

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

§ 3

Maßnahmen zur Einhaltung des Ausgabenvolumens

- (1) Zur Einhaltung des Ausgabenvolumens sind vielfältige Maßnahmen durchzuführen. Hierzu zählen insbesondere die Information und Beratung einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten, gezielte Hinweise zu Auffälligkeiten in der Ordnungsweise sowie Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen.
- (2) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte stellen die Spitzenverbände der Krankenkassen der KV Nordrhein Auswertungen für die nordrheinischen Vertragsärzte aus dem GKV-HIS (Heilmittelinformationssystem) als Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V sowohl arztbezogen (HIS-Arzt) als auch KV-bezogen (HIS-KV) quartalsweise entsprechend der Vereinbarung über die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Verfügung.
- (3) Die Arbeitsgruppe nach § 2 berät über die Durchführung regionalspezifischer Beratungsmaßnahmen wie z. B. die Beratung von Qualitätszirkeln.
- (4) Die KV Nordrhein stellt insbesondere sicher, dass die in der Arbeitsgruppe nach § 2 abgestimmten Informationen zur Ordnungsweise 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 01.01.2006 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2006.
- (2) Die Vereinbarungspartner werden so rechtzeitig in Verhandlungen über eine Anschlussvereinbarung eintreten, dass eine Veröffentlichung dieser Vereinbarung vor dem 31.12.2006 erfolgt.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach
Münster, Bochum, den 11.11.2005*

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

*AOK Rheinland
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes*

*BKK Landesverband
Nordrhein-Westfalen
Jörg Hoffmann
Vorstandsvorsitzender*

*Landwirtschaftliche Krankenkasse
Nordrhein Westfalen
Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer*

*Verband der Angestellten-
Krankenkassen e. V.
Landesvertretung
Nordrhein Westfalen
Andreas Hustadt
Leiter der
Landesvertretung*

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

*Knappschaft
Klaus Jochheim*

*AEV-Arbeiter
Ersatzkassen-Verband e. V.
Landesvertretung
Nordrhein Westfalen
Andreas Hustadt
Leiter der
Landesvertretung*

Vereinbarung

zwischen

**der AOK Rheinland – 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 KV/No genannt**)

über

Richtgrößen für Heilmittel 2006

A

I.

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

Die **Anlage 3** zur Prüfvereinbarung erhält mit Wirkung vom **01.01.2006** folgende Fassung:

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

§ 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 III/04 bis IV/04, getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten, unter Berücksichtigung der zugehörigen Behandlungsfallzahlen, wiederum getrennt nach AKV- und KVdR-Versicherten. Überweisungen zur Auftragsleistung (Zielaufträge) sowie Konsiliaruntersuchung werden bei den Behandlungsfallzahlen nicht berücksichtigt.

§ 2

Information der Vertragsärzte

- (1) Zur kontinuierlichen Frühinformation der KV Nordrhein über die in ihrem Bereich veranlassten Ausgaben für Heilmittel stellen die Krankenkassen bzw. ihre Verbände über die Spitzenverbände der Krankenkasse 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) 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.

§ 3

Feststellung des quartalsbezogenen Verordnungsvolumens sowie der Richtgrößensumme

- (1) Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände übermitteln der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum 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

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) Zum Zwecke der Auswertung für die in ein Prüfverfahren einbezogenen Ärzte übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum 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 Daten obliegt den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden.

(3) Für die Ermittlung der Fall- bzw. Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe übermitteln die Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses spätestens bis zum 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 eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Menge unter Berücksichtigung der §§ 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 zu Grunde 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 Krankengymnastik

3.2 Lymphdrainage

bei folgenden Indikationen:

Indikationen

zu 3.1 und 3.2: Krankengymnastik/Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch /orthopädischen Operationen, verordnet durch die Praxis, die die Operation durchgeführt hat.

(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 Über-

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

schreitungen 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 zu Grunde 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 01.01.2006 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2006.

*Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach,
Münster, Bochum, den 21.11.2005*

<i>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein</i>	<i>AOK Rheinland Wilfried Jacobs</i>
<i>Dr. Leonhard Hansen</i>	<i>Vorsitzender des Vorstandes</i>
<i>Vorsitzender des Vorstandes</i>	

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

<i>Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein Westfalen</i>	<i>Knappschaft</i>
<i>Heimo-Jürgen Döge</i>	<i>Klaus Jochheim</i>
<i>Hauptgeschäftsführer</i>	

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

Anlage 3 A zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2006

Nicht belegt.

Anlage 3 B zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2006

Fehlende Fachgruppen: keine Richtgröße vereinbart

Arztgruppe	Richtgröße 2006 AV/RV* in EURO
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte (80-89)	AV: 6,10 RV: 15,79
Chirurgie (07-09) einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 10,03 RV: 14,28
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiol. (13-15)	AV: 6,56 RV: 2,68 AV: 4,72
Innere Medizin (19-22), hausärztlich	RV: 11,41 AV: 2,16
Innere Medizin (19-22), fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	RV: 3,38 AV: 20,67
Kinderheilkunde (23-25)	RV: 28,97
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) (38-40) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV: 12,67 RV: 26,01 AV: 26,92
Orthopädie (44-46) einschl. orthopädischer Rheumatol.	RV: 26,57

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

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 C zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2006

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:

- „HEIF“ Frühinformation ohne Versichertenbezug.
- „HEIL“ Heilmitteldaten mit Versichertenbezug.

Nr	Bezeichnung	Typ	„HEIF“		Beschreibung
			M	K	
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 MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
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	Gesamtnetto	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.

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
			M	M	
13 1	Leistungsschlüssel 30	N5	M	M	
13 2	Faktor 30	N4	M	M	
13 3	Positionsbrutto 30	N15	M	M	
13 4	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 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 2006

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
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie) Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	38-40
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatol.	44-46

Anlage 3 E zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2006

Symbolnummer Praxisbesonderheit Heilmittel

90950	Krankengymnastik für die ersten 2 Monate nach chirurgisch /orthopädischen Operationen, verordnet durch die Praxis, die die Operation durchgeführt hat.
90951	Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch /orthopädischen Operationen, verordnet durch die Praxis, die die Operation durchgeführt hat.

Zwischen der KV Nordrhein und dem BKK-Landesverband NRW wurde der nachstehend aufgeführte Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei ambulanten vertragsärztlichen Operationen mit Wirkung zum 01.01.2006 abgeschlossen:

Vertrag

zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
(nachstehend KV Nordrhein genannt)

und

dem **Landesverband der Betriebskrankenkassen
Nordrhein-Westfalen**
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
(nachstehend Betriebskrankenkassen genannt)

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Abgeltung und Abrechnung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei ambulanten Katarakt-Operationen durch ambulant operierende Augenärzte, die für Versicherte der Betriebskrankenkassen verbraucht werden.