

obachtet zeitnah die Ausgabenentwicklung und schlägt situationsbezogene Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens nach § 1 dieser Vereinbarung vor. 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.

### § 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 regionalspezifischer Beratungsmaßnahmen wie z. B. die Beratung von Qualitätszirkeln.
- (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.

### § 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 Vertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2010 zugrunde gelegten Annahmen spätestens in den Verhandlungen für das Ausgabenvolumen 2011 zu berücksichtigen.

### § 5 Laufzeit

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2010 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2010.
- (2) Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlußvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2010 erfolgt.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, den 13. November 2009

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
gez. Dr. Leonhard Hansen  
Vorstandsvorsitzender

AOK Rheinland/Hamburg  
gez. Cornelia Prüfer-Storcks  
Mitglied des Vorstandes

BKK Landesverband  
Nordrhein-Westfalen  
gez. Jörg Hoffmann  
Vorsitzender des Vorstandes

IKK Nordrhein  
Dr. Brigitte Wutschel-Monka  
Vorsitzende des Vorstandes

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Nordrhein Westfalen  
gez. Heimo-Jürgen Döge  
Hauptgeschäftsführer

Knappschaft  
Dr. Georg Greve  
Erster Direktor

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
gez. Andreas Hustadt  
Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

## Vereinbarung

zwischen

der **AOK Rheinland/Hamburg** – Die Gesundheitskasse  
dem **BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen**  
der **IKK Nordrhein**  
der **Knappschaft**  
der **Landwirtschaftlichen Krankenkasse Nordrhein-Westfalen**  
und den Ersatzkassen  
**Barmer Ersatzkasse**  
**Techniker Krankenkasse (TK)**  
**Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)**  
**KKH-Allianz (Ersatzkasse)**  
**Gmünder ErsatzKasse (GEK)**  
**HEK - Hanseatische Krankenkasse**  
**Hamburg Münchener Krankenkasse**  
**hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)**,  
vertreten durch den Leiter / in der Landesvertretung  
Nordrhein-Westfalen

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**  
vertreten durch den Vorstand

über

## Richtgrößen für Heilmittel 2010

### A

#### I. Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit WWirkung vom **01.01. 2010** 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 III/07 bis II/08, 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 Verordnungsblätter

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) Ein Prüfverfahren von Amts wegen wird durchgeführt, wenn das (Brutto-) Verordnungsvolumen des Arztes innerhalb des Kalenderjahres - die Richtgrößensumme des betref-

fenden 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 Verordnungsdaten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden. Die Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (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 zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung des §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinien begrenzt.
- (2) Die Prüfungsstelle hat sämtliche, auf nachfolgende Indikationen (gemäß Anlage 3 E) entfallende 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.

#### Therapie

- 3.1 Maßnahmen der Ergotherapie
- 3.2 Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
- 3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD
- 3.4 Manuelle Lymphdrainage (MLD)

bei folgenden Indikationen:

#### Indikationen

- Zu 3.1 bis 3.3 für Kinder und Jugendliche bei folgenden Indikationen
- Hemiparesen, spastische Di- oder Tetraplegie
  - Komplexe zerebrale Dysfunktion bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebrale Anfallsleiden oder neurodegenerative bzw. metabolisch bzw. muskuläre Systemerkrankung
  - Schwere/tiefgreifende Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
  - Erworbene und/oder angeborene schwere geistige und/oder körperliche Behinderung, Mehrfachbehinderung
  - Palliativmedizinische Betreuung
- zu 3.3 für Kinder und Jugendliche bei folgender Indikation:
- Mukoviszidose
- zu 3.1 bis 3.3 für erwachsene Patienten bei folgenden Indikationen:
- angeborene oder erworbene Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zentralparesen, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
  - schwere neurologische Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21;

Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis

zu 3.3 Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

zu 3.3 und 3.4 Maßnahmen der Physikalischen Therapie und manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen  
zu 3.4 Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung

Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

(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 hat der Arzt anzugeben, bei welchen Patienten über welche Zeiträume Heilmitteltherapien aus den betreffenden Indikationsgebieten angewandt wurden. Für vom Arzt gesehene 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

#### Entscheidungen der Prüfungsstelle

(1) Die Prüfungsstelle kann auf die Durchführung des Prüfverfahrens verzichten, wenn aufgrund der vorliegenden Daten

davon auszugehen ist, dass die Überschreitungen 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.

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

### § 7

#### 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.

### § 8

#### Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2010 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2010.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster, Bochum, den 13. November 2009

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
gez. Dr. Leonhard Hansen  
Vorsitzender des Vorstandes

AOK Rheinland/Hamburg,  
Die Gesundheitskasse  
gez. Cornelia Prüfer-Storcks  
Mitglied des Vorstandes

IKK Nordrhein  
gez. Dr. Brigitte Wutschel-Monka  
Vorsitzende des Vorstandes

Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen  
gez. Jörg Hoffmann  
Vorstandsvorsitzender

Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Nordrhein-Westfalen  
gez. Heimo-Jürgen Döge  
Hauptgeschäftsführer

Knappschaft  
gez. Dr. Georg Greve  
Erster Direktor

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

### Anlage 3 A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2010

Nicht belegt.

### Anlage 3 B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2010

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Arztgruppe	Richtgröße 2010 AV/RV* in Euro
<b>Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte</b>	AV: 5,03 RV: 17,31
<b>Chirurgie</b> einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 10,69 RV: 16,64
<b>HNO</b> einsch. Phoniatrie und Pädaudiol.	AV: 4,80 RV: 2,47
<b>Innere Medizin, hausärztlich</b>	AV: 5,03 RV: 17,31
<b>Innere Medizin, fachärztlich</b> einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 2,44 RV: 4,14
<b>Kinderheilkunde</b>	AV: 18,73 RV: 27,11
<b>Orthopädie</b> einschl. orthopädischer Rheumatol.	AV: 24,00 RV: 26,05

\*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 2010

#### 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 variables ASCII mit Semikolon (;) als Feldebegrenzer 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: 01 – Erste Lieferung 02 – 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.

## Amtliche Bekanntmachungen

Nr	Bezeichnung	Typ	„HELF“ „HEIL“		Beschreibung
1	Betriebsstättennummer	N9	M	M	Exakt 9 Stellen
2	lebenslange Arzt Nummer	N9	N	N	Exakt 9 Stellen (soweit diese nach BMV-Ä §44 (6) übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, so wird das Feld mit „00000000“ aufgefüllt).
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	Gesamtbrutto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
11	Gesamtzahlung prozentual	N15	M	M	Betrag!, in Cent, Kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Pauschalzahlung	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Gesamt netto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionnettos, da hier Gesamrabatte und Rezeptzahlung berücksichtigt wird.
14	Begründungspflicht	N1	K	K	0=nein; 1=ja

Nr	Bezeichnung	Typ	„HELF“ „HEIL“		Beschreibung
15	Indikations-schlüssel	C12	K	K	Beinhaltet den Indikationsschlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog, soweit vorhanden.
16	Leistungs- 1 schlüssel	N5	M	M	Heilmittelpositionsnummer
17	Faktor 1	N4	M	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.
18	Positionsbrutto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
19	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.
	...				
132	Leistungs-schlüssel 30	N5	M	M	
133	Faktor 30	N4	M	M	
134	Positionsbrutto 30	N15	M	M	
135	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 135 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.

### Anlage 3 D zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2010

#### Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte

#### Chirurgie

einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie

HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.

#### Innere Medizin (hausärztlich)

#### Innere Medizin (fachärztlich)

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

#### Kinderheilkunde

#### Orthopädie

einschl. orthopädischer Rheumatol.

### Anlage 3 E zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2010

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90950	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90951	<b>Manuelle Lymphdrainage</b> für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90984	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.
90985	<b>Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage</b> für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den

ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29.

Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.

#### Für Kinder und Jugendliche:

90952	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90954	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90955	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90956	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90957	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen
90958	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90959	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90960	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84
90967	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90968	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung

90969	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung
90970	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei Patienten mit Mukoviszidose
90981	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei palliativmedizinischer Betreuung
90982	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei palliativmedizinischer Betreuung
90983	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei palliativmedizinischer Betreuung

### Für Erwachsene:

90971	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90972	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90973	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90974	<b>Maßnahmen der Ergotherapie</b> bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90975	<b>Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie</b> bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis
90976	<b>Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD</b> bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach auslösendem Ereignis

90977	<b>Manuelle Lymphdrainage</b> bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung
-------	---

## Änderung der Ordnung über die Organisation der KV Nordrhein gemäß § 6 Abs. 9 e der Satzung (Organisationsordnung) vom 28.02.2004

I. Die folgenden Vorschriften der Organisationsordnung werden wie folgt neu gefasst und durch die beigelegten Anlagen ergänzt:

### § 2 Abs. 1

1. Der Kreisstellenvorstand setzt sich aus sieben ärztlichen Mitgliedern (Vertragsärzte) und ggf. einem psychotherapeutischen Mitglied, sowie ggf. einem als Krankenhausarzt ermächtigten oder in einem zugelassenen Versorgungszentrum oder bei Vertragsärzten angestellten Mitglied der KV Nordrhein aus dem Bereich der Kreisstelle zusammen. Das Nähere ergibt sich aus § 1 Abs. 3 und § 4.

### § 2 Abs. 3

3. Zu der Kreisstelle gehören die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der KV Nordrhein, die im Kreisstellenbereich ihren Vertragsarztsitz haben und, sofern eine ärztliche oder psychotherapeutische Tätigkeit – insbesondere bei einem Ruhen der Zulassung - nicht ausgeübt wird, die in diesem Bereich wohnenden Mitglieder. Ferner gehören zu der Kreisstelle die als Krankenhausarzt ermächtigten oder in einem zugelassenen Versorgungszentrum oder bei Vertragsärzten angestellten Mitglieder, die im Bereich der Kreisstelle tätig sind. Jedes Mitglied kann nur einer Kreisstelle angehören. Bei einer gleichzeitigen Zugehörigkeit zu mehreren Gruppierungen (zugelassene Ärzte/zugelassene oder angestellte Psychotherapeuten/ermächtigte Krankenhausärzte oder angestellte Ärzte) und bei Zuordnungsmöglichkeit zu mehreren Kreisstellen gilt, dass die Zulassung der Ermächtigung oder Anstellung vorgeht und bei gleichwertiger Zuordnungsmöglichkeit das Mitglied wählen kann, welcher Kreisstelle es angehören will. Zunächst wird es einer Kreisstelle zugeordnet.

### § 3 Abs. 2

2. Jedem Bezirksstellenrat gehören zusätzlich ein Vertreter der Gruppe der ermächtigten Krankenhausärzte und in zugelassenen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und ein Vertreter der psychotherapeutischen Mitglieder an.