

HEILMITTELVEREINBARUNG 2025

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 2025.....	1
Präambel	3
§ 1 Ausgabenvolumen.....	3
§ 2 Richtgrößen 2025	3
§ 3 Gemeinsame Arbeitsgruppe	4
§ 4 Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele	5
§ 5 Blankoverordnung nach § 125a SGB V	6
§ 6 Salvatorische Klausel.....	6
§ 7 Laufzeit.....	6
Unterschriftsseite zur Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2025.....	7
Anlage 1 zur Heilmittelvereinbarung 2025 - Richtgrößen.....	8
Anlage 2 zur Heilmittelvereinbarung 2025 – Protokollnotiz Retrospektiv angepasste Heilmittelrichtgrößen für 2024	9
Anlage 3 zur Heilmittelvereinbarung 2025 - Ziele.....	10

Präambel

Nach § 84 Abs. 1 i. V. m. Abs. 7 SGB V treffen die Landesverbände der Krankenkassen und die 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

Das Ausgabenvolumen des Jahres 2025 für Heilmittel beträgt unter Berücksichtigung des § 84 Abs. 2 i. V. m. Abs. 7 SGB V:

500.368.701,49 €

§ 2 Richtgrößen 2025

- (1) Die Heilmittelrichtgrößen werden in zwei Altersgruppen gegliedert, 1. Altersgruppe: „bis zum vollendeten 64. Lebensjahr“ und 2. Altersgruppe: „ab dem 65. Lebensjahr“. Sie werden für das Jahr 2025 auf Basis der Richtgrößen 2024 unter Berücksichtigung der retrospektiven Anpassungsfaktoren 2024 fortgeführt. Die Richtgrößen der Facharztgruppen für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie werden für das Jahr 2025 zusätzlich um 3,31 Prozent erhöht (Anlage 1).
- (2) 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.

$$\text{mögliche Verordnungssumme} = \sum_{i=1}^n \text{PF}_i \times \text{RGF}_i$$

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 § 402 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

- (3) Sofern bis zum 31.12.2025 keine Regelungen zur Umsetzung einer alternativen Prüffart nach § 10 Abs. 1 der Prüfvereinbarung für ab 2026 zu tätige Verordnungen getroffen werden, verständigen sich die Vertragspartner auf die Richtgrößen 2026.

§ 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 Informationsmaterialien 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.
- (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 insbesondere auf folgende Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsgebote:
 - a. Soweit medizinisch erforderlich, kann zu „vorrangigen Heilmitteln“ maximal ein im Heilmittelkatalog genanntes „ergänzendes Heilmittel“ verordnet werden. Dabei sollte das ergänzende Heilmittel konkretisiert werden.
 - b. In Pflegeheimen soll darauf geachtet werden, dass keine Heilmittel anstelle angezeigter, aktivierender Pflege verordnet werden.
 - c. Stehen mehrere Behandlungsoptionen mit Heilmitteln zur Verfügung, welche medizinisch einen gleichwertigen Erfolg erwarten lassen, so soll ein Preisvergleich erfolgen und das wirtschaftlichere (preiswertere) Heilmittel verordnet werden.
 - d. Eine ergotherapeutische temporäre Schiene soll erst dann verordnet werden, wenn im Vorfeld bereits die Möglichkeit einer vorkonfektionierten Schienenversorgung über ein Sanitätshaus erwogen und erprobt wurde.
 - e. Die Verordnung von Stimm-, Sprech-, Sprach-, und Schlucktherapie erfolgt nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation. Sprachförderungsmaßnahmen werden nicht zu Lasten der GKV verordnet.
- (3) Zur Steuerung der Heilmittelversorgung verständigen sich die Vertragspartner in der Anlage 2 dieser Vereinbarung auf Ziele mit je Facharztgruppe hinterlegten Verordnungszielquoten.
- (4) Erfüllt der einzelne Arzt der jeweiligen Facharztgruppe (je LANR) die Ziele entsprechend der Regelungen nach Anlage 2, so ist er im Ergebnis für das Jahr 2025 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. Eine Übersicht über alle betroffenen Ärzte inkl. deren Stand zur unterjährigen Zielerreichung wird der KVSA zur Verfügung gestellt.
- (5) 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 Ordnungsverhaltens 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.

- (6) Die Vertragspartner streben eine zeitnahe Wirtschaftlichkeitsprüfung an.

§ 5

Blankverordnung 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) Mit Veröffentlichung der Verträge mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach §§ 125a i. V. m. 73 Abs. 11 SGB V für die Heilmittelversorgung (sog. „Blankverordnungen“), wird die Arbeitsgruppe nach § 3 die Auswirkungen dieser „Blankverordnungen“ diskutieren. Beginnend mit dem ab 01.04.2024 gültigen Vertrag Ergotherapie; folgend mit dem ab 01.11.2024 gültigen Vertrag Physiotherapie.

§ 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 01.01.2025 bis 31.12.2025.

Unterschriftsseite zur Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2025

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 2025 - Richtgrößen

Fachgruppen	bis 64 Jahre in Euro	ab 65 Jahre in Euro
Chirurgen	110,64	110,64
HNO-Ärzte	18,79	18,79
fachärztlich tätige Internisten	18,45	18,45
Kinderärzte	101,44	101,44
Orthopäden	185,64	185,64
FÄ für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlich tätige Internisten	44,42	44,42
FÄ für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	67,93	67,93

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 2025 – Protokollnotiz Retrospektiv angepasste Heilmittelrichtgrößen für 2024

Auf Grundlage der auf Bundesebene geschlossenen Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V für das Jahr 2025 vereinbaren die Vertragspartner auf Landesebene eine erneute retrospektive Anpassung der Heilmittelrichtgrößen 2024.

Die nachfolgenden erneut retrospektiv angepassten Heilmittelrichtgrößen für 2024 sind ausschließlich im Rahmen der Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung für das Prüfungsjahr 2024 zu berücksichtigen und ersetzen damit die bisher kommunizierten Heilmittelrichtgrößen 2024.

Heilmittelrichtgrößen 2024

Fachgruppen	bis 64 Jahre in Euro	ab 65 Jahre in Euro
Chirurgen	110,64	110,64
HNO-Ärzte	18,79	18,79
fachärztlich tätige Internisten	18,45	18,45
Kinderärzte	101,44	101,44
Orthopäden	185,64	185,64
FÄ für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztlich tätige Internisten	44,42	44,42
FÄ für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	65,75	65,75

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

Anlage 3 zur Heilmittelvereinbarung 2025 - 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):

Ziel	Zieldefinition	Anteil	Zielquote
1	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 64,35 %
2	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX)*	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Verletzungen der Extremitäten und des Beckens (EX)	Höchstens 13,64 %
3**	Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 4,05 %
4	Ergotherapie-Heilmittel-Verordnungen (Einzelbehandlung) Erkrankungen des Nervensystems Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen ▪ alle sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen 	Bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen 	Mindestens 60,00 %

*Heilmittelverordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125 a SGB V für die Diagnosegruppe EX gemäß HeilM-RL fallen nicht hierunter.

Erfüllt der Hausarzt drei von vier Zielen ist er im Ergebnis für das Jahr 2025 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):

Ziel	Zieldefinition	Anteil	Zielquote
1	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 81,82 %
2	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX)*	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Verletzungen der Extremitäten und des Beckens (EX)	Höchstens 9,80 %
3**	Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 5,28 %
4	Ergotherapie-Heilmittel-Verordnungen (Einzelbehandlung) Erkrankungen des Nervensystems Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3 <ul style="list-style-type: none"> alle motorisch-funktionellen Behandlungen alle sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen 	Bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich <ul style="list-style-type: none"> alle motorisch-funktionellen Behandlungen 	Mindestens 97,50 %

*Heilmittelverordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125 a SGB V für die Diagnosegruppe EX gemäß HeilM-RL fallen nicht hierunter.

Erfüllt der Internist drei von vier Zielen ist er im Ergebnis für das Jahr 2025 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):

Ziel	Zieldefinition	Anteil	Zielquote
1	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 38,76 %
2	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX)*	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Verletzungen der Extremitäten und des Beckens (EX)	Höchstens 2,46 %
3**	Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 5,19 %
4	Ergotherapie-Heilmittel-Verordnungen (Einzelbehandlung) Erkrankungen des Nervensystems Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen ▪ alle sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen 	Bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen 	Mindestens 97,50 %

*Heilmittelverordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125 a SGB V für die Diagnosegruppe EX gemäß HeilM-RL fallen nicht hierunter.

Erfüllt der Chirurg drei von vier Zielen ist er im Ergebnis für das Jahr 2025 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):

Ziel	Zieldefinition	Anteil	Zielquote
1	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankung (WS)	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Wirbelsäulenerkrankungen (WS)	Höchstens 57,28 %
2	Aktive und passive Heilmittelversorgung bei Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens (EX)*	Verordnungsanteil passive Heilmittelversorgung bei Verletzungen der Extremitäten und des Beckens (EX)	Höchstens 15,42 %
3**	Gesamtverordnungsmenge bei Maßnahmen der Physiotherapie	Verordnungsanteil ergänzende Heilmittel	Höchstens 8,76 %
4	Ergotherapie-Heilmittel-Verordnungen (Einzelbehandlung) Erkrankungen des Nervensystems Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen ▪ alle sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen 	Bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen 	Mindestens 97,50 %

*Heilmittelverordnungen mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125 a SGB V für die Diagnosegruppe EX gemäß HeilM-RL fallen nicht hierunter.

Erfüllt der Orthopäde drei von vier Zielen ist er im Ergebnis für das Jahr 2025 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit.

Ziele für **Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Nervenheilkunde, Psychotherapie** (Fachgruppencode 51, 53, 58) (nachfolgend Neurologe genannt):

Ziele	Zieldefinition	Anteil	Zielquote
1	Ergotherapie-Heilmittel-Verordnungen (Einzelbehandlung) Erkrankungen des Nervensystems Diagnosegruppen EN1, EN2, EN3 <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen ▪ alle sensomotorisch-perzeptiven Behandlungen 	Bevorzugt verordnen, wenn medizinisch möglich <ul style="list-style-type: none"> ▪ alle motorisch-funktionellen Behandlungen 	Mindestens 44,21 %

Erfüllt der Neurologe das Ziel ist er im Ergebnis für das Jahr 2025 von der statistischen Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach § 106b SGB V i. V. m. der Prüfvereinbarung von Heilmittelverordnungen befreit.

Zuordnung der vorrangigen Heilmittel gemäß aktuell gültiger Fassung der Heilmittel-Richtlinie zu aktiver und passiver Therapie bei Wirbelsäulenerkrankungen-WS und Erkrankungen der Extremitäten und des Beckens-EX

Heilmittelposition	Heilmittelbezeichnung	aktiv/passiv
X1201	Manuelle Therapie	passiv
X0102	Unterwasserdruckstrahlmassage (UWM)	passiv
X0106	Klassische Massagetherapie (KMT)	passiv
X0107	Bindegewebssmassage (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
X1104	Traktionsbehandlung mit Gerät: Einzelbehandlung
X1302	Elektrotherapie*: Einzelbehandlung
X1303	Elektrostimulation* bei Paresen: Einzelbehandlung
X1310	Hydroelektrisches Teilband (Zwei-/Vierzellenbad): Einzelbehandlung
X1312	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad): Einzelbehandlung
X1501	Warmpackung (einzeln oder mehrerer Körperteile): Einzelbehandlung
X1517	Wärmetherapie mittels Heißluft: Einzelbehandlung
X1530	Heiße Rolle: Einzelbehandlung
X1531	Ultraschall-Wärmetherapie ¹ : 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 (CO ₂ -Trockenbad) als Voll-, Dreiviertel- oder Halbbad: Einzelbehandlung
X1733	Kohlensäuregasbad (CO ₂ -Trockenbad) als Teilbad: Einzelbehandlung

¹ Ohne die Verordnung eines vorrangigen Heilmittels können die Elektrotherapie oder die Elektrostimulation oder die Ultraschall-Wärmetherapie auch isoliert verordnet werden, soweit der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.