

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)**, Bad Segeberg

und

der **AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse**, Dortmund

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Schwerin

der **KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord**, Hamburg

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als **landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)**, Kiel und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK),

BARMER,

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

Handelskrankenkasse (hkk),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V: **Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**, vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel

nachfolgend **Krankenkassen(-verbände)** genannt, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist, wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 84 Abs. 1, 2 und 8 SGB V folgende

## **Heilmittelvereinbarung 2018**

geschlossen:

### **§ 1**

#### **Grundsätze zur Mechanik der Festlegung der Ausgabenvolumina für Heilmittel (gemäß § 84 Abs. 1 Ziffer 1 und Abs. 2 SGB V)**

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass ein Feststellungsverfahren zur Festlegung des Ausgabenvolumens Anwendung finden soll. Das Verfahren ist grundsätzlich modular über additive Anpassungsfaktoren aufgebaut. Die zum Zeitpunkt der Verhandlung absehbaren Werte der im jeweiligen Modul erfassten (Teil-)Veränderungsrate werden festgestellt. In der Summe über alle Module ergibt sich daraufhin eine Prognose der Gesamtveränderungsrate für das Folgejahr. Der so ermittelte Wert bildet die Grundlage der vertraglichen Vereinbarung und somit das Soll-Ausgabenvolumen.

Als Anpassungsfaktoren ergeben sich nach § 84 Abs. 2 SGB V:

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Änderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V,
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Heilmittel,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Heilmittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V,
7. Veränderungen des Verordnungsumfangs von Heilmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung durch gesonderte Versorgungsverträge (z.B. DMP-Verträge) sind in diesen Verträgen zu regeln.

## § 2 Rückwirkende Festlegung der Anpassung nach § 1 für das Jahr 2017

Das Ausgabenvolumen Heilmittel wird für das Jahr 2017 gemäß der Vereinbarung der Bundesvertragspartner (Rahmenvorgaben 2018) rückwirkend angepasst:

<b>Ausgabenvolumen Heilmittel 2017 (retrospektiv) [netto]</b>	
Tatsächliche Netto-Ausgaben 2016 in EURO	207.896.196,95
Anpassungsfaktor von 4,941389 % in EURO	+ 10.272.959,19
<b>Ausgabenvolumen 2017 in EURO</b>	<b>218.169.156,14</b>

Die retrospektive Anpassung der Faktoren 2 und 6 wird für das Jahr 2017 im Zuge der Verhandlungen für das Jahr 2019 auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden GKV-HIS-Berichte vorgenommen. Die retrospektive Anpassung des Ausgabenvolumens für Heilmittel 2017 hat keine Rückwirkung auf die prospektiv ermittelten und mitgeteilten MRG-Garantievolumina 2017.

## § 3 Festlegung der Anpassung nach § 1 für das Jahr 2018

Für das Jahr 2018 wurden die Anpassungsfaktoren 3, 4, 5 und 7 gemäß § 1 aufgrund der auf Bundesebene getroffenen Vereinbarung zu einer Gesamtrate von 3,9 % zusammengefasst.

Unter Berücksichtigung der regional festzulegenden Faktoren 1, 2, 6 und 8 ergeben sich folgende Werte:

<b>Ausgabenvolumen Heilmittel 2018 (prospektiv) [netto]</b>	
Soll-Ausgaben 2017 in EURO	218.169.156,14
Anpassungsfaktor von 3,85 % in EURO	+ 8.399.512,51
<b>Ausgabenvolumen 2018 in EURO</b>	<b>226.568.668,65</b>

Die retrospektive Anpassung des Faktors 2 wird für das Jahr 2018 im Zuge der Verhandlungen für das Jahr 2020 auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden GKV-HIS-Berichte vorgenommen. Der Faktor 6 wurde prospektiv mit - 8.290.427,93 Euro bewertet. Dieser wird auf Grundlage der gemeinsam in Euro zu bewertenden Zielerreichung in 2018 und abschließend in 2019 retrospektiv angepasst. Das Bruttoverteilungsvolumen ergibt sich aus dem vereinbarten Nettoausgabenvolumen durch Erhöhung um die Zuzahlungen und die Berücksichtigung vereinbarter Abschläge. Die so ermittelte Summe von 184.995.211,61 Euro bildet die Grundlage für die Bestimmung der MRG-Garantievolumina 2018.

#### **§ 4**

##### **Datenlieferung und Maßnahmen zur Zielerreichung**

1. Die Vertragspartner verpflichten sich zur Datenlieferung, um die Aufgaben erfüllen zu können, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben.
2. Laufende Erkenntnisse und Bewertungen gemäß § 1 und § 3 werden den Vertragsärzten im Rahmen der Mitteilung der MRG-Garantievolumina, Orientierungsgrößen oder Durchschnittswerte zur Voraborientierung mitgeteilt.
3. Bei erkennbarer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens verständigen sich die Vertragspartner über Sofortmaßnahmen.
4. Die Vertragspartner verständigen sich auf Maßnahmen zur Förderung der arztindividuellen Zielerreichung und zur Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen insgesamt. Hierzu werden die Vertragspartner kurzfristig die technischen und rechtlichen Möglichkeiten prüfen und das Vorgehen abstimmen. Die Vertragspartner beabsichtigen, die Darstellungs- und Analysereserven der vorhandenen Praxissoftware zu heben und die Auswahl von Heilmitteln zu erleichtern. Ziel ist eine wirtschaftliche und rationale Verordnungsweise unter Wahrung der ärztlichen Therapiefreiheit.

#### **§ 5**

##### **Verpflichtung der Vertragspartner zur gemeinsamen Beratung im Verordnungsbereich**

Die Vertragspartner führen die Vereinbarung fort, die im Kern eine aktive Einflussnahme auf das Verordnungsverhalten unter Nutzung betriebsstättenindividueller Heilmittelinformationen beinhaltet. Einzelheiten zu dieser Heilmittelberatung sind der Anlage 1 zu entnehmen. Für den Bereich Heilmittelberatung ergeben sich nachfolgende Verpflichtungen für das Kalenderjahr 2018:

- 100 Ärzte persönlich/betriebsstättenindividuell zu beraten

Die Beratungen werden jeweils gemeinschaftlich von Vertretern der Krankenkassen(-verbände) und der KVSH durchgeführt.

a) Die KVSH stellt sicher:

- die Logistik (Planung und Einladung, Räumlichkeiten zu Beratungszwecken),
- die Datengrundlagen mit entsprechenden Beratungsmodulen und
- die persönliche Präsenz bei den Beratungen durch, zum Beispiel Beratungsärzte.

b) Die Krankenkassen(-verbände) unterstützen die KVSH durch:

- persönliches und fachliches Know-how, persönliche Präsenz von Beratern bei den gemeinsamen Beratungen und
- Datengrundlagen mit entsprechenden Beratungsmodulen.

c) Darüber hinaus organisieren die Vertragspartner gemeinsam:

- Arzt- und/oder fachgruppenbezogene Heilmittelinformationen, die zum Ziel haben, auf besondere Neuerungen oder Veränderungen in der Heilmittelverordnung hinzuweisen,
- gezielte direkte Informationen und Hinweise zur Änderung des Ordnungsverhaltens bei den Hochverordnern, z. B. in Orientierung an der TOP-10-Liste an den Verordnungsauffälligkeiten innerhalb der GKV-HIS-Berichte,
- Überprüfung der Ordnungsverhalten nach den Beratungsaktivitäten und
- schriftliche Heilmittelinformationen, die bei Bedarf erfolgen sollen (dafür geeignet sind zum Beispiel der gemeinsame Newsletter oder eine gesonderte Arztinformation).

Die Vertragspartner bewerten gemeinsam und einheitlich ab Oktober 2018, ob die o.g. Verpflichtungen eingehalten wurden.

Bei Nichterreichen der Zielkriterien wird gemeinsam geprüft und festgestellt, ob dadurch Wirtschaftlichkeitspotenziale nicht ausgeschöpft werden konnten. Ggf. wird ein regionaler Anpassungsfaktor für die Bestimmung des Ausgabenvolumens für das Jahr 2019 konsentiert.

## **§ 6 Festlegung und Bewertung der Entwicklung des Ausgabenvolumens**

Die Entwicklung des Ausgabenvolumens wird in der gemeinsamen Arbeitsgruppe bewertet. Die Bewertungen der Vertragspartner sind Grundlage für eventuelle gesamtvertragliche Regelungen.

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für 2018 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Heilmittelvereinbarung des Folgejahres und bei der Bewertung der tatsächlichen Ausgaben für 2017 und 2018 nach § 84 Abs. 3 und 8 SGB V zu berücksichtigen. Dies können insbesondere sein:

- Verordnungsanteile für Einrichtungen mit qualitätsgesicherter präsenzärztlicher Versorgung von chronisch kranken Patienten in stationären Therapieeinrichtungen gemäß der §§ 73c/140a SGB V,
- Verordnungsanteile, die aus Mehrverordnungen aus Verträgen gemäß:
  - § 115b SGB V zum ambulanten Operieren im Krankenhaus,
  - § 119b SGB V zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen resultieren,
- Veränderungen der Brutto-Netto-Quote (insb. Zuzahlungen der Versicherten),

- Kosten für Verordnungen von Heilmitteln im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V, soweit diese in die Ausgabenvolumina einfließen und
- Kosten für Verordnungen von Heilmitteln im Rahmen gesonderter Versorgungsverträge (z.B. DMP-Verträge).

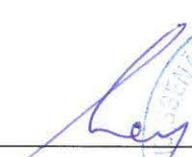
Verordnungen der Einrichtungen gemäß der §§ 116b und 118 SGB V zulasten der Krankenkassen(-verbände) sind nicht Bestandteil des Ausgabenvolumens.

Die Vertragspartner werden aufgrund dieser Bewertungen eine Anpassung der Soll-Ausgaben an die Ist-Situation prüfen.

## **§ 7** **In-Kraft-Treten**

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

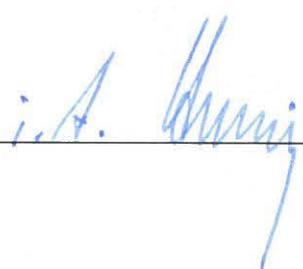
Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 22. Dezember 2017

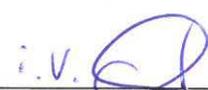
  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg



  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

  
IKK Nord,  
Schwerin

  
KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

  
SVLFG als LKK,  
Kiel



Verband der Ersatzkassen (vdek) - Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,  
Kiel

## **Anlage 1**

### **in Ergänzung zu § 5 (Verpflichtung der Vertragspartner zur gemeinsamen Heilmittelberatung)**

#### **a) Zielstellung**

1. Ziel der Verpflichtung ist es, Transparenz über die Verordnungsweise der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu schaffen und den einzelnen Arzt in seinen Bemühungen um eine qualitätsgerechte und wirtschaftliche Heilmitteltherapie zu unterstützen. Mit der Umsetzung dieser Verpflichtung soll neben der Qualitätssicherung der ärztlichen Verordnungen eine präventive Möglichkeit zur Vermeidung von Überschreitungen im Folgezeitraum geschaffen werden.
2. Zum Erreichen des Zieles werden den schleswig-holsteinischen Vertragsärzten schriftliche Informationen und/oder Beratungsgespräche auf Grundlage von aktuellen kassenübergreifenden Heilmittelrezeptdaten, wie sie beim MDK Nord vorliegen, angeboten.
3. Durch die Maßnahmen nach dieser Verpflichtung werden die ärztliche Therapiefreiheit und der Grundsatz, dass die Verordnung von Heilmittel in der Verantwortung des Vertragsarztes liegt, nicht eingeschränkt.

#### **b) Bildung einer Arbeitsgruppe**

1. Zum Erreichen der Zielstellung wird eine gemeinsame Arbeitsgruppe gebildet. Diese Arbeitsgruppe ist paritätisch aus Vertretern der KVSH und Vertretern der Krankenkassen(-verbände) zusammengesetzt.
2. Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, die inhaltlichen Grundlagen des mit dieser Verpflichtung vorgesehenen Beratungskonzeptes zu erarbeiten, beispielsweise:
  - Gestaltung und Weiterentwicklung der schriftlichen „Individuellen Heilmittelinformation“,
  - Erarbeitung der Beratungsinhalte,
  - Erstellung der Newsletter,
  - Diskussion von Verordungskriterien,
  - Vermittlung von Therapieempfehlungen.

#### **c) Auswahl der Vertragsärzte zur Beratung**

1. Die Vertragspartner dieser Verpflichtung bieten Vertragsärzten, deren Verordnungskosten in der Vergleichsgruppe überdurchschnittlich sind, eine Verordnungsanalyse an. Diese wird mit dem Vertragsarzt im Rahmen eines Beratungsgesprächs erörtert.
2. Die Teilnahme an der Beratung ist für den Vertragsarzt freiwillig. Die KVSH wird gegenüber den für das Beratungsgespräch ausgewählten Vertragsärzten darauf hinwirken, dass diese die Möglichkeit des Beratungsgesprächs wahrnehmen.

**d) Durchführung der Informationsgespräche**

1. Die Beratungsgespräche werden in der Regel von Mitarbeitern und Ärzten beider Vertragspartner geführt. In Absprache kann das Beratungsgespräch nur von einem der Vertragspartner geführt werden.
2. Der an einem Beratungsgespräch teilnehmende Vertragsarzt erhält rechtzeitig vor dem Gespräch die schriftliche Verordnungsanalyse zugesandt.
3. Bei gemeinsamen Informationsgesprächen lädt die KVSH nach vorheriger Terminabsprache mit allen Beteiligten den Vertragsarzt schriftlich ein. Auf die Zielsetzung des Gespräches ist hinzuweisen.
4. Über das Gespräch wird von den Vertragspartnern ein Kurzprotokoll erstellt.

**e) Wirtschaftlichkeitsprüfung**

Die Informationsgespräche finden außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungsweise nach den §§ 106 ff. SGB V statt. Die Regelungen der Prüfvereinbarung bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

## Protokollnotiz

### zur Heilmittelvereinbarung 2018

1. Die Vertragspartner stellen für 2018 fest, dass mit den getroffenen Vereinbarungen - insbesondere im Bereich der Zielvereinbarungen und im Beratungswesen - die Methoden vereinbart worden sind, für die im Bereich der Heilmittelverordnungen das größtmögliche und relevante Potential gesehen wird, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und Einsparungen zu erzielen.
2. Es wird die schrittweise Annäherung an das durchschnittliche Verordnungsniveau des Bundes (Basis: GKV-HIS) angestrebt. Die Vertragspartner passen den prospektiv für 2018 angenommenen Faktor für die Veränderung der Heilmittelpreise an die tatsächliche Entwicklung im Rahmen der Vertragsverhandlungen für 2020 retrospektiv an.
3. In Zusammenarbeit mit dem MDK Nord entwickeln die Vertragspartner ein gemeinsames Konzept zur Sicherstellung der richtigen und termingerechten Lieferung von Heilmittel- und Stammdaten.
4. Die Weiterentwicklung des Netto-Ausgabenvolumens (§ 3 dieser Vereinbarung) wird aus dem jeweils niedrigeren Ausgangswert gebildet; entweder aus dem retrospektiv weiterentwickelten Ausgabenvolumen gemäß der zu treffenden Vereinbarung zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband oder aus der sich für Schleswig-Holstein ergebenden Entwicklung der GKV-HIS-Ausgaben gegenüber des Vorjahreszeitraumes.
5. Die Vertragspartner beobachten die Kostenwirkungen der nach § 118a SGB V ermächtigten geriatrischen Institutsambulanzen und berücksichtigen die Abweichungen von den für 2018 getroffenen Annahmen bei der retrospektiven Bewertung der tatsächlichen Ausgaben.

Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 22. Dezember 2017

  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

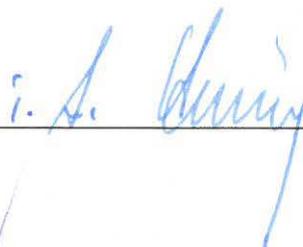




AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund



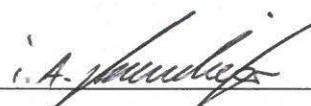
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg



IKK Nord,  
Schwerin



KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg



SVLFG als LKK,  
Kiel



Verband der Ersatzkassen (vdek) - Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,  
Kiel