

Zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**, Bad Segeberg

und

der **AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse**, Dortmund

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Lübeck

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als **landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)**, Kiel

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK),

BARMER GEK,

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

Handelskrankenkasse (hkk),

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung, Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel und

der **Knappschaft**

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt -

wird folgende

Richtgrößenvereinbarung 2016 Heilmittel

geschlossen:

Präambel

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen/-verbände - im Folgenden Vertragspartner genannt - vereinbaren gemäß § 84 SGB V für die Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V einheitliche, arztgruppenspezifische Richtgrößen für das Volumen der je Arzt verordneten Heilmittel.

Hierbei handelt es sich um Bruttowerte inklusive Zuzahlungsbetrag. Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung, durch gesonderte Versorgungsverträge, sind in diesen zu regeln.

§ 1

Richtgrößen für Heilmittel

- (1) Die Richtgrößen werden einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (bereichseigene und Fremdkassenfälle) auf der Basis der Bruttowerte festgelegt.
- (2) Die Bildung der Richtgrößen erfolgt für die Arztgruppen entsprechend Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (3) In Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ werden den beteiligten Vertragsärzten die Richtgrößen der jeweiligen Arztgruppe gemäß Anlage 1 zugeordnet.
In der Auffälligkeitsprüfung wird die Hauptbetriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten geprüft, d.h. die Richtgrößensummen der einzelnen beteiligten Vertragsärzte werden zu einer Gesamt-Richtgrößensumme zusammengeführt und den auf die Betriebsstätten entfallenden Verordnungskosten gegenübergestellt.

§ 2

Festlegung der Richtgrößen 2016

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen 2016 für Heilmittel wird folgendes Heilmittel-Ausgabenvolumen zu Grunde gelegt:

205.504.189,37 Euro (Netto)

- (2) Der Ausgangsbetrag nach Abs. 1 wird für die Berechnung der Richtgrößen um die Zuzahlung erhöht und um vereinbarte Abschläge reduziert.

Daraus resultiert ein Verteilungsvolumen von 211.487.218,49 Euro (Brutto). Dieser Betrag wird auf alle Arztgruppen verteilt. Aus Sicht der Vertragspartner besitzt die abgestimmte Verteilungsmethode in Verbindung mit insbesondere der Zielvereinbarung und dem Beratungswesen das relevante und größtmögliche Potential, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und Einsparungen zu erzielen.

- (3) Bei der Herstellung des Fallbezugs zur Bildung der Richtgrößen wird im Hinblick auf den Bezugszeitraum gemäß § 2 Abs. 5 nach folgender fester Definition vorgegangen:
Richtgrößenrelevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 BMV. Ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur ausschließlichen Durchführung von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.
- (4) Mittels Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina nach Altersklassen durch die entsprechende Zahl der Behandlungsfälle nach Altersklassen der jeweiligen Arztgruppe im Vergleichszeitraum werden die arztgruppenspezifischen Richtgrößen ermittelt. Sie sind der Anlage 2 dieser Vereinbarung zu entnehmen.
Für das Jahr 2016 wird die Ausgestaltung der Richtgrößen gemäß der Differenzierung nach Altersklassen vorgenommen.
- (5) Berechnungsgrundlage für die Bildung der Richtgrößen sind die Verordnungsdaten sowie Fallzahlen des Bezugszeitraumes Quartal 3/2014 bis einschließlich Quartal 2/2015.
- (6) Die Richtgrößen 2016 gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung treten zum 1. Januar 2016 in Kraft.

§ 3

Praxisbesonderheiten

- (1) Die im Rahmen von DMP gesondert entstandenen Verordnungskosten sind bislang nicht gesondert erfasst worden und fließen aus diesem Grund in die Berechnung der Richtgrößen ein. Die Vertragspartner vereinbaren, dass leitlinienkonforme Verordnungen entsprechend der von der Richtlinie zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V gesetzten Rahmenbedingungen für DMP-Patienten als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen sind.

Dies gilt in gleicher Weise für Schmerztherapie-Patienten, sofern diese gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) behandelt werden.

- (2) Bei der Auffälligkeitsprüfung Heilmittel 2016 sind die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten (§ 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V) und die sog. Langfristgenehmigungen (§ 32 Abs. 1 a SGB V) zu berücksichtigen.

§ 4

Datenlieferung

- (1) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte über die veranlassten Ausgaben für Heilmittel und die Berechnung der Richtgrößen verpflichten sich die Krankenkassen/-verbände und die Kassenärztliche Vereinigung zu den Datenlieferungen gemäß Anlage 5.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet sich, den Vertragsärzten die geprüften und ungeprüften Verordnungssummendaten (gemäß Anlage 5 - A1) sowie die Verordnungsfallzahlen bekannt zu geben, sobald alle erforderlichen Daten vorliegen. Die Ärzte sind darüber zu informieren, dass die der Frühinformation dienenden ungeprüften Verordnungsdaten vorläufigen informativen Charakter haben. Die Verordnungsdaten dienen den Vertragsärzten zur Beobachtung ihrer Verordnungstätigkeit. Die Vertragsärzte sollen in ihrem Bemühen unterstützt werden, Überschreitungen der Richtgrößen zu vermeiden. Im Überschreitungsfall sollen die quartalsbezogenen Informationen den Vertragsarzt dazu motivieren, in den Folgequartalen das Verordnungsverhalten entsprechend anzupassen, um Überschreitungen der Richtgrößensumme nach Ablauf des Kalenderjahres zu vermeiden.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt der Prüfungsstelle und den Krankenkassen/-verbänden die gemäß § 4 Abs. 2 arztbezogen zusammengeführten Verordnungssummendaten einschließlich der Fallzahlen, sobald alle erforderlichen Daten vorliegen.
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich in vertragspartnerschaftlicher Verantwortung zur fristgerechten Datenlieferung.
- (5) Es besteht unter den Vertragspartnern Einvernehmen, dass im Falle einer Neufassung des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträger – vereinbart zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits sowie dem GKV-Spitzenverband andererseits (Anlage 6 BMV-Ä und EKV) – sich daraus ergebender Änderungs- und/oder Ergänzungsbedarf zu realisieren ist.

§ 5

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Vorgehensweise in der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen wird entsprechend der aktuell geltenden Prüfvereinbarung gemäß § 106 SGB V geregelt. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten sowie der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1 a SGB V erfolgt gemäß § 3.

Die Krankenkassen/-verbände und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein werden der Prüfungsstelle die in Anlage 6 zum BMV-Ä (DTA-Vertrag) beschriebenen Daten zur Verfügung stellen.

Die Krankenkassen/-verbände liefern die Datengrundlagen gemäß Anlage 3 und 4 dieser Vereinbarung für die Gesamtheit der Verordnungen. Die Daten der Anlage 4 werden der Prüfungsstelle pseudonymisiert geliefert. Für die Ärzte, für die eine Richtgrößenprüfung erfolgen soll, werden entsprechende Datensätze zur Entpseudonymisierung geliefert.

Aufgrund der Fallbestimmungssystematik kommt es in Einrichtungen mit mehreren Ärzten, abhängig von der Zusammensetzung und dem Kooperationsgrad, zu einer Benachteiligung im Vergleich zu Einzelpraxen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Prüfungsstelle in Abstimmung mit den Krankenkassen geeignete Korrekturdaten zur Verfügung.

§ 6

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit dieser Vereinbarung im Übrigen hiervon nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen soll eine erlaubte Regelung treten, die dem Willen der Parteien möglichst nahe kommt.

§ 7

Inkrafttreten

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2016 in Kraft und gilt bis auf Weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Für alle hier nicht aufgeführten Regelungen gilt die Prüfvereinbarung zwischen den Vertragspartnern in der jeweils geltenden Fassung.

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 23. Dezember 2015



Heij
Kassennärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

Alkhausen

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Dortmund

[Signature]
BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg

i.A. Düny

IKK Nord,
Lübeck

i.A. Paul

SVLFG als LKK,
Kiel

Paul

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,
Kiel

i.V. Ertmer

Knappschaft - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

Protokollnotiz


zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2016

Die für den Prüfzeitraum 2016 durchzuführende Richtgrößenprüfung erfolgt unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten sowie der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1 a SGB V. Ist die Berücksichtigung an einen Ereignistag geknüpft, kann die Herausrechnung im Prüfverfahren erfolgen. Dabei ist gemäß Änderung des Vertrages über den Datenaustausch (DtA-Vertrag) vom 09.12.2014 vorzugehen.

Die Richtgrößen werden gemäß § 84 Abs. 8 Satz 6 SGB V um die auf Praxisbesonderheiten sowie der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1 a SGB V entfallenden Kosten im Durchschnitt über alle relevanten Fachgruppen um 8 Prozent gemindert.

Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 23. Dezember 2015

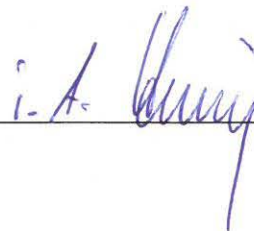



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg



AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg



IKK Nord,
Lübeck



SVLFG als LKK,
Kiel



Verband der Ersatzkassen (vdek) - Der Leiter der Landesvertretung Schleswig-Holstein,
Kiel



Knappschaft - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Prüffachgruppen
Anlage 2	Richtgrößen Heilmittel ab 01.01.2016
Anlage 3	Datensatz Information Vertragsärzte
Anlage 4	Datensatz Wirtschaftlichkeitsprüfung
Anlage 5	Datenlieferungen

Anlage 1

Prüffachgruppen Richtgrößen Heilmittel ab 01.01.2016

1	Allgemeinärzte Stadt
2	Allgemeinärzte Land
3	Chirurgen
4	Frauenärzte
5	HNO-Ärzte
6	Kinderärzte
7	Fachärzte für Neurologie/Nervenheilkunde
8	Orthopäden (einschließlich Ärzte für phys./rehab. Medizin)
9	Internisten (Fachärzte)
10	Kinder-/Jugendpsychiater

Anlage 2

Richtgrößen Heilmittel ab 01.01.2016 (in Euro)

Fachgruppe		AK 1 ¹	AK 2 ¹	AK 3 ¹	AK 4 ¹
1	Allgemeinärzte Stadt	13,56	6,12	12,03	20,13
2	Allgemeinärzte Land	15,81	9,35	16,80	24,93
3	Chirurgen	6,50	22,17	35,55	35,56
4	Frauenärzte	1,88	0,46	3,13	6,13
5	HNO-Ärzte	14,40	2,91	4,91	2,87
6	Kinderärzte	25,55	37,44	25,99	25,99
7	Fachärzte für Neurologie/Nervenheilkunde	39,98	21,79	35,38	42,49
8	Orthopäden (incl. Ärzte für phys./rehab. Medizin)	20,50	37,68	47,59	49,53
9	Internisten (Fachärzte)	6,45	3,16	4,84	8,59
10	Kinder-/Jugendpsychiater	42,89	22,94	41,15	41,15

¹ Altersklassen 1 bis 4 gem. Anlage 3 und 4: Feld 5

Anlage 3

Arztsummensatz Heilmittel

Grundlage ist das vereinheitlichte Satzformat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-ARZ-HEI der ITSG (Datensatzversion: V010, Stand: 08.06.2015)

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1, 2, 3, 4, J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe	1	N	M	Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt, 1 = Mitglied, 3 = Familienangehöriger, 5 = Rentner Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt, 1 = 0 - 15 Jahre, 2 = 16 - 49 Jahre, 3 = 50 - 64 Jahre, 4 = ab 65 Jahre
6	Anzahl Heilmittel	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen verordneten Heilmittel Keine führenden Nullen
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der verordneten Heilmittel Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	Pauschalzuzahlung	..15	N	M	Enthält Summe der Pauschalen Zuzahlungen auf Heilmittelblätter. Erhält NICHT die prozentualen Zuzahlungen auf verordnete Heilmittel. Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme der verordneten Heilmittel Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig

Die Felder sind durch ein Semikolon (;) zu trennen.

Für die Prüfzeiträume ab 1/2016 werden ausschließlich Summendaten nach Altersklassen geliefert. Das Alter des Versicherten am ersten Tag eines Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, ist maßgeblich für die Altersklassenzuordnung.

Anlage 4

Blattdatensatz Heilmittel

Grundlage ist das vereinheitlichte Satzformat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-Blatt-HEI-3 der ITSG (Datensatzversion: V310, Stand: 08.06.2015).

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V310 einzutragen
1	Arztnummer	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennr.	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Betriebsstättennummer
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe	1	N	M	Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt, 1 = Mitglied, 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt , 1 = 0 – 15 Jahre, 2 = 16 – 49 Jahre, 3 = 50 – 64 Jahre, 4 = ab 65 Jahre, 9 = Altersgruppe in DZS aus Geburtsdatum berechnen
6	Belegidentifikation	..30	AN	K	Reserve für eine generierte „BelegNr“ (siehe HIS)
7	Heilmittelblattdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Verordnungsdatum
8	Versichertennummer	..50	AN	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (in Prüfung = Entpseudonymisierung)
9	Geburtsdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Geburt des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Indikationsschlüssel	..4	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZUV – Segment Feld -> Indikationsschlüssel Wenn kein Wert vorhanden ist, muss der Wert = "9999" verwendet werden.
11	Art der Genehmigung	2	AN	M	„B1“ - Genehmigung gemäß § 8 Abs. 4 Heilmittelrichtlinie (Einzelverordnungsbezogene Genehmigung) „B2“ - Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie (Langfristige Genehmigung) Beide Schlüssel werden exakt nach DTA § 302, TA-1: SLLA / SKZ - Segment (siehe Anlage 3 zur TA, Schlüsselverzeichnis 8.1.17, Feld „Art der Genehmig“ geliefert). „B3“ kennzeichnet ebenfalls Genehmigungen nach § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie (Langfristige Genehmigung) Dieser Schlüssel kann alternativ zum Schlüssel „B2“ belegt werden, wenn der Schlüssel „B2“ nicht geliefert wird, aber von den Kassen die Information vorliegt, dass es sich um eine langfristige Genehmigung handelt. In diesem Fall wird die Information zusätzlich von der DZS in die Datenstruktur übernommen.

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
					„00“ wird belegt, wenn kein Wert vorhanden.
12	Kennzeichen Verordnungsart	2	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE – Segment Feld -> Kennzeichen Verordnung bei Verordnungsart bei Heilmitteln Wenn kein Wert hierfür vorhanden ist, muss der Wert =“99“ verwendet werden.
13	Diagnose 1	..12	AN	K	ICD-10-CODE Exakt nach TA-1: SLLA / DIA – Segment Feld -> Diagnoseschlüssel
14	Diagnose 2	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
15	Diagnose 3	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
16	Diagnose 4	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
17	Diagnose 5	..12	AN	K	Weitere ICD-10-GM-CODE
18	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
19	Gesamtzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
20	Pauschalzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
21	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
22	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
23	Faktor 1	..4	N	M	
24	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
25	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
...
138	Leistungsschlüssel 30	5	N	M	
139	Faktor 30	..4	N	M	
140	Positionsbrutto 30	..15	N	M	
141	Positionsnetto 30	..15	N	M	

Bei diesem Datensatz 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 (die Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 141, ist zu verzichten.

Für die Prüfzeiträume ab 1/2016 werden ausschließlich Blattdaten nach Altersklassen geliefert. Das Alter des Versicherten am ersten Tag eines Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, ist maßgeblich für die Altersklassenzuordnung.

Anlage 5

Datenlieferungen Heilmittel

A. Quartalsweise Lieferungen der Krankenkassen(-verbände) an die Kassenärztliche Vereinigung

A1) Arztbezogene Verordnungssummandaten (lt. Anlage 3)

		Lieferweg	Lieferfrist
Verordnungssummandaten (ungeprüft)	je BSNR/LANR-Kombination	Datenträger	10 Wochen nach Quartalsende ²
Verordnungssummandaten (geprüft)	je BSNR/LANR-Kombination	Datenträger	6 Monate nach Quartalsende

Summe der Bruttoausgaben, Zuzahlungen und Anzahl Verordnungen im Bereich Heilmittel getrennt nach Altersklassen bzw. Physikal.-Med., Ergotherapie und Logopädie.

Den Anteil Praxisbesonderheiten an den Bruttoverordnungskosten je BSNR/LANR-Kombination stellt der MDK Nord den Vertragspartnern für die Richtgrößenberechnungen zur Verfügung, sobald dafür valide Daten von den Krankenkassen(-verbänden) zur Verfügung gestellt werden können.

A3) Auswertungen/Unterlagen

		Lieferweg	Lieferfrist
Beratungsunterlagen Heilmittel	je HBSNR ³		6-12 Monate nach Quartalsende

B. Quartalsweise Lieferungen der Kassenärztlichen Vereinigung an die Krankenkassen(-verbände)

B1) Fallzahlen

		Lieferweg	Lieferfrist
Verordnungsfallzahl	je (H)BSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende

B2) Stammdaten

		Lieferweg	Lieferfrist
Fachgruppenzuordnungen	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende
Zuordnung LANR -> Betriebsstätte	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende
Zuordnung Betriebsstätte -> HBSNR	je HBSNR/BSNR-Kombination	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende
Ermächtigtenstatus LANR	je LANR	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende
HBSNR/LANR Psychiatrische Institutsambulanzen	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende
HBSNR/LANR Einrichtungen nach § 116 b SGB V	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	19 Wochen nach Quartalsende

² Die in der Bundesempfehlung zu Richtgrößen genannte Frist von 8 Wochen zur Lieferung der ungeprüften Daten für Arznei- und Verbandmittel wird übernommen, sobald dieses datentechnisch möglich ist.

³ HBSNR = Hauptbetriebsstätte