

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 E zur Richtgrößenvereinbarung 2008

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

Diagnose/Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ-2 Diät und Tabletten	Urinteststreifen Blutzuckerteststreifen nur in Ausnahmefällen bei Folgeerkrankungen oder pathologischer Nierenschwelle; dann höchstens 50 Teststreifen pro Quartal
Insulin	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ-1 Generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumpentherapie Generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Anlage F zur Richtgrößenvereinbarung 2008

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	80-89
Anästhesiologie	01-03
Augenheilkunde	04-06
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfallchirurgie	07-09
Gynäkologie	10-12
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.	13-15
Haut- und Geschlechtskrankheiten	16-18
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
MKG-Chirurgie	35-37
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38-40
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatol.	44-46
Urologie	56-58

Anlage 3 zur Prüfvereinbarung (01.01.2008)

Vereinbarung

zwischen

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

und

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

über

Richtgrößen für Heilmittel 2008

A

I.

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2008** 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 Versicherungsguppen AKV- und KVdR festgesetzt.

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die von der KV Nordrhein erhobene Zahlenbasis der Quartale I/06 bis IV/06, getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfälle, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-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

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 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 Prüfungsstelle 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 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 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 (Vorabprüfung). Basis der Vorabprüfung 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 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.

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

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 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 Prüfungsstelle 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 der §§ 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 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 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

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 01.01.2008 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2008.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster,
Bochum, den 02.11.2007*

<i>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. Leonhard Hansen Vorsitzender des Vorstandes</i>	<i>AOK Rheinland/Hamburg, Die Gesundheitskasse Cornelia Prüfer-Storcks Mitglied des Vorstandes</i>
--	--

<i>IKK Nordrhein Dr. Brigitte Wutschel-Monka Vorsitzende des Vorstandes</i>	<i>Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen Jörg Hoffmann Vorstandsvorsitzender</i>
---	--

<i>Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen Heimo-Jürgen Döge Hauptgeschäftsführer</i>	<i>Knappschaft Rolf Stadié Direktor</i>
--	---

<i>Verband der Angestellten- Krankenkassen e. V. Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Andreas Hustadt Leiter der Landesvertretung</i>	<i>AEV-Arbeiter-Ersatz- kassen-Verband e. V. Landesvertretung Nordrhein-Westfalen Andreas Hustadt Leiter der Landesvertretung</i>
---	---

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 2008

Nicht belegt.

Anlage 3 B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2008

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Arztgruppe	Richtgröße 2008 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 5,70 RV: 16,71
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 10,49 RV: 15,54
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol.	AV: 5,79 RV: 2,56
Innere Medizin, hausärztlich	AV: 4,53 RV: 12,65
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endo- krinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 2,28 RV: 4,02
Kinderheilkunde	AV: 19,06 RV: 27,84
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatol.	AV: 23,91 RV: 24,93

*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 2008

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 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 Heilmitteldaten-Informationen 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
			M	M	
1	Betriebsstättennummer	N9	M	M	Exakt 9 Stellen (Solange Betriebsstättennummer noch nicht vorliegt wird hier die 7-stellige Arztrechnungsnummer mit 2 Leerzeichen übertragen.)

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIF“		Beschreibung
			N	N	
2	Arztnummer	N9	N	N	Exakt 9 Stellen (Solange Betriebsstättennummer noch nicht vorliegt werden hier 9 Leerzeichen übertragen. Wenn Betriebsstättennummern vorliegen, werden Arztnummern übermittelt, 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	JJJQ 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	Gesamtnetto	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionsnettos, da hier

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIF“		Beschreibung
			K	K	
					Gesamtrabatte und Rezeptuzahlung berücksichtigt wird.
14	Begründungspflicht	N1	K	K	0 = nein; 1=ja
15	Indikationsschlüssel	C12	K	K	Beinhaltet den Indikationsschlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog, soweit vorhanden.
16	Leistungsschlüssel 1	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	Leistungsschlüssel 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.

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 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 2008

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte

Chirurgie

einschließlich Gefäß-,
Plastische, Unfall-, und Visceral-
chirurgie

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 2008

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 Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90953	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie
90954	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie

90955

Maßnahmen der Ergotherapie 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

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

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

90958

Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84

90959

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84

90960

Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84

90967

Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung

90968

Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung

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 Patienten mit Mukoviszidose

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

90981	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90982	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung
90983	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung

Für Erwachsene:

90971	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90972	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
90973	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexusparesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)
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
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
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
90977	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung

Anlage 4 zur Prüfvereinbarung (01.01.2008)

Gliederung und Muster der Honorarstatistiken

- (1) Die KV Nordrhein gliedert für jedes Abrechnungsquartal die sachlich und rechnerisch geprüften ärztlichen Leistungen in Gesamtübersichten vor Prüfung und in Frequenztabellen, die jeweils arztbezogen und fachgruppenbezogen zu erstellen sind.
- (2) Die Gesamtübersichten vor Prüfung gliedern die Leistungen auf der Grundlage des EBM in die Leistungsbereiche ambulante ärztliche Behandlung und stationäre ärztliche Behandlung und in diesem Rahmen jeweils in die Leistungsarten kurative Behandlung, Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungsuntersuchungen und Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Die Leistungsart kurative Behandlung wird jeweils zusätzlich in folgenden Leistungssparten ausgewiesen:
 - a) Gesamtleistungen
 - b) Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen ohne Methadon
 - c) Arztgruppenspezifische Leistungen
 - d) Versorgungsbereich hausärztlich:
 - Hausärztliche Strukturleistungen (ohne Ord.)
 - Ordinationskomplex
 - Allgemeine hausärztliche Versorgung
 - Hausärztliche Leistungen bei Kindern/Jugendlichen
 - e) Versorgungsbereich fachärztlich:
 - Ordinationskomplex
 - Diagn./therap. Grundleistungen/Schwerpunkt
 - f) Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (Punkte) (ohne Kapitel 31 und Laborgrundgebühr)
 - g) Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen (Euro)
 - h) Kosten
 - i) Mutterschaftsvorsorge
 - j) Früherkennungsuntersuchungen
 - k) Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V neu in den Bewertungsmaßstab eingebracht werden, sind entsprechend ihrem Leis-