

HEILMITTELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

für das Jahr 2022

.....
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 2022. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung konkrete Verordnungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für das Jahr 2022 fest. Das Ziel besteht darin, im Jahr 2022 durch gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabevolumen für das Jahr 2022

- (1) Basis für das Ausgabevolumen 2022 ist die Einigung im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2022 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V mit Stand 24.01.2022.
- (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.
 - a) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2021 wird retrospektiv in Höhe von
€ 924.095.953,89
festgelegt.
 - b) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2022 wird prospektiv in Höhe von
€ 989.983.995,40 €
festgelegt.
- (3) Die Vertragspartner verständigen sich, die für das Jahr 2022 auf der Bundesebene vorzunehmende Bewertung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 Nr. 2 SGB V beim Ausgabevolumen retrospektiv zu berücksichtigen. Gleiches gilt auch für die verursachten Verordnungskosten durch Psychotherapeuten und die Verordnungen im Rahmen der Blankoverordnung nach § 125a SGB V. 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 und 132d SGB V nicht zur Ermittlung des Ausgabenvolumens angerechnet werden. Der GKV-Spitzenverband führt jährlich unter den Krankenkassen im Frühjahr eine Abfrage der Betriebsstättennummern (BSNR) zur Vorbereitung auf das HIS-Jahresverfahren für das jeweilige Datenjahr durch. Die angefragten Angaben dienen der Abgrenzung und dem Ausschluss ambulanter Leistungsbereiche gemäß Satz 1 bei der Ermittlung der Heilmittelausgaben in den HIS-Berichtszweigen gemäß § 84 Abs. 5 SGB V. Zu diesem und zum Zweck der jährlichen Berechnung des Heilmittelausgabenvolumens gem. § 84 Abs. 1 Nr. 1 SGB V übermittelt die KVN den Verbänden der Krankenkassen die entsprechenden BSNR von Einrichtungen nach Satz 1, soweit diese bekannt sind, bis zum 30.04.2023. Die Mitteilung der Verbände der Krankenkassen an die KVN über die Ergebnisse der arztbezogenen Erfassung der Heilmittelausgaben nach § 84 Abs. 5 SGB V erfolgt spätestens 12 Wochen nach Veröffentlichung der Zusammenführung der geprüften Heilmittel-Jahresdaten 2022 (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 Ausgabenvolumens 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 2022 vereinbaren die Vertragspartner, dass bei signifikanter Verbesserung des Ordnungsverhaltens der Betriebsstätte die Durchschnittswertprüfung für das Jahr 2022 nicht eingeleitet wird.

Für das Vertragsjahr 2022 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 Verordnungsweise.

- 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. Seit dem 01.07.2020 sind Maßnahmen der podologischen Therapie auch verordnungsfähig, 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 Durchschnittswertprüfung 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 2022 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 können die Verbände der Krankenkassen zeitnah Daten und Informationen z.B. über fachgruppen- und indikationsbezogene Therapiebewertungen zur Verfügung stellen. 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 Ausgabenvolumens 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 01.01.2022 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2022.

Hannover, den 23.02.2022

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

Anlage 1 – Umsetzungsregelungen zur Heilmittelvereinbarung 2022

Gegenstand dieser Anlage IST die Regelung der konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, der Termine und der technischen Umsetzung der Heilmittelvereinbarung gemäß § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2022

Abschnitt I Definitionen und Grundsätze

§ 1

Definitionen

Nachfolgend Sind im Vertrag verwendete Begriffe und Abkürzungen definiert:

- 1) Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR): neunstellige Kennziffer je Arztpraxis, die Bestandteil der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen IST. Auch Leistungen bestehender Nebenbetriebsstätten (NBSNR) werden dieser HBSNR zugeordnet.
- 2) Behandlungseinheiten je Fall: Dieser Wert ergibt sich aus der Division der Behandlungseinheiten durch die Gesamtfallzahl je HBSNR eines Kalenderjahres.
- 3) Datenbereitstellung an die Prüfungsstelle: Die Daten werden im Wege elektronischer Datenübertragung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Prüfungsstelle übermittelt.

§ 2

Grundsätze zur Berechnung der Zielerreichung

- 1) Die Berechnung des Wirtschaftlichkeitszieles ergibt sich aus dem Verhältnis der Division der Summe der Behandlungseinheiten aller Heilmittelverordnungen durch die Gesamtfallzahl des Prüfjahres 2022 der jeweiligen HBSNR und der Division der Behandlungseinheiten aller Heilmittelverordnungen durch die Gesamtfallzahl des Vergleichsjahres 2021 der jeweiligen HBSNR (siehe Beispielrechnung in Anhang 1 a). Für die Messung der Zielerreichung wird das Ergebnis auf zwei Nachkommastellen kaufmännisch gerundet. Der § 2 der Heilmittelvereinbarung beschreibt die Systematik.
- 2) Die Berechnungsschritte erfolgen jahresweise.
- 3) Zur Befreiung von einer Durchschnittswertprüfung Heilmittel muss die HBSNR die Anzahl der verordneten Behandlungseinheiten je Behandlungsfall um 1 % gegenüber dem Vorjahr gesenkt haben.

Abschnitt II Datenbereitstellung

§ 3

Datenbereitstellung durch die KVN

Für die Berechnung der Zielerreichung werden die Stammdaten und Fallzahlen aller in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte benötigt. Zu diesem Zweck nutzt die Prüfungsstelle die pro Abrechnungsquartal von der KVN übermittelten Daten gemäß § 296 SGB V i.V.m. der geltenden Prüfvereinbarung.

§ 4

Datenbereitstellung durch die Krankenkassen

Für die Berechnung der Zielerreichung nutzt die Prüfungsstelle die – von den Krankenkassen gem. Anhang 1 b übermittelten und quartalsweise geprüften Heilmittelverordnungsdaten gem. § 296 Abs. 2 SGB V. Die Daten sind bis zum 31.08.2023 an die Prüfungsstelle zu liefern.

Anhang 1a: Berechnungsbeispiel

Anhang 1b: Datensatzbeschreibung

Anhang 1 a) Berechnungsbeispiel

Ziel:

Absenkung der verordneten Behandlungseinheiten je Behandlungsfall um 1 v.H. Vergleich zum Vorjahr.

Berechnungsbeispiel:

BSNR	LANR	Behandlungseinheiten 2020	Gesamtfallzahl 2020	Behandlungseinheiten je Fall 2020	Behandlungseinheiten 2019	Gesamtfallzahl 2019	Behandlungseinheiten je Fall 2019	Ergebnis	Ziel erreicht
123456789	987654321, 987654123	800.000	10.000	80	860.000	9.800	87,76	-8,84%	ja

Diese HBSNR kann sich durch Einhaltung des Heilmittelzieles von einer Durchschnittswertprüfung befreien.

Anhang 1 b) Datensatzbeschreibung

Datensatz der Krankenkassen:

Lieferintervall	Jährlich
Lieferzeitpunkt	bis 8 Monate nach Ablauf des Vorjahres
Anzahl	8 (4 Quartale Prüfjahr und 4 Quartale vorangegangenes Vergleichsjahr)

Datenbezeichnung		Anmerkungen
Satzversion		
LANR9		
Betriebsstättennummer		
Verordnungsquartal		
IK der Krankenkasse		
Belegidentifikation		
Heilmittelblattdatum		
Behandlungseinheiten Fahrkostenpositionen)	(ohne	Ohne Position X99 Beispiel in SQL: SUBSTRING(Heilmittelposition, 2, 2) <> '99')