

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

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER GEK
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

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

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

und

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

ü b e r

R i c h t g r ö ß e n f ü r H e i l m i t t e l

2 0 1 6

Richtgrößen für Heilmittel und Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Überschreitung der Richtgrößen

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.07.2016** 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 vier Altersgruppen festgesetzt.

Grundlage für die Ermittlung des Anteils der einzelnen Arztgruppen ist die von der KV Nordrhein erhobene Zahlenbasis der Quartale I/14 bis IV/14, getrennt nach Altersgruppen, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfälle, wiederum getrennt nach Altersgruppen. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfällen 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 (BSNR)
 - Lebenslange Arztnummer (LANR)

- Summe der (Brutto-) Verordnungskosten in Euro (gesamt)
- Summe der Zuzahlungen in Euro und
- Anzahl der Verordnungsblätter

Die Daten werden nach vier Altersgruppen (0-15, 16-49, 50-64 und ≥ 65 Jahre) aufgeschlüsselt. 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 Altersgruppen 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 der vier Altersgruppen. Die Richtgrößenvolumina der Altersgruppen resultieren aus der vorangegangenen Multiplikation der jeweiligen Richtgröße mit der jeweiligen Fallzahl des Arztes in der jeweiligen Altersgruppe. 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 Altersgruppen 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 Verordnungsverhaltens 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 Verordnungsdaten 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
 - Lebenslange Arztnummer
 - Bezeichnung und Wert der anzuwendenden Richtgrößen in Euro
 - Behandlungsfallzahlen gemäß § 3 Abs. 2, getrennt nach Altersgruppen 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 3 A zu berücksichtigen. Die Anerkennung ist auf die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 12 und 70 SGB V und der Heilmittel-Richtlinie 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 ge-

mäßig 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. 1a 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 Verordnungsvordrucken 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 3 A 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 3 A 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

Berücksichtigung bestimmter Heilmitteltherapien nach Anlage 3 A

Unabhängig von der Berücksichtigung der in Anlage 1 und Anlage 2 genannten Erkrankungen werden weitere Therapieformen der physikalischen Maßnahme 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 (Vorab-Prüfung). 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 Werktage gilt als Datum der individuellen Beratung gemäß § 106 Abs. 5e Abs.2 SGB V. Die ergänzende persönliche Beratung wird gemäß der Vereinbarung zur Intensivierung der Pharmakotherapieberatung als Gemeinschaftsaufgabe vom 01.06.2010 durchgeführt.

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 nahekommt.

§ 9

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt zum 01.07.2016 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2016.

Düsseldorf, Essen, Münster, Bochum, Dresden, den 02.06.2016

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

AOK Rheinland/Hamburg

Die Gesundheitskasse

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST

Ralf Heinser
Geschäftsbereichsleiter

IKK classic

Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Knappschaft

Bettina am Orde
Geschäftsführerin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Anlage 1 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016

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

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifi- kation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
Erkrankungen des Nervensystems					
B94.1	Folgezustände der Virusenzephalitis	ZN1 / ZN2 SO3	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 SO1 / SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1/ST1/SP1/ SP2/ SP3/ SP5/ SP6/ RE1 / RE2/ SF	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis
	Bösartige Neubildung des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems				

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
C72.0 C72.1 C72.2 C72.3 C72.4 C72.5 C72.8 C72.9	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				
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-	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] Erstmanifestation einer multiplen Sklerose Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	ZN1/ZN2	EN1/EN2 EN3	SC1 ST1 SP5 / SP6	

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
G35.2- G35.3- G35.9	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet				
	Sonstige akute disseminierte Demyelinisation				
G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]				
G36.1	Akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst]				
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation				
G36.9	Akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet				
	Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems				
G37.0	Diffuse Hirnsklerose				
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum				
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse				
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems				
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]				
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]				
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems				
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet				
G70.0	Myasthenia gravis	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 SB7	SC1 / SP6	
	Hemiparese und Hemiplegie				
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2		
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie				
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet				
	Subarachnoidalblutung	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1	Längstens 1 Jahr

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
I60.0 I60.1 I60.2 I60.3 I60.4 I60.5 I60.6 I60.7 I60.8 I60.9	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			SP5 / SP6 ST1	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	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	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SC1 SP5/ SP6 ST1	Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
I63.4 I63.5 I63.6 I63.8 I63.9 I64.	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				
	Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit				
I69.0 I69.1 I69.2 I69.3 I69.4 I69.8	Folgen einer Subarachnoidalblutung Folgen einer intrazerebralen Blutung Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung Folgen eines Hirnfarktes Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten				
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 neurologischer Befunderhebung und Einschränkung ab Kraftgrad ≤ 3
S14.0 S14.1 S14.2	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	ZN1 / ZN2 AT2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
S14.3 S14.4 S14.5 S14.6	Verletzung des Plexus brachialis Verletzung peripherer Nerven des Halses Verletzung zervikaler sympathischer Nerven Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven des Halses				
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 S34.1- S34.2 S34.3- S34.4 S34.5 S34.6 S34.8	Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes in Höhe des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris] Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes Verletzung von Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins Verletzung der Cauda equina Verletzung des Plexus lumbosacralis Verletzung sympathischer Nerven der Lendenwirbel-, Kreuzbein- und Verletzung eines oder mehrerer peripherer Nerven des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter Nerven in Höhe des Abdomens,	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2 EN3		Längstens 1 Jahr nach Akutereignis

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
	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 Polyarthrit Felty-Syndrom Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organ- systeme Sonstige seropositive chronische Polyarthrit Seropositive chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M06.0	Seronegative chronische Polyarthrit	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
M06.1	Adulte Form der Still-Krankheit	WS2 EX2 / EX3	SB1 / SB5		
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		

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
M08.0- M08.1- M08.2- M08.3 M08.4- M08.7- M08.8- M08.9-	Juvenile Arthritis Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ Juvenile Spondylitis ankylosans Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form 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

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis/ Spezifikation
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
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.	Zustand nach chirurgisch-orthopädischen Operationen In Verbindung mit einer der nachstehenden Grunddiagnose:				
Z89.-	bei Major-Amputationen mindestens einer Extremität				
M75.1 M23.5	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	bei endoprothetischer Versorgung:				
Z96.6 Z96.88	- Hüftgelenkersatz (total) - Kniegelenk, Schultergelenk	EX2 / EX3			Längstens 6 Monate nach Akutereignis

Neu:

Bedingt durch die Revision der bundesweit geltenden Klassifikation des ICD-10-GM musste die Anlage 1 entsprechend angepasst werden.

Rückwirkend zum 1. Januar 2016 wird der bis zum 31. Dezember 2015 gültige Diagnosekode Z96.6 „Vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten“ um eine fünfte Stelle ergänzt: Z96.60 bis Z96.68.

Verordnungen, die auf Grundlage der neuen Kodes ausgestellt werden, gelten wie bisher im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für sechs Monate nach dem Akutereignis als Praxisbesonderheit.

1. ICD-10	2. ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel			Hinweis / Spezifikation
			Physiotherapie	Ergotherapie	Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	
Z96.60	Z98.8	Vorhandensein einer Schulterprothese	EX2 / EX3	SB2		Längstens 6 Monate nach Akutereignis
Z96.64	Z98.8	Vorhandensein einer Hüftgelenksprothese				
Z96.65	Z98.8	Vorhandensein einer Kniegelenksprothese				

Anlage 2 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016

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 Polyneuropathie (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	Infantile Zerebralparese Spastische tetraplegische Zerebralparese, Spastische quadriplegische Zerebralparese Spastische diplegische Zerebralparese, Angeborene spastische Lähmung (zerebral), Spastische	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	SP1 / SP2 / SP6 SC1

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech-, Sprachtherapie
G80.2 G80.3 G80.4 G80.8 G80.9	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.			
G82.0- G82.1- G82.2- G82.3- G82.4- G82.5-	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie Schlaaffe 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. Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie Spastische Tetraparese und Tetraplegie Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet Quadriplegie o.n.A.	ZN1 / ZN2	EN1 / EN2	
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	Angeborener Hydrozephalus Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Lusch- kae] des vierten Ventrikels Dandy-Walker-Syndrom	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SC1 SP1 / SP5 SP6

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech-, Sprachtherapie
Q03.8 Q03.9	Sonstiger angeborener Hydrozephalus Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet			
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 Holo prosenzephalie-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	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Rückenmarkes Amyelie Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks	ZN1 / ZN2 AT2 / SO1 SO3	EN1 / EN2 EN3	SP1 / SP5 / SP6 SC1

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech-, Sprachtherapie
Q06.2 Q06.3 Q06.4 Q06.8 Q06.9	Diastematomyelie Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina Hydromyelie Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet			
Q87.4	Marfan-Syndrom	WS2 / EX2 EX3 / AT2	SB1 / SB7	
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 / SO3	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	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)	CS / AT2 / PN WS2 / EX2 EX3 / ZN2 GE / LY2 SO1 / SO2 SO3 / SO4	SB3	SP5 / SP6 RE1 / RE2

ICD-10	Diagnose	Diagnosegruppe/Indikationsschlüssel		
		Physio- therapie	Ergo- therapie	Stimm-Sprech-, Sprachtherapie
Q71.9	Reduktionsdefekt der oberen Extremität, nicht näher bezeichnet			
	Reduktionsdefekte der unteren Extremität (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)			
Q72.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en)			
Q72.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß			
Q72.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes			
Q72.3	Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen			
Q72.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs			
Q72.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia			
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula			
Q72.7	Spaltfuß			
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)			
Q72.9	Reduktionsdefekt der unteren Extremität, nicht näher bezeichnet			
	Reduktionsdefekte nicht näher bezeichneter Extremitäten (insbesondere in Folge von Contergan-Schädigungen)			
Q73.0	Angeborenes Fehlen nicht näher bezeichneter Extremität(en)			
Q73.1	Phokomelie nicht näher bezeichneter Extremität(en)			
Q73.8	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				
	Gaumenspalte mit Lippenspalte			
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			SP3 / SF
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte			
Q37.8	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit beidseitiger Lippenspalte			
Q37.9	Gaumenspalte, nicht näher bezeichnet, mit einseitiger Lippenspalte			
Entwicklungsstörungen				
	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen			
F84.0	frühkindlicher Autismus	ZN1 / ZN2	EN1 / PS1	SP1
F84.1	Atypischer Autismus			
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters			
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien			
F84.5	Asperger-Syndrom			
F84.8	Sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen			

Q90.0	Down-Syndrom Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	ZN1 / ZN2	EN1	SP1 / SP3 / RE1 SC1
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q90.2	Trisomie 21, Translokation			
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q91.0	Edwards-Syndrom und Patau-Syndrom Trisomie 18, meiotische Non-disjunction	ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.2	Trisomie 18, Translokation			
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction			
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)			
Q91.6	Trisomie 13, Translokation			
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Q96.0	Turner-Syndrom Karyotyp 45,X	ZN1 / ZN2	EN1	SP1
Q96.1	Karyotyp 46,X iso (Xq)			
Q96.2	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)			
Q96.3	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY			
Q96.4	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie			
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms			
Q96.9	Turner-Syndrom, nicht näher bezeichnet			
Störungen der Atmung				
E84.9	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	AT3		

Anlage 3 A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016

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 2016

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Fachgruppe	Alters-Gruppe [Jahre]			
	0-15	16-49	50-64	≥65
80 Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	7,93 €	5,12 €	9,55 €	21,26 €
07 Chirurgie (07-09)	2,08 €	11,81 €	18,58 €	21,70 €
13 HNO (13-15) einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie	14,92 €	2,50 €	3,10 €	2,87 €
19 Innere Medizin, hausärztlich (19-22)	7,93 €	5,12 €	9,55 €	21,26 €
19 Innere Medizin, fachärztlich (19-22) einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	1,12 €	2,89 €	4,37 €	5,17 €
23 Kinderheilkunde (23-25)	25,95 €	26,19 €	7,37 €	7,19 €
44 Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatologie	14,23 €	23,48 €	27,60 €	31,75 €

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

Anlage 3 C zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2016

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.

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. "AOKHEIL2015101.txt" für die erste Lieferung von Heilmitteldateninformationen der AOK zum Quartal 1/2015.

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.

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.

				"HEIF"	"HEIL"	
Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V310 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Vertragsarzt Nummer
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	M	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus	1	N	M	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
6	Belegidentifikation	..30	AN	M	M	Reserve für eine generierte "BelegNr"
7	Heilmittelblattdatum	8	N	M	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Verordnungsdatum
8	Versichertennummer	..50	AN	L	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert
9	Geburtsdatum	8	N	M	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Indikationsschlüssel	..4	AN	M	M	Exakt nach TA-1:SLLA / ZHE – Segment Feld -> Indikationsschlüssel Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert = "9999" verwendet werden.
11	Art der Genehmigung	2	AN	M	M	Exakt nach TA-1: SLLA / SKZ – Segment Feld -> Art der Genehmigung Wenn kein Wert vorhanden ist, muss das Feld mit „00“ belegt werden.
12	Kennzeichen Verord-	2	N	M	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment

				„HEIF“	„HEIL“	
Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Muss Kann	Beschreibung
	nungsart					Feld -> Kennzeichen Verordnungsart bei Heilmitteln Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert = "99" verwendet werden.
13	Diagnose1	..12	AN	K	K	ICD-10-GM-CODE Exakt nach TA-1: SLLA / DIA – Segment Feld -> Diagnoseschlüssel <i>Bis zu 4 weitere Diagnosen sind möglich.</i>
14	Diagnose2	..12	AN	K	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
15	Diagnose3	..12	AN	K	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
16	Diagnose4	..12	AN	K	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
17	Diagnose5	..12	AN	K	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
18	Gesamtbrutto	..15	N	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
19	Gesamtzahlung prozentual	..15	N	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
20	Pauschalzahlung	..15	N	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
21	Gesamtnetto	..15	N	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
22	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	M	Heilmittelpositionsnummer
23	Faktor 1	..4	N	M	M	
24	Positionsbrutto 1	..15	N	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
25	Positionsnetto 1	..15	N	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
	...					
138	Leistungsschlüssel 30	5	N	M	M	
139	Faktor 30	..4	N	M	M	
140	Positionsbrutto 30	..15	N	M	M	
141	Positionsnetto 30	..15	N	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 141 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 2016

Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte

Chirurgie

einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie

HNO

einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie

Innere Medizin (hausärztlich)

Innere Medizin (fachärztlich)

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

Kinderheilkunde

Orthopädie

einschließlich orthopädischer Rheumatologie