

Heilmittelvereinbarung nach § 84 SGB V für das Jahr 2025

zwischen

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern,

der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München,

der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

den Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

deren

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

(nachfolgend Krankenkassen bzw. -verbände genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

(nachstehend als „KVB“ bezeichnet)

Präambel

Gemeinsames Ziel der Vereinbarungspartner ist es, auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und zugleich wirtschaftliche Heilmittelversorgung hinzuwirken, die sich an der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) in der jeweils gültigen Fassung orientiert. Durch diese Vereinbarung soll die vertragsärztliche Versorgung mit Heilmitteln sichergestellt werden. Dazu schließen die Vereinbarungspartner für das Jahr 2025 diese Heilmittelvereinbarung gemäß § 84 Abs. 7 SGB V mit Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen für die Heilmittelversorgung der Versicherten. Über das Ausgabenvolumen 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.

§ 1 Ausgabenvolumen

Unter Berücksichtigung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V wird das Ausgabenvolumen für Heilmittel (§ 32 SGB V) für das Jahr 2025 auf den Betrag in Höhe von

1.707,422 Mio. Euro

festgelegt. Einzelheiten sind in der Anlage 1 ausgewiesen.

§ 2 Verordnungsgrundsätze

- 1) Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln und zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens nach § 1 gelten für die Vertragsärzte die Verordnungsgrundsätze der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL) in der jeweils gültigen Fassung. Die unter § 2 Absatz 2 dieser Heilmittelvereinbarung aufgeführten Verordnungsgrundsätze der HeilM-RL erachten die Vereinbarungspartner als besonders wichtig. Darüber hinaus vereinbaren die Vereinbarungspartner unter Absatz 3 weitere Verordnungsgrundsätze, die den Vertragsärzten als Orientierung dienen und sie bei der wirtschaftlichen Verordnungsweise unterstützen sollen.
- 2) Allgemeine Verordnungsgrundsätze
 - a) Vor jeder Heilmittelverordnung ist zu prüfen, ob deren medizinische Notwendigkeit gegeben ist oder ob das angestrebte Therapieziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen des Patienten erreicht werden kann. Dies kann zum Beispiel durch Erlernen eines Eigenübungsprogrammes, allgemeine sportliche Betätigung, Änderung der Lebensführung oder andere geeignete Maßnahmen wie Prävention und Gesund-

- heitsförderung erfolgen. Ferner ist zu prüfen, ob eine Medikamentengabe oder Hilfsmittelversorgung indiziert ist.
- b) Die Verordnung einer Gruppentherapie ist gegenüber einer Einzeltherapie vorzuziehen, soweit dies medizinisch sinnvoll ist und nicht pandemiebedingte Gründe dagegen sprechen.
 - 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 und der Verordnungsfall gemäß der HeilM-RL sind dabei als Maßstab zu beachten. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob die im Heilmittelkatalog angegebene maximale Anzahl der Einzelleistungen / Behandlungen erforderlich ist. Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, wenn für den Patienten individuelle medizinische Gründe vorliegen.
 - e) Das Therapieziel ist mit dem Patienten zu besprechen und soll für den Therapeuten auf der Verordnung dargestellt werden.
 - f) Auf der Verordnung ist die Therapiefrequenz anzugeben. Die Angabe der Therapiefrequenz ist auch als Frequenzspanne möglich. Die Frequenzspanne soll so vorgegeben werden, wie sie im Einzelfall zur Erreichung des Therapieziels notwendig ist.
 - g) Auf jeder Verordnung ist der der Verordnung zugrundeliegende ICD-10-Code und der Indikationsschlüssel anzugeben.
 - h) Eine Verordnung von Hausbesuchen erfolgt ausschließlich in zwingend medizinischen Ausnahmefällen, nicht aus sozialen oder organisatorischen Gründen.
 - i) Podologische Leistungen werden nur bei Vorliegen eines Diabetischen Fußsyndroms und vergleichbaren Erkrankungen gemäß den Diagnosegruppen nach Nummer II. 1 und II. 2. des Heilmittelkatalogs verordnet. Die Verordnung ist entsprechend zu kennzeichnen (ICD-10-Code oder Klartextdiagnose).
 - j) Die Zeiteinheiten (30/45/60 Min.) bei Lymphdrainage und Stimm-, Sprech- und Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) sind eindeutig vorzugeben und orientieren sich bei der SSSST neben der Wirtschaftlichkeit an dem Therapieziel und der Belastungsfähigkeit des Patienten.
 - k) Bei der Auswahl von Leistungen bei gleichem therapeutischem Nutzen soll die kostengünstigere ausgewählt und auf dem Verordnungsblatt konkretisiert werden.

3) Weitere Verordnungsgrundsätze:

- a) In Pflegeheimen sollen die Vertragsärzte darauf achten, dass keine Heilmittel anstelle angezeigtter, aktivierender Pflege verordnet werden.
- b) SSSST ist nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation verordnungsfähig.
- c) Bei nichtspezifischem Kreuzschmerz soll der Patient vorrangig auf Eigenübungen (Selbstverantwortung) und weitere Behandlungsmethoden (z. B. Reha Sport und Funktionstraining) hingewiesen werden. Maßnahmen der Physiotherapie sollen unter Beachtung der nationalen Versorgungsleitlinie zum nichtspezifischem Kreuzschmerz nur in Ausnahmefällen verordnet werden.

§ 3

Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens

- 1) Zur Einhaltung und Steuerung des Ausgabenvolumens nach § 1 sowie der korrekten Umsetzung der HeilM-RL sind vielfältige Maßnahmen der KVB und der Krankenkassen bzw. -verbände erforderlich. Hierzu zählt unter anderem die gesetzlich vorgesehene Information und Beratung einzelner Vertragsärzte oder Gruppen von Vertragsärzten.
 - a) Zur Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise informieren die KVB und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte auch vergleichend über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen, einschließlich der jeweiligen Preise; zudem geben die KVB und die Krankenkassen und ihre Verbände Hinweise nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischen Nutzen (vgl. § 73 Absatz 8 SGB V).
 - b) In erforderlichen Fällen berät die KVB die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit (vgl. § 305a Satz 1 SGB V).
 - c) Die KVB leitet die monatlichen Berichte nach § 84 Abs. 5 S. 4 SGB V über die Entwicklung der Ausgaben von Heilmittelleistungen an die Vertragsärzte weiter und informiert diese hierzu arztbezogen.
- 2) Zur Einhaltung und Steuerung des Ausgabenvolumens nach § 1 sowie der korrekten Umsetzung der HeilM-RL erbringt die KVB zudem folgende Serviceleistungen:
 - a) Die KVB informiert die Vertragsärzte, einschließlich der neu Niedergelassenen, insbesondere zu Änderungen von gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen. Die Information erfolgt beispielsweise in Form von Seminaren und/oder Veröffentlichungen

zur HeilM-RL, zu den Heilmittelverordnungen und/oder zum Entlassmanagement sowie in Form von Veröffentlichungen im Internet (Verordnung aktuell, Ausfüllhilfen, FAQ). Die KVB stimmt sich hierzu ggf. mit den Krankenkassen bzw. -verbänden ab.

- b) Die KVB informiert einzelne Vertragsärzte oder Vertragsarztgruppen in individueller Form über Erkenntnisse, Auffälligkeiten und/oder weitere Besonderheiten von systematischer Bedeutung, auch nach substantiierten Hinweisen der Krankenkassen bzw. -verbände.
- 3) Die Vereinbarungspartner besprechen sich regelmäßig bzw. anlassbezogen zu wesentlichen Informationen, zur laufenden Steuerung und Umsetzung dieser Vereinbarung in gemeinsamen Sitzungen. Hierbei werden auch aktuelle Fragestellungen mit grundsätzlicher Bedeutung für die wirtschaftliche Heilmittelversorgung erörtert sowie die Heilmittelvereinbarung qualitativ weiterentwickelt.
- 4) Die Ausgabenentwicklung wird von den Vereinbarungspartnern gemeinsam beobachtet. Hieraus resultierende Maßnahmen werden gemeinsam festgelegt.

§ 4 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder nach Vereinbarungsschluss werden, so wird dadurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmung soll diejenige wirksame Regelung treten, deren Wirkung der Zielsetzung möglichst nahe kommt, die die Vereinbarungspartner mit der unwirksamen Bestimmung verfolgt haben.

§ 5 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2025 in Kraft und endet am 31.12.2025, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

München, den 20.11.2024

<p>Kassenärztliche Vereinigung Bayerns - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <p>-----</p> <p>Dr. med. Christian Pfeiffer Vorsitzender des Vorstandes</p>	<p>AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <p>-----</p>
	<p>BKK Landesverband Bayern - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <p>-----</p>
	<p>IKK classic - Körperschaft des öffentlichen Rechts -</p> <p>-----</p>
	<p>Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse</p> <p>-----</p>
	<p>Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Landesvertretung Bayern - Der Leiter der Landesvertretung -</p> <p>-----</p>
	<p>KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München -</p> <p>-----</p>

Anlage 1 zur Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2025

Ausgabenvolumen für 2025 für die vertragsärztliche Heilmittelversorgung und Berücksichtigung der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V i. V. m. Abs. 7 vom 30.09.2024

Vereinbartes Ausgabenvolumen für 2024 (in Mio. Euro) - netto:	1.623,243
Ausgabenvolumen für 2024 nach retrospektiver Anpassung (in Mio. Euro) - netto:	1.651,918
1. Veränderung der Zahl und Altersstruktur der Versicherten:	0,86%
2. Preisentwicklung bei Heilmitteln*:	1,00%
3. Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht:	
4. Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (Heilmittel-Richtlinie):	2,50%
5. Einsatz innovativer Heilmittel:	
6. Zielvereinbarungen, indikationsbezogen:	-0,50%
7. Verlagerung zwischen den Leistungsbereichen:	
8. Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen:	-0,50%
Summe der Anpassungsfaktoren (in Prozent):	3,36%
Summe der Anpassungsfaktoren (in Mio. Euro):	55,504
Ausgabenvolumen für 2025 in Mio. Euro:	1.707,422

*) Der Anpassungsfaktor wurde unter Berücksichtigung der bereits bekannten Vergütungsabschlüsse für das Jahr 2025 vorläufig mit 1,00% bewertet. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, weitere Preisanpassungen, die noch bis zum Ablauf des ersten Quartals 2025 festgesetzt oder vereinbart werden, unterjährig im Wege einer Änderungsvereinbarung zu berücksichtigen. Nach dem 31.03.2025 vereinbarte oder festgesetzte Preisveränderungen werden erst in der retrospektiven Bewertung für das Jahr 2025 in den Rahmenvorgaben 2026 bewertet werden.