientierenden Behandlungsmenge 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-, Sprach-, und Schlucktherapie 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. Ab dem 01.07.2020 sind Maßnahmen der podologischen Therapie auch ordnungsfähig, bei Schädigung als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder eines Querschnittsyndroms. Die Verordnung ist entsprechend zu kennzeichnen (ICD-10-Code oder Klartextdiagnose).
- m) Die Zeiteinheiten (30/45/60 Min.) bei Lymphdrainage und Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie 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. Reha Sport 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.

#### **§ 4**

##### **Information der Vertragsärzte**

- (1) Die Vertragspartner streben an, zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Vermeidung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Vertragsärzte durch eine frühzeitige, umfassende und zielgerichtete Information und Beratung zu unterstützen.
- (2) Insbesondere im Rahmen der Befreiung von der Durchschnittswerteprüfung gem. § 2 Abs. 1 sollen die Ärzte, welche in den Betriebsstätten tätig sind, quartalsweise eine Information über die Verordnungskosten der Vorjahre und der Abrechnungskennzahlen des Vertragsjahrs zur Orientierung erhalten. Die Information erfolgt durch gemeinsame Anschreiben von KVN und GKV-Verbände, wenn und soweit die GKV-Verbände die notwendigen Heilmittelabrechnungsdaten im Vertragsjahr zur Verfügung stellen.

#### **§ 5**

##### **Gemeinsame Arbeitsgruppe**

- (1) Die Vertragspartner bilden zur Überwachung der Umsetzung und qualitativen Weiterentwicklung dieses Vertrages die Arbeitsgruppe – Heilmittel –.
- (2) Diese Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern der Verbände und Vertretern der KVN und tagt in nicht-öffentlicher Sitzung.
- (3) Der Vorsitz der Arbeitsgruppe wechselt kalenderhalbjährlich zwischen KVN und einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen (beginnend mit einem Vertreter der Verbände). Die Einladung zur Sitzung und die Protokollführung erfolgt über den jeweiligen Vorsitzenden.
- (4) Die Arbeitsgruppe hat folgende Aufgaben:
  - zeitnahe Beobachtung der Ausgabenentwicklung für Heilmittel und situationsbedingt Erarbeitung von Maßnahmen zur Einhaltung des für das Jahr 2021 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie zur Erreichung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitsziele.
  - Erstellung und Aktualisierung von gemeinsamen Informationen und Arbeitshilfen für die Ärzte.
  - Beratung aktueller Fragestellungen mit grundsätzlicher Bedeutung für die wirtschaftliche Heilmittelversorgung.

- Beratung und Abgabe einer Stellungnahme zu Einzelfragen auf Antrag eines Vertragspartners.
  - Qualitative Weiterentwicklung des Vertrages.
- (5) Die Kosten für die Entsendung der Teilnehmer an Sitzungen der Arbeitsgruppe – Heilmittel trägt die jeweils entsendende Stelle
- (6) Die Arbeitsgruppe tagt grundsätzlich einmal im Quartal.

## **§ 6**

### **Maßnahmen zur Zielerreichung**

- (1) Die Vertragspartner stellen sicher, dass die von der Arbeitsgruppe nach § 5 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 über eine wirtschaftliche Heilmittelversorgung.
- (2) Für die Information der Vertragsärzte nach § 73 Abs. 8 SGB V stellen die Verbände der Krankenkassen zeitnah Daten und Informationen z.B. über fachgruppen- und indikationsbezogene Therapiebewertungen zur Verfügung. Dies insbesondere soweit sie für die Umsetzung der Maßnahmen nach § 5 erforderlich sind.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen oder einzelne Krankenkassen können darüber hinaus gemeinsam mit der KVN ergänzende Maßnahmen zur Unterstützung der Einhaltung des vereinbarten Ausgabevolumens anbieten (insbesondere die Darstellung der Verordnungsanteile für Heilmittel im jeweiligen Anwendungsgebiet zwecks Sicherstellung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise).

## **§ 7**

### **Bewertung, Zielerreichungsanalyse**

- (1) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabevolumens gem. § 1 werden die nach § 84 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 7 SGB V zu erfassenden und vom GKV-SV übermittelten Ausgaben herangezogen. Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 i. V. m. Abs. 7 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 1 Abs. 2 eingehalten wurde. 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 § 5 und deren Ergebnisbewertung werden dabei einbezogen.
- (2) Die Durchführung der Berechnungen zur Bewertung der Zielerreichung gem. § 2 obliegt, gemäß Prüfvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung, der Prüfungsstelle.

- (3) Die Bewertung und Zielerreichungsanalyse nach Absatz 1 sind binnen 4 Monaten nach Zugang der Feststellung des tatsächlichen Ausgabevolumens nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V gemeinsam vorzunehmen. Diese Frist kann von den Vertragspartnern im Einvernehmen verlängert werden.

## **§ 8**

### **Salvatorische Klausel**

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommt.

## **§ 9**

### **Laufzeit der Vereinbarung**

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2021 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2021.

Anlage 1: Umsetzungsregelungen zur Heilmittelvereinbarung 2021

Hannover, den 12.05.2021

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

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

\_\_\_\_\_  
BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Niedersachsen

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

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

\_\_\_\_\_  
KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord

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