

Anlage E zur Richtgrößenvereinbarung 2013

Gemeinsamer Orientierungsrahmen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände zur Verordnung von Blutzucker-Teststreifen:

Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ-2	
Nicht insulinpflichtige Diabetiker	Urin- und Blutzuckerteststreifen gemäß Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie
Insulin	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ-1	
Generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumpentherapie	
Generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (nachfolgend KV Nordrhein genannt)

- einerseits -

und

die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse der BKK-Landesverband NORDWEST
 die IKK classic
 die Knappschaft
 die Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen -zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau- (LKK NRW)
 -ab dem 01.01.2013 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau- und den Ersatzkassen
 Barmer GEK
 Techniker Krankenkasse (TK)
 DAK-Gesundheit
 KKH – Allianz (Ersatzkasse)
 HEK - Hanseatische Krankenkasse
 hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch den Leiter der Landesvertretung NRW

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

- andererseits -

schließen gemäß § 84 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V folgende

Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2013

Präambel

Die Vereinbarungspartner haben sich auf der Grundlage der Rahmenvorgaben gemäß § 84 Abs. 7 SGB V für das Jahr 2013 auf die Inhalte einer Heilmittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V verständigt. Über die Ausgabenvolumina für die insgesamt von den Vertragsärzten veranlassten Heilmittel (§ 32 SGB V) sowie auf die Einhaltung dieses Volumens ausgerichtete Maßnahmen (z. B. Information und Beratung) besteht Einvernehmen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Heilmittelversorgung hinzuwirken.

§ 1 Ausgabenvolumen 2013

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wird das Ausgabenvolumen für Heilmittel (§ 32 SGB V)

für das Jahr 2013 auf den Betrag von
485.000.000,00 €

festgelegt.

§ 2 Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die kontinuierliche Begleitung dieser Heilmittelvereinbarung obliegt der von den Vereinbarungspartnern zu bildenden und paritätisch besetzten gemeinsamen Arbeitsgruppe. Diese beobachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung durch Analyse und strukturierter Bewertung von Heilmitteldaten und des Verordnungsgeschehens und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens nach § 1 dieser Vereinbarung vor.
- (2) Für die Analyse werden die Vertragspartner der Arbeitsgruppe geeignetes Datenmaterial und verfügbare Analysen vorlegen. Aus den Analyse-Ergebnissen erarbeitet die

Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung nach § 3 konkrete Informationen und Handlungsempfehlungen für bestimmte Arztgruppen und ggf. Heilmittelerbringer zu bestimmten Heilmitteln oder Heilmittelgruppen, Krankheitsbilder bzw. Indikationsbereichen, Praxisschwerpunkten und dergleichen.

- (3) Die Vereinbarungspartner können der Arbeitsgruppe einvernehmlich weitere Aufgaben zuweisen. Ein von den Verbänden der Krankenkassen benannter Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist berechtigt, an den Sitzungen der Arbeitsgruppe ohne eigenes Stimmrecht beratend teilzunehmen.
- (4) Die Arbeitsgruppe tagt mindestens einmal pro Quartal.

§ 3

Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens

- (1) Zur Einhaltung des Ausgabenvolumens sind vielfältige Maßnahmen durchzuführen. Hierzu zählen insbesondere die Information und Beratung einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten, gezielte Hinweise zu Auffälligkeiten in der Verordnungsweise sowie Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- (2) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen der KV Nordrhein Auswertungen für die nordrheinischen Vertragsärzte aus dem GKV-HIS (Heilmittelinformationssystem) als Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V sowohl arztbezogen (HIS-Arzt) als auch KV-bezogen (HIS-KV) quartalsweise entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung.
- (3) Die Arbeitsgruppe nach § 2 berät über die Durchführung von regionalspezifischen Informationen und Beratungsmaßnahmen.
- Als Informationen kommen u. a. folgende in Betracht:
 - Listen der meist verordneten Heilmittel, ggf. fachgruppenbezogen
 - gezielte Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln (§§ 73 Abs. 8, 305 a SGB V)
 - gezielte Hinweise bei Abweichungen von der Heilmittel-Richtlinie.
 - Als Maßnahmen der Beratung kommen insbesondere folgende in Betracht:
 - Beratung von Gruppen von Vertragsärzten, ggf. einer Fachgruppe oder Region
 - Beratung von Qualitätszirkeln
 - Beratung einzelner Vertragsärzte.
- (4) Die KV Nordrhein stellt insbesondere sicher, dass die in der Arbeitsgruppe nach § 2 abgestimmten Informationen zur Verordnungsweise an die nordrheinischen Vertragsärzte in

geeigneter Weise (z. B. zielgruppenspezifische Rundschreiben, Unterrichtung von Qualitätszirkeln, schriftliche Einzel- und Gruppenberatung, gezielte Hinweise) weitergegeben werden.

- (5) Die Verbände der Krankenkassen werden die Versicherten in geeigneter Weise (z. B. Mitgliederzeitschriften, Veröffentlichungen, gemeinsame Aushänge in Arztpraxen) über die Vereinbarungsinhalte sowie einen wirtschaftlichen Umgang mit Heilmitteln informieren und beraten. Die Vereinbarungspartner stimmen sich über die Grundzüge dieser Informationen ab. Die Verbände der Krankenkassen werden darüber hinaus veranlassen, dass die Krankenkassen die Versicherten entsprechend informieren.

§ 4

Salvatorische Klausel

- (1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen soll eine erlaubte Regelung treten, die dem Willen der Parteien möglichst nahekommt.
- (2) Die mit dieser Vereinbarung getroffenen Bewertungen gemäß § 84 SGB V beruhen auf den zum Zeitpunkt der Vereinbarung verfügbaren Daten für die Heilmittel. Die Vereinbarungspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2013 zugrunde gelegten Annahmen spätestens in den Verhandlungen für das Ausgabenvolumen 2014 zu berücksichtigen.

§ 5

Laufzeit

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2013 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2013.
- (2) Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2013 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 27.11.2012

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg
gez. Günter Wältermann
Vorsitzender des Vorstandes

gez. Bernhard Brautmeier
Vorstand

BKK-Landesverband NORDWEST
gez. Ulrike Berkenhoff
Geschäftsbereichsleiterin
Vertragsmanagement

IKK classic
gez. Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein-Westfalen
gez. Peter Duschicka
Direktor

Knappschaft
gez. Bettina am Orde
Mitglied der Geschäftsführung

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
gez. Andreas Hustadt
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Vereinbarung

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
dem BKK-Landesverband NORDWEST
der IKK classic
der Knappschaft
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
-zugleich handelnd für die Krankenkasse für den Gartenbau-
(LKK NRW)
-ab dem 01.01.2013
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau-
und
den Ersatzkassen
BARMER GEK
Techniker Krankenkasse (TK)
DAK-Gesundheit
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK-Hanseatische Krankenkasse
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

über

Richtgrößen für Heilmittel 2013

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom
01.01.2013 folgende Fassung:

§ 1 Richtgrößen für Heilmittel

- (1) Für die in der Anlage 3 D genannten Arztgruppen werden jeweils die aus Anlage 3 B ersichtlichen Richtgrößen getrennt nach den beiden Versichertengruppen AKV- und KVdR festgesetzt.

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die von der KV Nordrhein erhobene Zahlenbasis der Quartale I/11 bis IV/11, getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht berücksichtigt.

§ 2 Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Heilmittel stellen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über den Spitzenverband Bund die vorläufigen Verordnungskosten im Rahmen einer standardisierten arztbezogenen Heilmittel-Frühinformation („GKV-HIS-Arzt“) als ungeprüfte Quartalsberichte entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund zur Verfügung.
- (2) Die Daten nach Absatz 1 sollen in erster Linie dem Vertragsarzt als Hilfestellung dienen, sein Heilmittelverordnungverhalten zu überprüfen. Die Frühinformation ergänzt die Datenlieferungen nach § 3. Sie dient als Trendinformation und nicht dem Zwecke einer Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 3 Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Prüfungsstelle Mitte des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats - nach Ergänzung zum Beispiel um die von außerbereichlichen Rechenzentren abgerechneten Kosten - das endgültige valide Verordnungsvolumen mit folgenden Einzelangaben:
 - Betriebsstättennummer
 - Arztnummer
 - Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in EURO (gesamt)
 - Summe der Zuzahlungen in EURO und
 - Anzahl der Ordnungsblätter.

Die Daten werden getrennt nach M, F und R übermittelt. Den Satzaufbau für die Datenlieferung legt die Anlage 3 C fest. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Verord-