

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

(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 Laufzeit

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2007 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2007.
- (2) Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2007 erfolgt.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster,
Bochum, den 13.11.2006*

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

*AOK Rheinland/Hamburg,
Die Gesundheitskasse
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender 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. Hans-Jürgen-Fries
Abteilungs-Direktor*

*Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V.
Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen
gez. Ulrich Mohr
stellvertr. Leiter der
Landesvertretung*

*AEV-Arbeiter-
Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen
gez. Ulrich Mohr
stellvertr. Leiter der
Landesvertretung*

Vereinbarung

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NRW**
(handelnd für die Betriebskrankenkassen)
**der Innungskrankenkasse Nordrhein
der Landwirtschaftlichen Krankenkasse NRW
der VdAK/AEV Landesvertretung NRW**
(handelnd für seine Mitgliedschaften)
der Knappschaft
(nachstehend Krankenkassen/-verbände genannt)

und

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

über

Richtgrößen für Heilmittel 2007

A

I.

**Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der
Wirtschaftlichkeitsprüfung bei
Überschreitung der Richtgrößen**

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2007** 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 Versicherungsgруппen AKV- und KVdR festgesetzt.

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die von der KV Nordrhein erhobene Zahlenbasis der Quartale I/05 bis IV/05, getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfälle, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten.

Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfällen nicht berücksichtigt.

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

§ 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 die Spitzenverbände der Krankenkassen 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 den Spitzenverbänden der Krankenkassen 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 Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses Mitte bis Ende 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:
 - 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 Prüfung der Plausibilität und Validität der Behandlungsdaten obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung. 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 Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses.

- (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 resultie-

ren 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 Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses 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 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 der Prüfungsausschuss 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 Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses Mitte bis Ende 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 Ver-

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

ordnungsdaten 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 Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses Mitte bis Ende 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 Geschäftsstelle dem Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen folgende Daten zur Verfügung:
- 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 des Arztes 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) Der Prüfungsausschuss 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. Der Prüfungsausschuss 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 und 3.4 Maßnahmen der Physikalischen Therapie und manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

- zu 3.4 Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung
- (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 des Prüfungsausschusses

- (1) Der Prüfungsausschuss 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). Der Prüfungsausschuss 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 der Prüfungsausschuss den sich daraus ergebenden Mehraufwand als pauschalen Regress fest. Die vom Prüfungsausschuss anerkannten Praxisbesonderheiten sind im Prüfbescheid zu definieren; die vom Prüfungsausschuss 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

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit dieses Vertrages im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der wirksamen Bestimmungen soll eine erlaubte Regelung treten, die dem Willen der Parteien möglichst nahe kommt.

§ 8

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2007 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2007.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster,
Bochum, den 13.11.2006*

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

*AOK Rheinland/Hamburg,
Die Gesundheitskasse
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender 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. Hans-Jürgen-Fries
Abteilungs-Direktor*

*Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V.
Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen
gez. Ulrich Mohr
stellvertr. Leiter der
Landesvertretung*

*AEV-Arbeiter-
Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen
gez. Ulrich Mohr
stellvertr. Leiter der
Landesvertretung*

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Anlage 3 A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2007

Nicht belegt.

Anlage 3 B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2007

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Arztgruppe	Richtgröße 2007 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	AV: 6,13 RV: 16,57
Chirurgie (07-09) einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 9,66 RV: 13,57
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol. (13-15)	AV: 5,71 RV: 2,69
Innere Medizin (19-22), hausärztlich	AV: 4,71 RV: 12,20
Innere Medizin (19-22), fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 1,79 RV: 3,14
Kinderheilkunde (23-25)	AV: 20,26 RV: 29,16
Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV: 25,19 RV: 25,61

*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 2007

DATENSATZBESCHREIBUNG HEILMITTEL

Satzaufbau nach § 3 Abs. 1:

Die nachfolgenden Punkte beschreiben die Datenlieferungen von Heilmitteldaten an die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses Nordrhein.

1 DATENFORMAT

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

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIF“		„HEIL“	
			M	M	M	M
1	Arztnummer	N7	M	M	Exakt 7 Stellen	
2	Verordnungsquartal	C5	M	M	JJJJQ mit Q=[1-4, J]	
3	IK der KK	N9	M	M		
4	Versichertenstatus	N1	M	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner	
5	Belegidentifikation	C68	M	M	Eineindeutige Identifikation für den Heilmittelurbeleg, z.B. Belegnummer und Rechnungsnummer	
6	Heilmittelblattdatum	N8	M	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung	
7	Versichertennummer	C50	L	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen.	
8	Geburtsdatum	N8	L	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten	

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIL“		Beschreibung
			„HEIL“	„HEIL“	
9	Gesamtbrutto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
10	Gesamtzahlung prozentual	N15	M	M	Betrag!, in Cent, Kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
11	Pauschalzahlung	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Gesamt netto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionsnettos, da hier Gesamtrabatte und Rezeptzahlung berücksichtigt wird.
13	Begründungspflicht	N1	K	K	0=nein; 1=ja
14	Indikationsschlüssel	C12	K	K	Beinhaltet den Indikationsschlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog, soweit vorhanden.
15	Leistungsschlüssel 1	N5	M	M	Heilmittelpositionsnummer
16	Faktor 1	N4	M	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.
17	Positionsbrutto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
18	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 Zahlungen auf Rezeptebene.
13	Leistungsschlüssel 1	N5	M	M	
13	Faktor 2	N4	M	M	
13	Positionsbrutto 3	N15	M	M	
13	Positionsnetto 4	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 134 kann verzichtet werden.

2 PROZESS DER DATENÜBERMITTLUNG

Die Daten werden der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses Nordrhein 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 2007

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	80-89
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie	07-09
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.	13-15
Innere Medizin (hausärztlich)	19-22
Innere Medizin (fachärztlich) einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	19-22
Kinderheilkunde	23-25
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatol.	44-46

Anlage 3 E zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2007

Symbolnummer	Praxisbesonderheit Heilmittel
90950	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
90951	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen
Für Kinder und Jugendliche:	
90952	Maßnahmen der Ergotherapie bei Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90954	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90955	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Co

**A M T L I C H E
B E K A N N T M A C H U N G E N**

	dierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen	90983	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung
		Für Erwachsene:	
90956	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen	90971	Maßnahmen der Ergotherapie bei angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z.B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90957	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen	90972	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90958	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84	90973	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90959	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84	90974	Maßnahmen der Ergotherapie 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
90960	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84	90975	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie 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
90967	Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung	90976	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD 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
90968	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung	90977	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung
90969	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung		
90970	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Mucoviszidose		
90981	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung		
90982	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung		