

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 Vertragspartner 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 nahe kommt.
2. Die mit dieser Vereinbarung getroffenen Bewertungen gemäß § 84 SGB V beruhen auf den zum Zeitpunkt der Vereinbarung verfügbaren Daten für die Heilmittel. Die Ver-

tragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2014 zu Grunde gelegten Annahmen spätestens in den Verhandlungen für das Ausgabenvolumen 2015 zu berücksichtigen.

§ 5

Laufzeit

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2014 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2014.
2. Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2014 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 25.08.2014

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK classic

Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW

Knappschaft

Bettina am Orde
Mitglied der Geschäftsführung

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dirk Ruiss
Der Leiter der Landesvertretung NRW

VEREINBARUNG

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

der Knappschaft

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

und

den Ersatzkassen

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

DAK-Gesundheit
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK-Hanseatische Krankenkasse
Handelskrankenkasse 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 2014

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2014** 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/12 bis IV/12, 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 Heilmittelverordnungsverhalten 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 Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die KV Nordrhein übermittelt ebenfalls bis spätestens zum Ende des neunten auf das jeweilige Quartal folgenden Monats die endgültigen Fallzahlen getrennt nach M, F und R an die Prüfungsstelle. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung.

2. Die Richtgrößensumme des einzelnen Arztes ergibt sich aus der Addition der Richtgrößenvolumina des AKV- und des KVdR-Bereiches. Die Richtgrößenvolumina des AKV- und KVdR-Bereiches resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes im AKV- bzw. KVdR-Bereich. Die Richtgrößensumme wird unter Zugrundelegung der Fallzahlen des Arztes im betreffenden Quartal ermittelt; dabei werden Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie zur Konsiliaruntersuchung nicht mitberücksichtigt.
3. Für jedes Quartal übermittelt die Prüfungsstelle den von den Verbänden der Krankenkassen genannten Stellen und der KV Nordrhein auf Datenträger eine arztbezogene Übersicht über die (Brutto-) Verordnungskosten in Euro insgesamt, die abgerechneten Fallzahlen – getrennt nach AKV- und KVdR-Bereich sowie zusätzlich getrennt nach Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) und Überweisungen zur Konsiliaruntersuchung einerseits und übrige

Fallzahlen andererseits - und die Richtgrößensummen für alle in dem Quartal abrechnenden Ärzte.

§ 4

Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreiten der Richtgrößen

1. Wird das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen um mindestens 3 % unterschritten, so gehen die Vertragspartner davon aus, dass hinsichtlich des Ordnungsverhaltens der nordrheinischen Vertragsärzte grundsätzlich auf eine flächendeckende Wirtschaftlichkeitsprüfung verzichtet werden kann. Über die Umsetzung des § 106 Absatz 2 S. 7 SGB V verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich.

Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres - die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 15 % überschreitet (Prüfungsvolumen). Ein Verfahren zur Prüfung eines Pauschalregresses wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes die Richtgrößensumme des betreffenden Zeitraums um mehr als 25 % überschreitet und aufgrund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Basis der Vorab-Prüfung sind die auf der Quartalsbilanz ausgewiesenen Werte abzüglich der Summe der (Brutto-) Verordnungskosten, die auf potenzielle Praxisbesonderheiten gemäß § 5 Abs. 2 u. 3 entfielen.

2. Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle Mitte des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen des betreffenden Arztes. Die Inhalte und Strukturierung der Übersicht stimmen die Vertragspartner ab. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Ordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der KV Nordrhein.
3. Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Prüfungsstelle Mitte des neunten auf das jeweilige Kalenderjahr folgenden Monats für alle nordrheinischen Ärzte ohne Versichertenbezug auf Datenträger eine auf den Prüfzeitraum bezogene valide und mit den Angaben nach § 3 Abs. 1 wertmäßig übereinstimmende Übersicht über die Struktur der Heilmittelverordnungen des betreffenden Arztes.
4. Für die Durchführung der Prüfverfahren stellt die Prüfungsstelle folgende Daten zur Verfügung:

- Betriebsstättennummer
- Arztnummer
- Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in Euro
- Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Allgemeinversicherten und Rentnern sowie in der Gesamtzusammenfassung
- die ermittelten Richtgrößensummen in Euro
- die veranlassten Ausgaben der Betriebsstätte brutto und netto (Euro)
- Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe
- die von den Krankenkassen bzw. den Verbänden der Krankenkassen nach Absatz 2 erhaltenen Übersichten.

Den Satzaufbau für die Datenlieferungen legt die Anlage 3 C fest.

§ 5

Praxisbesonderheiten

1. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind Praxisbesonderheiten nach Maßgabe des Absatzes 2 und Anlage 3A zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinien begrenzt.
2. Die Vereinbarungspartner haben sich auf bundesweit geltende Praxisbesonderheiten verständigt (Anlage 1). Den in Anlage 1 gelisteten Diagnosen sind die jeweiligen ICD-10-Codes und Diagnosegruppen zugeordnet. Die Verordnung der jeweiligen Heilmittel (Maßnahmen der Physikalischen Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Maßnahmen der Ergotherapie) erfolgt gemäß Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V mit den dort genannten Indikationsschlüsseln.

Auf dieser Basis haben sich die Vereinbarungspartner auf Diagnosen verständigt, für die unter den in Anlage 2 genannten Voraussetzungen ein langfristiger Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1 a SGB V gesehen wird. Den in Anlage 2 gelisteten Diagnosen sind die jeweiligen ICD-10-Codes und Diagnosegruppen zugeordnet. Die Verordnung der jeweiligen Heilmittel (Maßnahmen der Physikalischen Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Maßnahmen der Ergotherapie) erfolgt gemäß Heilmittel-Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V mit den dort genannten Indikationsschlüsseln.

Als Voraussetzung für die Anerkennung als Verordnung gemäß den Anlagen 1 und 2 ist vom Vertragsarzt auf den Verordnungsvordruck 13 (Heilmittelverordnung - Verordnung von Maßnahmen der Physikalischen Therapie), 14 (Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und 18 (Heilmittelverordnung - Maßnahmen der Ergotherapie), beginnend ab dem 01.01.2013, neben der Angabe des Indikationsschlüssels zusätzlich der für die Verordnung therapierelevante (endstellige) ICD-10-Code aufzubringen.

Die Prüfungsstelle hat sämtliche, auf die in den Anlagen 1, 2 und 3A der Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung entfallenden Verordnungskosten regelmäßig als Praxisbesonderheiten zugrunde zu legen. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die unter Berücksichtigung der Aspekte des Preises und der Verordnungsmenge wirtschaftliche Versorgung begrenzt. Die Prüfungsstelle hat hierzu Feststellungen zu treffen und im Prüfbescheid darzulegen.

3. Andere Praxisbesonderheiten sind – soweit objektivierbar – zu berücksichtigen, wenn der Arzt nachweist, dass er der Art und der Anzahl nach besondere von der Arztgruppentypik abweichende Erkrankungen behandelt hat und hierdurch notwendige Mehrkosten entstanden sind. Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Höhe der hierdurch bedingten Mehrkosten begrenzt. Die schlüssige Darlegung dieser Praxisbesonderheiten sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach obliegt dem zu prüfenden Arzt.
4. Der in ein Prüfverfahren einbezogene Arzt erhält vor Einleitung weiterer Verfahrensschritte Gelegenheit, Praxisbesonderheiten darzulegen. Für Praxisbesonderheiten nach dem Absatz 2 und der Anlage 3A hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Heilmitteltherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehenen Praxisbesonderheiten im Sinne des Absatzes 3 hat der betreffende Arzt darzulegen, aufgrund welcher besonderen, der Art und der Anzahl nach von der Typik in der Arztgruppe abweichenden Erkrankungen er

- welche Heilmitteltherapien
- mit welchen (ggf. geschätzten) Mehrkosten je Behandlungsfall veranlasst hat.

§6

Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien nach Anlage 3A

Unabhängig von der Berücksichtigung der in Anlage 1 und Anlage 2 genannten Erkrankungen werden weitere Therapieformen der physikalischen Maßnahmen entsprechend der in Anlage 3 A festgelegten Indikationen, nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen, als Praxisbesonderheit anerkannt.

Die Vereinbarung des GKV Spitzenverbandes und der KBV über die Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V vom 12.11.2012 bleiben hiervon unberührt.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit setzt in jedem Fall die Dokumentation einer gesicherten Diagnose voraus.

§7

Entscheidungen der Prüfungsstelle

1. Die Prüfungsstelle kann auf die Durchführung des Prüfverfahrens verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die Überschreitung der Richtgrößensumme um mehr als 15 % durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorabprüfung). Die Prüfungsstelle spricht eine schriftliche Beratung aus, wenn die Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist und die Richtgrößensumme nicht mehr als 25 % überschritten wird.
2. Für Richtgrößenüberschreitungen von mehr als 25 %, die nicht durch Praxisbesonderheiten begründet sind, setzt die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die von der Prüfungsstelle anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die von der Prüfungsstelle zugrunde gelegte sachliche Begründung sowie die Kosten- bzw. Mehrkostenberechnung für anerkannte Praxisbesonderheiten ist ebenfalls darzulegen.
3. Die Festsetzung des Regressbetrages erfolgt unter Zugrundelegung auf Nettobasis bereinigter Werte für das Verordnungsvolumen des Arztes einerseits und für die Richtgrößensumme andererseits. Hierzu werden von den (Brutto-)Verordnungskosten des Arztes die Zuzahlungen der Versicherten subtrahiert.
4. Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nach Anerkennung der Praxisbesonderheiten wird die betroffene Praxis nach § 106 Abs. 5e SGB V individuell beraten. Die Beratung erfolgt schriftlich durch die Prüfungsstelle mit dem zusätzlichen Angebot einer ergänzenden persönlichen Beratung innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der schriftlichen Beratung der Prüfungsstelle. Das Datum der Aufgabe der schriftlichen Beratung zur Post plus drei Werkzeuge gilt als Datum der individuellen Beratung gemäß § 106 Abs. 5 e Abs.2 SGB V. Die ergänzende persönliche Beratung wird gemäß der Vereinbarung zur Intensivierung der Pharmakotherapieberatung als Gemeinschaftsaufgabe vom 01.06.2010 durchgeführt. Diese Regelung gilt auch für Verfahren, für die in 2012 ein Bescheid versandt wurde.

Im Übrigen gelten für die Durchführung der Prüfverfahren die Regelungen der Prüfvereinbarung.

§ 8

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 nahe kommt.

Amtliche Bekanntmachungen

§ 9 Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2014 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2014.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 25.08.2014

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes

**AOK Rheinland/Hamburg,
Die Gesundheitskasse**
Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST

Knappschaft
Bettina am Orde
Mitglied der Geschäftsführung

IKK classic
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

**SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse**

**Verband der Ersatzkassen e.V.
(vdek)**
Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-
Landesvertretung NRW

Anlage 1 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

Bundesweite Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V:

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
Erkrankungen des Nervensystems					
B94.1	Folgestände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 S03	EN1 / EN2	SC1/ST1/SP1/ SP3/ SP4/ SP5/ RE1/RE2 / SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C70.0 C70.1 C70.9	Bösartige Neubildungen der Meningen Hirnhäute Rückenmarkhäute Meningen, nicht näher bezeichnet				
C71.0 C71.1 C71.2 C71.3 C71.4 C71.5 C71.6 C71.7 C71.8 C71.9	Bösartige Neubildung des Gehirns Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel Inkl.: Supratentoriell o.n.A. Frontallappen Temporallappen Parietallappen Okzipitallappen Hirnventrikel, Exkl.:IV. Ventrikel (C71.7) Zerebellum Hirnstamm, Inkl.: Infratentoriell o.n.A. IV. Ventrikel Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend Gehirn, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 S01 / S03	EN1 / EN2 EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/ SP3/ SP5/ SP6/ RE1/ RE2/ SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
C72.0 C72.1 C72.2 C72.3 C72.4 C72.5 C72.8 C72.9	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems Rückenmark Cauda equina Nn. olfactorii [I. Hirnnerv], Inkl.: Bulbus olfactorius N. opticus [II. Hirnnerv] N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv] Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven, Gehirn und and. Teile d. Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet				

Amtliche Bekanntmachungen

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
G10	Chorea Huntington	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 / SP5 / SP6	
G11.0 G11.1 G11.2 G11.3 G11.4 G11.8 G11.9	Hereditäre Ataxie Angeborene nichtprogressive Ataxie Früh beginnende zerebellare Ataxie Spät beginnende zerebellare Ataxie Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem Hereditäre spastische Paraplegie Sonstige hereditäre Ataxien Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1	
G14	Postpoliosyndrom	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3	SC1	
G20.1-	Morbus Parkinson bei schwerer Beeinträchtigung Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung (Stadien 3 oder 4 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 SP6	
G35.0 G35.1- G35.2- G35.3- G35.9 G36.0 G36.1 G36.8 G36.9 G37.0 G37.1 G37.2 G37.3 G37.4 G37.5 G37.8 G37.9	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Erstmanifestation einer multiplen Sklerose Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet Sonstige akute disseminierte Demyelinisation Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit] Akute und subakute hämorrhagische Leukoencephalitis [Hurst] Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Diffuse Hirnsklerose Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum Zentrale pontine Myelinolyse Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom] Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit] Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet	ZN1/ZN2	EN1/EN2 EN3	SC1 ST1 SP5 / SP6	
G70.0	Myasthenia gravis	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 / SP6	

Amtliche Bekanntmachungen

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
G81.0 G81.1. G81.9	Hemiparese und Hemiplegie Schlafte Hemiparese und Hemiplegie Spastische Hemiparese und Hemiplegie Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	ZN1/ ZN2	EN1 / EN2		
I60.0 I60.1 I60.2 I60.3 I60.4 I60.5 I60.6 I60.7 I60.8 I60.9	Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend Sonstige Subarachnoidalblutung Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I61.0 I61.1 I61.2 I61.3 I61.4 I61.5 I61.6 I61.8 I61.9	Intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen Sonstige intrazerebrale Blutung Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
I63.0 I63.1 I63.2 I63.3 I63.4 I63.5 I63.6 I63.8 I63.9 I64.	Hirnfarkt Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien: Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig Sonstiger Hirnfarkt Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5/ SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
<i>Fortsetzung siehe nächste Seite</i>					

Amtliche Bekanntmachungen

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
	<i>Fortsetzung von vorhergehender Seite</i>				
I69.0 I69.1 I69.2 I69.3 I69.4 I69.8	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit Folgen einer Subarachnoidalblutung Folgen einer intrazerebralen Blutung Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung Folgen eines Hirninfarktes Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5/ SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
G99.2 M48.0 M50.0 M50.1 M51.0 M51.1	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Spinal(kanal)stenose Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	WS2 / EX3 ZN1/ZN2	EN3	SC1	Längstens 6 Monate nach Akutereignis Einschränkung: nur nach neuro- logischer Befund- erhebung und Einschränkung ab Kraftgrad ≤ 3
S14.0 S14.1 S14.2 S14.3 S14.4 S14.5 S14.6	Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Halswirbelsäule Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses Verletzung zervikaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses	ZN1 / ZN2 AT2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S24.0 S24.1 S24.2 S24.3 S24.4 S24.5 S24.6	Verletzungen der Nerven und des Rückenmarkes in Thoraxhöhe Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Brustwirbelsäule Verletzung peripherer Nerven des Thorax Verletzung thorakaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger Nerven des Thorax Verletzung eines nicht näher bezeichneten Nervs des Thorax	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S34.0	Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris] <i>Fortsetzung siehe nächste Seite</i>	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

Amtliche Bekanntmachungen

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
	<i>Fortsetzung von vorhergehender Seite</i>				
S34.1- S34.2	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
S34.3- S34.4	Verletzung der Cauda equina Verletzung des Plexus lumbosacralis				
S34.5	Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und				
S34.6	Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens				
S34.8	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens				
T09.3	Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2	EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Entzündliche rheumatische Erkrankungen und Kollagenosen					
M05.0- M05.1- M05.2- M05.3- M05.8- M05.9-	Seropositive chronische Polyarthritits Felty-Syndrom Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritits Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritits Seropositive chronische Polyarthritits mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme Sonstige seropositive chronische Polyarthritits Seropositive chronische Polyarthritits, nicht näher bezeichnet	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M06.0	Seronegative chronische Polyarthritits				
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit				
M07.0- M07.1- M07.2- M07.3- M07.4- M07.5- M07.6	Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten Distale interphalangeale Arthritis psoriatica Arthritis mutilans Spondylitis psoriatica Sonstige psoriatische Arthritiden Arthritis bei Crohn-Krankheit Arthritis bei Colitis ulcerosa Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M08.0- M08.1- M08.2-	Juvenile Arthritis Juvenile chronische Polyarthritits, adulter Typ Juvenile Spondylitis ankylosans Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form <i>Fortsetzung siehe nächste Seite</i>				

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie	
	<i>Fortsetzung von vorhergehender Seite</i>				
M08.3 M08.4- M08.7- M08.8- M08.9-	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form Vaskulitis bei juveniler Arthritis Sonstige juvenile Arthritis Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M34.0 M34.1 M34.2 M34.8 M34.9	Systemische Sklerose Progressive systemische Sklerose CR(E)ST-Syndrom Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert Sonstige Formen der systemischen Sklerose Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SB1 / SB5		
M45.0-	Spondylitis ankylosans Spondylitis ankylosans	WS2 / EX2 EX3	SB1 / SB5		
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem					
M89.0-	Neurodystrophie [Algodystrophie] Schulter-Hand-Syndrom Sudeck-Knochenatrophie Sympathische Reflex-Dystrophie Morbus Sudeck	EX2 / EX3 LY2 / PN	SB2 / SB6		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
Q66.0	Pes equinovarus congenitus (Klumpfuß)	EX4	SB3		
Q68.0	Angeborene Deformitäten des M. sternocleidomastoideus (Schiefhals)	EX4	SB7		
Zustand nach operativen Eingriffen des Skelettsystems					
Z98.8 i.V.m. Z89.- M75.1 M23.5	Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen In Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnose: bei Major-Amputationen mindestens einer Extremität bei rekonstruktiven Eingriffen ohne endoprothetische Versorgungen: - Läsionen der Rotatorenmanschette (Schultergelenk) - Chronische Instabilität des Kniegelenkes (Kreuzbandruptur)	EX2 / EX3	SB2 / SB3		Längstens 6 Monate nach Akutereignis
Z98.8 i.V.m Z96.6 Z96.88	bei endoprothetischer Versorgung: - Hüftgelenkersatz (total) - Kniegelenk, Schultergelenk	EX2 / EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

Praxisbesonderheiten unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs für Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V:

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie
Erkrankungen des Nervensystems				
E74.0 E75.0 E76.0	Glykogenspeicherkrankheiten (z.B. M. Pompe) GM2-Gangliosidose Inkl.: Sandhoff-Krankheit, Tay-Sachs-Krankheit Mukopolysaccharidose, Typ I Inkl.: Hurler-Scheie-Variante, Pfaundler-Hurler-Krankheit, Scheie-Krankheit	ZN1 / ZN2 PN/ AT2 WS2 / EX2 EX3 / CS SO1	EN1 / EN2 SB1 / SB7	SC1
F84.2	Rett-Syndrom	ZN1 / ZN2 WS2 / EX2 EX3 / AT2	PS1 EN1 / EN2 SB1 / SB7	SP1 / SC1
G12.0 G12.1 G12.2 G12.8 G12.9	Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann] Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie Motoneuron-Krankheit Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN3 / SB7	SC1 SP5 / SP6
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung (Stadium 5 nach Hoehn und Yahr)	ZN2	EN2	SC1 / SP6
G61.8	Länger bestehende chronische inflammatorische demyelinisierende Poly- neuropathie (CIPD) Sonstige Polyneuritiden (nur CIPD)	PN	EN3 / EN4	
G71.0	Muskeldystrophie, z.B. Typ Duchenne	ZN1 / ZN2	EN1/EN2 SB7	SC1 SP6
G80.0 G80.1 G80.2 G80.3 G80.4 G80.8 G80.9	Infantile Zerebralparese Spastische tetraplegische Zerebralparese, Spastische quadriplegische Zerebralparese Spastische diplegische Zerebralparese, Angeborene spastische Lähmung (zerebral), Spastische Zerebralparese o.n.A. Infantile hemiplegische Zerebralparese Dyskinetische Zerebralparese, Athetotische Zerebralparese, Dystone zerebrale Lähmung Ataktische Zerebralparese Sonstige infantile Zerebralparese, Mischsyndrome der Zerebralparese Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet, Zerebralparese o.n.A.	ZN1/ ZN2	EN1/ EN2	SP1 / SP2 / SP6 SC1
G82.0- G82.1- G82.2- G82.3- G82.4- G82.5-	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie Schlafte Paraparese und Paraplegie Spastische Paraparese und Paraplegie Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet Lähmung beider unterer Extremitäten o.n.A. Paraplegie (untere) o.n.A. Schlafte Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet Quadriplegie o.n.A.	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	

Amtliche Bekanntmachungen

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie
G93.1 G93.80	Wachkoma (apallisches Syndrom, auch infolge Hypoxie)	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1
Q01.0 Q01.1 Q01.2 Q01.8 Q01.9	Enzephalozele Frontale Enzephalozele Nasofrontale Enzephalozele Okzipitale Enzephalozele Enzephalozele sonstiger Lokalisationen Enzephalozele, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6
Q03.0 Q03.1 Q03.8 Q03.9	Angeborener Hydrozephalus Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturæ laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels Dandy-Walker-Syndrom Sonstiger angeborener Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6
Q04.0 Q04.1 Q04.2 Q04.3 Q04.4 Q04.5 Q04.6 Q04.8 Q04.9	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gehirns Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum Arrhinenzephalie Holoprosenzephalie-Syndrom Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns Septooptische Dysplasie Megalenzephalie Angeborene Gehirnzysten Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6
Q05.0 Q05.1 Q05.2 Q05.3 Q05.4 Q05.5 Q05.6 Q05.7 Q05.8 Q05.9	Spina bifida Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus; Lumbosakrale Spina bifida mit Hydrozephalus Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus; Lumbosakrale Spina bifida o.n.A. Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus Spina bifida, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 / SP1 SP5 / SP6
Q06.0 Q06.1 Q06.2 Q06.3 Q06.4 Q06.8 Q06.9	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes Amyelie Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks Diastematomyelie Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina Hydromyelie Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SP1 / SP5 / SP6 SC1
Q87.4	Marfan-Syndrom	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SB1 / SB7	

Amtliche Bekanntmachungen

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel					
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie			
T90.5	Folgen einer intrakraniellen Verletzung Folgen einer Verletzung, die unter S06.- klassifizierbar ist nicht umfasst: S06.0 Gehirnerschütterung umfasst: S06.1 bis S06.9 Hinweis: Folgen oder Spätfolgen, die ein Jahr oder länger nach der akuten Verletzung bestehen	ZN1 / ZN2 AT2 / S03	EN1 / EN2	SC1 SP5 / SP6			
Erkrankungen der Wirbelsäule und am Skelettsystem							
M41.0- M41.1-	Skoliose über 20° nach Cobb bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr Idiopathische Skoliose beim Kind Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen	WS2 / EX4	SB1				
Q71.0 Q71.1 Q71.2 Q71.3 Q71.4 Q71.5 Q71.6 Q71.8 Q71.9	Reduktionsdefekte der oberen Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna Spalthand Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en) Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet	CS / AT2 / PN WS2 / EX2 EX3 / ZN2 GE / LY2 S01 / S02 S03 / S04	SB3	SP5 / SP6 RE1 / RE2			
Q72.0 Q72.1 Q72.2 Q72.3 Q72.4 Q72.5 Q72.6 Q72.7 Q72.8 Q72.9	Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en) Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula Spaltfuß Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en) Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet						
Q73.0 Q73.1 Q73.8	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen) Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en) Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en) Sonstige Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremität(en)						
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita				EX3 / EX4	SB5	
Erkrankungen des Lymphsystems							
I89.0	Elephantiasis				LY2		
C00- C97	Bösartige Neubildungen nach OP / Radiatio <ul style="list-style-type: none"> • Mammakarzinom • Malignome Kopf/Hals • Malignome des kleinen Beckens 				LY3		

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm- Sprech-, Sprachtherapie
Q82.0	Hereditäres Lymphödem	LY2		
Störungen der Sprache und des Gehörs				
Q37.0 Q37.1 Q37.2 Q37.3 Q37.4 Q37.5 Q37.8 Q37.9	Gaumenspalte mit Lippenspalte Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte	SP3/SF		
Entwicklungsstörungen				
F84.0 F84.1 F84.3 F84.4 F84.5 F84.8	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen frühkindlicher Autismus Atypischer Autismus Andere desintegrative Störung des Kindesalters Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien Asperger-Syndrom Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	ZN1 / ZN2	EN1 / PS1	SP1
Q90.0 Q90.1 Q90.2 Q90.9	Down-Syndrom Trisomie 21, meiotische Non-disjunction Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 21, Translokation Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	ZN1 / ZN2	EN1	SP1 / SP3 / RE1 SC1
Q91.0 Q91.1 Q91.2 Q91.3 Q91.4 Q91.5 Q91.6 Q91.7	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom Trisomie 18, meiotische Non-disjunction Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 18, Translokation Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet Trisomie 13, meiotische Non-disjunction Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Trisomie 13, Translokation Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet	ZN1/ ZN2	EN1	SP1
Q96.0 Q96.1 Q96.2 Q96.3 Q96.4 Q96.8 Q96.9	Turner Syndrom Karyotyp 45,X Karyotyp 46,X iso (Xq) Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq) Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie Sonstige Varianten des Turner-Syndroms Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet	ZN1/ ZN2	EN1	SP1
Störungen der Atmung				
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	AT3		

Anlage 3 A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

Vereinbarung über regionale Heilmittel-Praxisbesonderheiten	
Maßnahmen der physikalischen Therapie Praxisbesonderheit der Verordnung nur nach chirurgisch orthopädischen Eingriffen	
ICD-10-Code	Diagnose
G56.0	Karpaltunnelsyndrom
I83.9	Varizen der unteren Extremität ohne Ulzeration oder Entzündung
M20.1	Hallux valgus (erworben)
M20.4	sonstige Hammerzehe(n) (erworben)
M23.20 - M23.26	Meniskusschädigungen durch alten Riss oder alte Verletzung
M23.31 - M23.36	sonstige Meniskusschädigungen
M24.41	Habituelle Luxation und Subluxation Schulterregion
M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]
M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich
M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter
M75.5	Bursitis im Schulterbereich
S52.0 - S52.9	Fraktur des Unterarmes
S83.2	Meniskusriss, akut
S83.3	Riss des Kniegelenkknorpels, akut
S83.43	Riss des fibularen Seitenbandes [Außenband]
S83.44	Riss des tibialen Seitenbandes [Innenband]
S83.5-	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes
Z47.0	Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

Anlage 3 B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Arztgruppe	Richtgröße 2014 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 6,09 RV: 18,61
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 13,03 RV: 18,54
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV: 4,90 RV: 2,84
Innere Medizin, hausärztlich	AV: 6,09 RV: 18,61
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 2,93 RV: 4,90
Kinderheilkunde	AV: 24,75 RV: 32,06
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV: 26,08 RV: 27,95

* AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte)
RV: Rentenversicherte

Die Richtgröße wird für die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung **Rheumatologie** (früher Teilgebiet „Rheumatologie“) ausgesetzt.

Anlage 3 C zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

Datensatzbeschreibung Heilmittel

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Die nachfolgenden Punkte beschreiben die Datenlieferungen von Heilmitteldaten an die Prüfungsstelle.

1 Datenformat

Die Datenlieferungen an die Prüfungsstelle erfolgen in Form von Textdateien. Der Aufbau der Dateien ist ein

Amtliche Bekanntmachungen

variables ASCII mit Semikolon (;) als Feldbegrenzer und CR+LF als Satztrenner.

1.1 Inhaltskennung

Der Dateiname beschreibt den eigentlichen Inhalt der Datei:

Feldname	Beschreibung
Lieferant	AOK, BKK, BKN, IKK, LKK oder VDK
Art	„HEIF“ Heilmittel, Frühinformation „HEIL“ Heilmittel
VerQuart	JJJJQ, Q=1-4, J
Lieferung	Laufende Nummer der Lieferung: O1 – Erste Lieferung O2 – Erste Korrekturlieferung ...

Z.B. "AOKHEIL2005101.txt" für die erste Lieferung von Heilmitteldateninformationen der AOK zum Quartal 1/2005.

1.2 Definition der Befüllvorgaben

Für jede Satzstruktur und Aggregationsstufe werden die empfohlenen Befüllvorgaben aufgelistet. Folgende Befüllvorgaben kommen in Frage:

Datensatz auf Blattebene:

M Mussfeld

Dieses Feld muss belegt werden.

K Kannfeld

Sofern Werte vorhanden sind dürfen diese geschickt werden. Ein leeres Feld ist auch zulässig.

L Leerfeld

Hier darf kein Wert eingetragen werden.

1.3 Satzbeschreibung

Die folgende Satzbeschreibung ist eine kompakte Darstellung von den beiden verschiedenen Inhaltslieferungen auf der Aggregationsstufe Heilmittelblatt:

„HEIF“ Frühinformation ohne Versichertenbezug.

„HEIL“ Heilmitteldaten mit Versichertenbezug.

Nr.	Bezeichnung	Typ	„HEIF“	„HEIL“	Beschreibung
1	Betriebsstättennummer	N9	M	M	Exakt 9 Stellen
2	Arztnummer (lebenslange)	N9	M	M	Exakt 9 Stellen (soweit diese nach BMV-Ä §44 (6) übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit „00000000“ aufgefüllt).

Nr.	Bezeichnung	Typ	„HEIF“	„HEIL“	Beschreibung
3	Verordnungsquartal	C5	M	M	JJJJQ mit Q=[1-4, J]
4	IK der KK	N9	M	M	
5	Versichertenstatus	N1	M	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegidentifikation	C68	M	M	Eindeutige Identifikation für den Heilmittelurbeleg, z.B. Belegnummer und Rechnungsnummer
7	Heilmittelblattdatum	N8	M	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
8	Versichertennummer	C50	L	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen.
9	Geburtsdatum	N8	L	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten
10	Diagnose	C8	K	M	ICD10-Normcode inkl. Zusatzkennzeichen
11	Gesamtbrutto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Gesamt-zuzahlung prozentual	N15	M	M	Betrag!, in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Pauschal-zuzahlung	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
14	Gesamt netto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionsnets, da hier Gesamrabatte und Rezeptzuzahlung berücksichtigt wird.
15	Begründungspflicht	N1	K	K	0=nein; 1=ja
16	Indikations-schlüssel	C12	K	M	Beinhaltet den Indikations-schlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog.
17	Leistungs-schlüssel 1	N5	M	M	Heilmittelpositionsnummer

Nr.	Bezeichnung	Typ	"HEIL"		Beschreibung
			"HEIL"	"HEIL"	
18	Faktor 1	N4	M	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.
19	Positionsbrutto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
20	Positionsnetto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis abzüglich aller Rabatte, die in diese Position eingegangen sind. Unberücksichtigt bleiben Zuzahlungen auf Rezeptebene.
...					
133	Leistungsschlüssel 30	N5	M	M	
134	Faktor 30	N4	M	M	
135	Positionsbrutto 30	N15	M	M	
136	Positionsnetto 30	N15	M	M	

Bei diesen Datensätzen handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl. Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2-30 sind, sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen. Der jeweilige Datensatz (Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 136 kann verzichtet werden.

2 Prozess der Datenübermittlung

Die Daten werden der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner innerhalb der in der Prüfvereinbarung genannten Fristen zur Verfügung gestellt. Die Übersendung erfolgt auf dem Postwege auf CD-ROM im Format ISO-9660. Kompression nach dem Standard ZIP ist möglich.

Fußnote:

Die Vertragspartner nehmen eine Aktualisierung der Datensatzbeschreibung über den Austausch auf Datenträger vor und stellen sicher, dass die erforderlichen Anpassungen zeitgerecht erfolgen.

Anlage 3 D zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte

Chirurgie

einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie

HNO

einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie

Innere Medizin (hausärztlich)

Innere Medizin (fachärztlich)

einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

Kinderheilkunde

Orthopädie

einschließlich orthopädischer Rheumatologie

Strukturvertrag

gemäß § 73 a SGB V

zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Hausärzte-Strukturvertrag)

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg

handelnd als Landesverband gemäß § 207 Absatz 2 SGB V
vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes

Herrn Günter Wältermann

– nachfolgend AOK oder AOK Rheinland/Hamburg genannt –

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

vertreten durch den Vorstand

– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung

Anlage 2 Übersicht der Indikationsgruppen/Diagnosen