HEILMITTELVEREINBARUNG 2023

zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 84 Abs. 7 SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

und

der AOK Sachsen-Anhalt,

dem BKK Landesverband Mitte,

der IKK gesund plus,

der KNAPPSCHAFT

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) sowie

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Inhalt

HEILMITTELVEREINBARUNG 2023 1
Präambel 3
§ 1 Ausgabenvolumen 3
§ 2 Richtgrößen 2023 3
§ 3 Gemeinsame Arbeitsgruppe 4
§ 4 Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele 5
§ 5 Blankoverordnung nach § 125a SGB V 7
§ 6 Salvatorische Klausel 8
§ 7 Laufzeit 8
Unterschriftsseite zur Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2023 9
Anlage 1 zur Heilmittelvereinbarung 2023 - Richtgrößen 10
Anlage 2 zur Heilmittelvereinbarung 2023 - Ziele 11

Präambel

Nach § 84 Abs. 1 i. V. m. Abs. 7 SGB V treffen die Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln eine Heilmittelvereinbarung. In dieser Heilmittelvereinbarung werden die Rahmenvorgaben der Bundesebene nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V umgesetzt.

§ 1
Ausgabenvolumen

(1) Das Ausgabenvolumen des Jahres 2023 für Heilmittel beträgt unter Berücksichtigung des § 84 Abs. 2 i. V. m. Abs. 7 SGB V:

460.149.455,12 €.

(2) Stellen die Vertragspartner auf Bundesebene nach Ablauf des Jahres 2023 gemeinsam fest, dass sich Abweichungen gegenüber den für das Jahr 2023 von den Bundesvertragspartnern festgelegten Anpassungsfaktoren ergeben haben, sind die auf Bundesebene festgelegten Anpassungen für die Landesebene retrospektiv für die Heilmittelausgaben 2023 sowie in den Verhandlungen des Folgejahres zu berücksichtigen. Entsprechend wird das regionale Ausgabenvolumen des Jahres 2023 angepasst.

§ 2
Richtgrößen 2023

(1) Die Heilmittelrichtgrößen werden in zwei Altersgruppen gegliedert, 1. Altersgruppe: „bis zum vollendeten 65. Lebensjahr“ und 2. Altersgruppe: „ab dem 66. Lebensjahr“. Sie werden für das Jahr 2023 entsprechend den angepassten Richtgrößen 2022 weiterentwickelt (Anlage 1).

(2) Die Heilmittel-Richtgrößen des Jahres 2023 unter Abs. 1 werden nach Bekanntgabe des Anpassungsfaktors nach § 84 Abs. 2 Nummer 2 (Veränderung der Preise der Leistungen) durch die Vertragspartner der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V automatisch angepasst. Gleiches gilt, so denn eine retrospektive Anpassung für das Jahr 2022 durch die Bundesebene erfolgt. Die Vertragspartner schließen zu gegebener Zeit i. V. m. § 1 dieser Heilmittelvereinbarung eine entsprechende Protokollnotiz ab.

(3) Die Richtgröße für die Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend Neurologen genannt) gilt seit dem 01.07.2022 ohne Auswirkung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie ab dem 01.01.2023 mit Auswirkung auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Anpassungsfaktor nach § 84 Abs. 2 Nummer 2 (Veränderung der Preise der Leistungen) wurde vollumfänglich bei der Weiterentwicklung dieser Richtgröße für das Jahr 2023 berücksichtigt. Die verbleibenden Anpassungsfaktoren zur Anpassung der Richtgröße bleiben solange unberücksichtigt, bis die Bewertung durch die Arbeitsgruppe (vgl. § 3 dieser Vereinbarung) zur Plausibilität der Höhe der Richtgröße abgeschlossen ist. Sollte die Arbeitsgruppe zum Ergebnis kommen, dass die verbleibenden Anpassungsfaktoren

für 2023 nachträglich anzuwenden sind, erfolgt eine entsprechende Anpassung der Richtgröße für die Neurologen.

(4) Für die in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) tätigen Vertragsärzte gelten ebenfalls die Richtgrößen gem. Abs. 1. Die Soll-Verordnungssumme von Heilmitteln erfolgt auf der Basis der nachfolgenden Berechnungsformel insgesamt für die im MVZ tätigen Ärzte und wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V mit der Ist-Verordnungssumme abgeglichen. Fälle bzw. Kosten der im MVZ tätigen Ärzte ohne Richtgrößen werden für die Berechnung der möglichen Verordnungssumme nicht herangezogen. Diese Regelungen gelten gleichermaßen auch für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und andere Praxisformen, in denen Ärzte verschiedener Fachgebiete tätig sind.

$$\text{mögliche Verordnungssumme} = \sum_{i=1}^{n} \mathbf{PFi \times RGFi}$$

Legende:

PF = Patientenzahl der Fachgruppe
Die Patientenzahl der Fachgruppe ergibt sich aus der Anzahl der Arzt-Patientenkontakte, bei der eine EBM-Nr. abgerechnet wird, die auch bei einem in der Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt einen Behandlungsfall und damit eine Richtgröße ausgelöst hätte (fiktiver Behandlungsfall).

RGF = Richtgröße der Fachgruppe
Für Ärzte in fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen, anderen Praxisformen mit Ärzten verschiedener Fachgebiete, MVZ, Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und Ärzte mit Zulassung für mehrere Fachgebiete gilt die Fachgruppeneinteilung und Richtgrößenzuordnung gemäß der 8. und 9. Stelle der lebenslangen Arzt-Nummer.

i = Anzahl der zu berücksichtigenden Fachgruppen

(5) Sofern bis zum 31.12.2023 keine Regelungen zur Umsetzung einer alternativen Prüfart nach § 10 Abs. 1 der Prüfvereinbarung für ab 2023 zu tätigende Verordnungen getroffen werden, verständigen sich die Vertragspartner basierend auf den für 2023 festgelegten Richtgrößen auf die Richtgrößen 2024.

§ 3
Gemeinsame Arbeitsgruppe

(1) Die Vereinbarungspartner bilden zur Beobachtung der Ausgabenentwicklung und zur Bewertung der Verordnungsstrukturen sowie zur Veranlassung von Maßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens eine Arbeitsgruppe.

(2) Die Arbeitsgruppe wird mit folgenden Themen beauftragt:
   a) Beobachtung und Dokumentation der regionalen Ausgabenentwicklung
   b) Bewertung des IST-Ausgabenvolumens und Gegenüberstellung zum geplanten Ausgabenvolumen
   c) Entwicklung von möglichen Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen (Vorrang haben messbare Ziele mit bestimmten Themenschwerpunkten, bspw. Verordnung von ergänzenden Heilmitteln, Manueller Therapie und Hausbesuchen durch den Heilmittelerbringer)

d) Erarbeitung von Informationsmaterialen zur Beratung der Vertragsärzte, insbesondere mit dem Ziel der Unterstützung zur Anwendung der Heilmittel-Richtlinie und des Heilmittelkataloges im Zusammenhang mit einer wirtschaftlichen Verordnung
e) Analyse der von den Vereinbarungspartnern umgesetzten Maßnahmen
f) Bewertung der Einführung der Blankoverordnung nach § 125a SGB V und deren Folgen
g) Die Richtgröße für die Neurologen wird einer Bewertung hinsichtlich der Plausibilität der Höhe der Richtgröße nach unterzogen. Grundlage für die Validierung der Richtgröße sind die der Prüfungsstelle vorliegenden Daten aus dem Jahr 2021.

(3) Die Arbeitsgruppe nutzt für die Ausgabensteuerung die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellten Auswertungen aus dem GKV-HIS (Heilmittelinformationssystem) als Frühinformation nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 7 SGB V sowohl arztbezogen (HIS-Arzt) als auch KV-bezogen (HIS-KV) herangezogen. Diese Auswertungen werden quartalsweise spätestens 15 Wochen nach Quartalsende durch den Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

(4) Die Partner dieser Vereinbarung informieren und beraten Ärzte und Versicherte über Inhalt und in der Arbeitsgruppe erarbeitete Ziele der Heilmittelvereinbarung.

(5) Außerdem obliegt es der Arbeitsgruppe auch andere als die genannten gegensteuernden Maßnahmen einzuleiten.

(6) Maßnahmen können jeweils durch die KVSA, Kassenverbände oder einzelne Kassen erfolgen. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über die erfolgten Maßnahmen.

(7) Die Vertragspartner werden gemeinsam und/oder einvernehmlich erarbeitete Informationsmaterialien in geeigneter Weise an Vertragsärzte bzw. Versicherte weitergeben.

§ 4
Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele

(1) Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, dass bei der Ermittlung der Einhaltung des Ausgabenvolumens die Ergebnisse der Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu berücksichtigen sind, die in dem für das Ausgabenvolumen geltenden Vereinbarungszeitraum zahlungswirksam geworden sind.

(2) Die Vereinbarungspartner verständigen sich auf folgende Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsgebote:

a. Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll die Verordnerin oder der Verordner prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms, durch allgemeine sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung), durch eine Hilfsmittelversorgung oder durch Verordnung eines Arzneimittels unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

b. Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls. Nicht bei jeder funktionellen oder strukturellen Schädigung ist es erforderlich, die Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung beziehungsweise die orientierende Behandlungsmenge auszuschöpfen.

c. Heilmittel können als Einzel- oder Gruppentherapie verordnet werden. Sofern Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppendynamisch gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.

d. Soweit medizinisch erforderlich, kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. Abweichend hiervon können Elektrotherapie oder Elektrostimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht. Mehr als ein ergänzendes Heilmittel kann nicht isoliert verordnet werden.

e. Eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, ist nur zu gewährleisten, wenn die Verordnerinnen und Verordner mit den ausführenden Therapeutinnen und Therapeuten eng zusammenwirken. Dies setzt voraus, dass zwischen den Verordnerinnen und Verordnern, die bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage ihrer Verordnung gemacht haben, und den Therapeutinnen oder Therapeuten, die die sachgerechte und qualifizierte Durchführung der verordneten Maßnahme gewährleisten, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt insbesondere für den Beginn und die Durchführung der Heilmittelbehandlung.

f. Die Verordnung eines Hausbesuchs ist nur dann zulässig, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder wenn sie aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

g. „Standardisierte Heilmittelkombinationen“ dürfen nur verordnet werden, wenn- die Patientin oder der Patient bei komplexen Schädigungsbildern einer intensiveren Heilmittelbehandlung bedarf und die therapeutisch erforderliche Kombination von drei oder mehr Maßnahmen synergistisch sinnvoll ist, die Erbringung dieser Maßnahmen in einem direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgt und die Patientin oder der Patient aus medizinischer Sicht geeignet ist. Die Verordnungsmenge von einer „standardisierten Heilmittelkombination“ und Maßnahmen der Massagetherapie sind auf jeweils 12 Einheiten je Verordnungsfall begrenzt, sofern im Heilmittelkatalog nichts Abweichendes bestimmt ist. Das gilt auch für den Fall, dass das angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden konnte.

h. Ist eine Kompressionsbandagierung (Lymphologischer Kompressionsverband) erforderlich, kann diese in Ergänzung der MLD erfolgen. Eine zusätzlich verordnete Kompressionsbandagierung hat im Anschluss an die Therapiezeit der MLD zu erfolgen. Erforderliche Kompressionsbinden sind gesondert als Verbandmittel zu verordnen, sofern keine Hilfsmittel zur Kompressionstherapie vorhanden sind.

(3) Zur Steuerung der Heilmittelversorgung verständigen sich die Vertragspartner erstmals ab dem 01.01.2023 auf Zielfelder mit je Facharztgruppe hinterlegten Verordnungszielquoten.

(4) In der Anlage 2 dieser Vereinbarung werden die genannten Zielfelder und Zielquoten je Facharztgruppe definiert. Dabei konzentriert sich das Zielfeld 1 auf die „aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen- WS“ sowie das Zielfeld 2 auf die „Verordnung ergänzender Heilmittel im Zusammenhang mit vorrangigen Heilmitteln“. Die Zielquoten beziehen sich dabei stets auf die Verordnungsmengen.

(5) Für das Jahr 2024 streben die Vertragspartner an, das Zielfeld 1 „aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen“ um die Erkrankungen des Beckens und der Extremitäten - EX zu erweitern. Die entsprechenden Zielquoten werden auf Basis der GKV-Kennzahlen, KV-Bezirk Sachsen-Anhalt im Rahmen der Verhandlung zur Heilmittelvereinbarung 2024 berechnet.

(6) Erfüllt der einzelne Arzt der jeweiligen Facharztgruppe (je LANR) beide Zielquoten, so ist er im Ergebnis für das Jahr 2023 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit. Einmal jährlich bis zum 30.09. des laufenden Jahres erhalten die Ärzte der jeweiligen Facharztgruppe eine Übersicht zum Stand der unterjährigen Zielerreichung auf Grundlage der AOK-Abrechnungsdaten.

(7) Die Krankenkassen und ihre Verbände analysieren die Entwicklung der Verordnungsmengen bei den betreffenden Facharztgruppen, die von der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V für Heilmittelverordnungen befreit sind. Ist das Ziel durch unberechtigte Ausweitung der Verordnungsmengen (in anderen Heilmitteltherapien) und nicht durch eine Umstellung des Verordnungsverhaltens erreicht worden, legen die Krankenkassen den Anstieg der arztbezogenen Mengenausweitung auf Grundlage der GKV-Kennzahlen (geliefert durch Prüfungsstelle) in der Arbeitsgruppe dar. In diesen Fällen können die Krankenkassen einen Antrag auf Einzelfallprüfung hinsichtlich der Heilmittelverordnungen bei der Prüfungsstelle einreichen. Ziel ist das Erreichen, Halten bzw. das Verbessern der genannten Mindestquoten bzw. das Unterschreiten der genannten Höchstquoten.

(8) Die Vertragspartner streben eine zeitnahe Wirtschaftlichkeitsprüfung an.

§ 5
Blankoverordnung nach § 125a SGB V

(1) Gegenstand der Verträge nach § 125a SGB V ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer aufgrund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Die Auswahl der Therapie darf dabei nur im Rahmen der in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für die jeweilige Diagnosegruppe vorgegebenen verordnungsfähigen Heilmittel erfolgen.

(2) Sobald die vertraglichen Regelungen zu den §§ 125a i. V. m. 73 Abs. 11 SGB V für die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sog. „Blankoverordnungen“) in Kraft treten, wird die Arbeitsgruppe nach § 3 die Auswirkungen dieser „Blankoverordnungen“ diskutieren.

§ 6
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden oder sollte eine Regelungslücke dieser offenbar werden, so berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen dieser Vereinbarung. Vielmehr sind die Vereinbarungspartner in einem solchen Fall verpflichtet, die unwirksame oder fehlende Bestimmung durch eine solche zu ersetzen, die wirksam ist und dem mit der unwirksamen oder fehlenden Bestimmung angestrebten wirtschaftlichen Zweck soweit wie möglich entgegenkommt.

§ 7
Laufzeit

Die Vereinbarung gilt für den Zeitraum 01.01.2023 bis 31.12.2023.

Unterschriftsseite zur Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2023

Magdeburg,

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

AOK Sachsen-Anhalt

Magdeburg,

BKK Landesverband Mitte

Magdeburg,

IKK gesund plus

Cottbus,

KNAPPSCHAFT

Kassel,

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau

Magdeburg,

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Anlage 1 zur Heilmittelvereinbarung 2023 - Richtgrößen

Fachgruppen	bis 64 Jahre	ab 65 Jahre
Chirurgen	100,72 €	100,72 €
HNO-Ärzte	17,11 €	17,11 €
fachärztlich tätige Internisten	16,80 €	16,80 €
Kinderärzte	92,36 €	92,36 €
Orthopäden	169,00 €	169,00 €
FÄ für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlich tätige Internisten	40,45 €	40,45 €
FÄ für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	60,00 €	60,00 €

Die Richtgrößen sind in ihrer Höhe als Mischkalkulation berechnet und haben alle vier Quartale des Kalenderjahres die gleiche Höhe.

Die für die Heilmittelverordnungen gültige Diagnoseliste des Besonderen Verordnungsbedarfes (Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) wird im Fall eines Prüfverfahrens gemäß Rahmenvorgaben angewendet. Darüber hinaus kann jeder Vertragsarzt im Rahmen der Prüfung weitere Praxisbesonderheiten und / oder individuelle Besondere Verordnungsbedarfe geltend machen. Die Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V ist als Anlage 2 Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Verordnungen von Heilmitteln für die in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie aufgeführten Diagnosen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dies gilt auch bei nicht gelisteten Diagnosen, für die die Krankenkassen aufgrund individueller Anträge von Patienten eine Genehmigung erteilt haben.

Anlage 2 zur Heilmittelvereinbarung 2023 - Ziele

Ziele für **Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin** sowie für **Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin** (nachfolgend Hausärzte genannt):

Zielfeld 1*	**Anteil**	**Zielquote**
Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 63,51 %
Zielfeld 2**	**Anteil**	**Zielquote**
Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 2,93 %

Erfüllt der Hausarzt beide Zielfelder ist er im Ergebnis für das Jahr 2023 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit.

Ziele für fachärztlich tätige **Fachärzte für Innere Medizin** (nachfolgend Internisten genannt):

Zielfeld 1*	**Anteil**	**Zielquote**
Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 66,67 %
Zielfeld 2**	**Anteil**	**Zielquote**
Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 3,70 %

Erfüllt der Internist beide Zielfelder ist er im Ergebnis für das Jahr 2023 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit.

Ziele für **Fachärzte für Chirurgie, Allgemeine Chirurgie, Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Visceralchirurgie, Fachärzte für Kinderchirurgie, Fachärzte für Plastische Chirurgie und Fachärzte mit Schwerpunkt Thoraxchirurgie** (nachfolgend Chirurgen genannt):

Zielfeld 1*	**Anteil**	**Zielquote**
Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 46,48 %
Zielfeld 2**	**Anteil**	**Zielquote**
Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 6,64 %

Erfüllt der Chirurg beide Zielfelder ist er im Ergebnis für das Jahr 2023 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit.

Ziele für **Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Fachärzte mit SP Rheumatologie (der ehemaligen Orthopädie)** (nachfolgend Orthopäden genannt):

Zielfeld 1*	**Anteil**	**Zielquote**
Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 50,00 %
Zielfeld 2**	**Anteil**	**Zielquote**
Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 10,13 %

Erfüllt der Orthopäde beide Zielfelder ist er im Ergebnis für das Jahr 2023 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit.

***Zuordnung der vorrangingen Heilmittel gemäß aktuell gültiger Fassung der Heilmittel-Richtlinie zu aktiver und passiver Therapie bei Wirbelsäulenerkrankungen-WS**

Heilmittelposition	Heilmittelbezeichnung	aktiv/passiv
X1201	Manuelle Therapie	passiv
X0102	Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM)	passiv
X0106	Klassische Massagetherapie (KMT)	passiv
X0107	Bindegewebsmassage (BGM)	passiv
X0108	Segmentmassage(SM) und Periostmassage (PM)	passiv
X0301	Übungsbehandlung, Einzelbehandlung	aktiv
X0305	Übungsbehandlung, im Bewegungsbad, Einzelbehandlung	aktiv
X0306	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	aktiv
X0401	Übungsbehandlung, Gruppenbehandlung (2 bis 5 Patienten)	aktiv
X0402	Übungsbehandlung im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung (2 bis 3 Patienten)	aktiv
X0405	Übungsbehandlung im Bewegungsbad, Gruppenbehandlung (4 bis 5 Patienten)	aktiv
X0501	Krankengymnastik, Einzelbehandlung (KG)	aktiv
X0507	Gerätegestützte Krankengymnastik, Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten (KG-Gerät)	aktiv
X0601	Krankengymnastik, Gruppenbehandlung (2 bis 5 Patienten)	aktiv
X0902	Krankengymnastik im Bewegungsbad, EB	aktiv
X1004	Krankengymnastik im Bewegungsbad, GB (2 bis 3 Patienten)	aktiv
X1005	Krankengymnastik im Bewegungsbad, GB (4 bis 5 Patienten)	aktiv

****Ergänzende Heilmittel - Überblick**

Heilmittelposition	Ergänzende Heilmittel in Verbindung mit vorrangigen Heilmitteln
X1302	Elektrotherapie: Einzelbehandlung
X1303	Elektrostimulation bei Paresen: Einzelbehandlung
X1310	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad): Einzelbehandlung
X1312	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad): Einzelbehandlung
X1501	Warmpackung (einzelner oder mehrerer Körperteile): Einzelbehandlung
X1517	Wärmetherapie mittels Heißluft: Einzelbehandlung
X1530	Heiße Rolle: Einzelbehandlung
X1531	Ultraschall-Wärmetherapie: Einzelbehandlung
X1532	Bäder (Voll-oder Teilbäder) mit Peloiden: Vollbad
X1533	Bäder (Voll-oder Teilbäder) mit Peloiden: Teilbad
X1534	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteil(en): Einzelbehandlung
X1714	Kohlensäurebad: Einzelbehandlung
X1732	Kohlensäuregasbad (CO2-Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad: Einzelbehandlung
X1733	Kohlensäuregasbad (CO2-Trockenbad) als Teilbad: Einzelbehandlung