

Zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH), Bad Segeberg

und

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

dem **BKK - Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK - Die Innovationskasse**, Lübeck

der **KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord**, Hamburg

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK),

BARMER,

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

Handelskrankenkasse (hkk),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung
Schleswig-Holstein, Wall 55, 24103 Kiel

nachfolgend **Krankenkassen(-verbände)** genannt, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist, wird zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 84 Abs. 1, 2 und 8 SGB V folgende

Heilmittelvereinbarung 2026¹

geschlossen:

§ 1

Grundsätze zur Mechanik der Festlegung der Ausgabenvolumina für Heilmittel (gemäß § 84 Abs. 1 Ziffer 1 und Abs. 2 SGB V)

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass ein Verfahren zur Festlegung des Ausgabenvolumens Anwendung finden soll. Das Verfahren ist modular über additive Anpassungsfaktoren aufgebaut. Die zum Zeitpunkt der Verhandlung absehbaren Werte der im jeweiligen Modul erfassten (Teil-)Veränderungsrate werden festgestellt. In der Summe über alle Module ergibt sich daraufhin eine Prognose der Gesamtveränderungsrate für das Folgejahr. Der so ermittelte Wert bildet die Grundlage der vertraglichen Vereinbarung und somit das Soll-Ausgabenvolumen.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die generisch maskuline Form gewählt. Diese Vereinbarung bezieht sich in gleicher Weise auf alle Menschen.

Als Anpassungsfaktoren ergeben sich nach § 84 Abs. 2 SGB V:

1. Veränderungen der Zahl und Altersstruktur der Versicherten,
2. Veränderungen der Preise,
3. Veränderungen der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen,
4. Änderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V,
5. der wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Einsatz innovativer Heilmittel,
6. Veränderungen der sonstigen indikationsbezogenen Notwendigkeit und Qualität bei der Heilmittelverordnung auf Grund von getroffenen Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V,
7. Veränderungen des Verordnungsumfangs von Heilmitteln auf Grund von Verlagerungen zwischen den Leistungsbereichen und
8. Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven entsprechend den Zielvereinbarungen nach § 84 Abs. 1 Nr. 2 SGB V.

Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung durch gesonderte Versorgungsverträge sind in diesen Verträgen zu regeln.

§ 2 Rückwirkende Festlegung der Anpassung nach § 1 für das Jahr 2025

Das Ausgabenvolumen Heilmittel wird für das Jahr 2025 gemäß der Vereinbarung der Bundesvertragspartner (Rahmenvorgaben 2026) rückwirkend angepasst:

Ausgabenvolumen Heilmittel 2025 (retrospektiv) [netto]	
Soll-Ausgaben 2025 in EURO	370.244.224,00
Anpassungsfaktor von 6,45 % ² in EURO	23.880.752,45
Ausgabenvolumen 2025 in EURO	394.124.976,45

Die retrospektive Anpassung des Faktors 2 für das Jahr 2025 nehmen die Vertragspartner im Zuge der Vertragsverhandlungen 2027 auf Basis der in 2026 vorliegenden bundeseinheitlichen Rate vor.

§ 3 Festlegung der Anpassung nach § 1 für das Jahr 2026

Für das Jahr 2026 wurden die Anpassungsfaktoren 3, 4, 5 und 7 gemäß § 1 aufgrund der auf Bundes- ebene getroffenen Vereinbarung zu einer Gesamtrate von 1,30 % zusammengefasst. Unter Berücksichtigung der prospektiv regional festzulegenden Faktoren 1, 2, 6 und 8 ergeben sich folgende Werte:

Ausgabenvolumen Heilmittel 2026 (prospektiv) [netto]	
Soll-Ausgaben 2025 in EURO	394.124.976,45
Anpassungsfaktor von 1,08 % ³ in EURO	4.256.549,75
Ausgabenvolumen 2026 in EURO	398.381.526,20

² Für 2025 wurde der Faktor Wirtschaftlichkeitreserven retrospektiv mit - 5.324.628,11 Euro berücksichtigt. Daraus ergibt sich eine ungerundete Gesamtsteigerungsrate von 6,451860587 %. Die Weiterentwicklung erfolgt mit dem auf vier Stellen gerundeten Prozentwert 6,45 %.

³ Für 2026 wurde prospektiv eine Gesamtsteigerungsrate von 1,0758102321 % errechnet. Die Weiterentwicklung erfolgte mit dem gerundeten Prozentwert 1,08 %.

Der Faktor 8 wurde prospektiv mit -5.731.325,08 Euro bewertet. Dieser wird auf Grundlage der gemeinsam in Euro zu bewertenden Zielerreichung in 2026 retrospektiv angepasst.

§ 4 Datenlieferung und Maßnahmen zur Zielerreichung

1. Die Vertragspartner verpflichten sich zur Datenlieferung, um die Aufgaben erfüllen zu können, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben.
2. Laufende Erkenntnisse und Bewertungen gemäß § 1 und § 3 werden den Vertragsärzten im Rahmen der Mitteilung der Durchschnittswerte zur Voraborientierung mitgeteilt.
3. Bei erkennbarer Überschreitung des vereinbarten Ausgabenvolumens verständigen sich die Vertragspartner über Sofortmaßnahmen.
4. Die Vertragspartner verständigen sich auf Maßnahmen zur Förderung der arztindividuellen Zielerreichung und zur Vermeidung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen insgesamt. Hierzu werden die Vertragspartner regelmäßig die technischen und rechtlichen Möglichkeiten prüfen und das Vorgehen abstimmen. Ziel ist eine wirtschaftliche und rationale Verordnungsweise.
5. Die Vertragspartner bilden zur Unterstützung und Kontrolle der Einhaltung dieser Ziele eine gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel.

§ 5 Gemeinsame Arbeitsgruppe (AG Heilmittel)

1. Zur Analyse und strukturierten Bewertung des Verordnungsgeschehens im Heilmittelsektor und zur Unterstützung der Vertragsärzte bei der Umsetzung dieser Vereinbarung bilden die Vertragspartner eine gemeinsame Arbeitsgruppe Heilmittel.
2. Diese setzt sich grundsätzlich aus maximal 4 Vertretern der KVSH und maximal 4 Vertretern der Krankenkassen(-verbände) zusammen. Die Arbeitsgruppe trifft sich in möglichst konstanter Zusammensetzung bei Bedarf.
3. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann weiterer Sachverstand durch Ärzte und Krankenkassenmitarbeiter sowie sonstige im Gesundheitswesen tätige Personen und Institutionen kostenfrei eingebunden werden.
4. Den Vertragsärzten und angestellten Ärzten werden gemäß § 3 Zielvereinbarung Heilmittel 2026 zusätzlich schriftliche Informationen zur Verfügung gestellt und persönliche Beratungsgespräche durch die KVSH angeboten. Die Beratungsgespräche finden außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach den §§ 106 ff. SGB V statt. Die Teilnahme ist freiwillig. Die Regelungen der Prüfvereinbarung bleiben unberührt.

§ 6 Auffälligkeitsprüfung

Für 2026 vereinbaren die Vertragspartner eine Durchschnittswerteprüfung gemäß Anlage 2. Erstattungen/Nachforderungen sollen erfolgen, wenn der um Praxisbesonderheiten bereinigte Heilmittelfallwert den fachgruppendifferspezifischen Fallwert um mehr als 60 % übersteigt. Hinweise erhalten Betriebsstätten, deren Überschreitung im Prüfzeitraum $> 40\%$ und $\leq 60\%$ ist. Die Regelungen der Prüfvereinbarung bleiben unberührt.

§ 7 Festlegung und Bewertung der Entwicklung des Ausgabenvolumens

Die Entwicklung des Ausgabenvolumens wird in der gemeinsamen Arbeitsgruppe bewertet. Die Bewertungen der Vertragspartner sind Grundlage für eventuelle gesamtvertragliche Regelungen.

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, Abweichungen gegenüber den für 2026 zu Grunde gelegten Annahmen in den Verhandlungen für die Heilmittelvereinbarung des Folgejahres und bei der Bewertung der tatsächlichen Ausgaben für 2025 und 2026 nach § 84 Abs. 3 und 8 SGB V zu berücksichtigen. Dies können insbesondere sein:

- Verordnungsanteile für Einrichtungen mit qualitätsgesicherter präsenzärztlicher Versorgung von chronisch kranken Patienten in stationären Therapieeinrichtungen gemäß der §§ 73c/140a SGB V,
- Verordnungsanteile, die aus Mehrverordnungen aus Verträgen gemäß:
 - § 115b SGB V zum ambulanten Operieren im Krankenhaus,
 - § 119b SGB V zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen resultieren,
- Veränderungen der Brutto-Netto-Quote (insb. Zuzahlungen der Versicherten),
- Kosten für Verordnungen von Heilmitteln im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V, soweit diese in die Ausgabenvolumina einfließen und
- Kosten für Verordnungen von Heilmitteln im Rahmen gesonderter Versorgungsverträge,

Verordnungen der Einrichtungen gemäß der §§ 116b und 118 SGB V zulasten der Krankenkassen(-verbände) sind nicht Bestandteil des Ausgabenvolumens.

Die Vertragspartner werden aufgrund dieser Bewertungen eine Anpassung der Soll-Ausgaben an die Ist-Situation prüfen.

§ 8
In-Kraft-Treten

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2026 in Kraft.

Bad Segeberg, den 17. Dezember 2025

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

Dortmund, den 17. Dezember 2025

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse,
Dortmund

Hamburg, den 17. Dezember 2025

BKK - Landesverband NORDWEST,
Hamburg

Lübeck, den 17. Dezember 2025

IKK - Die Innovationskasse,
Lübeck

Hamburg, den 17. Dezember 2025

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

Kiel, den 17. Dezember 2025

SVLFG als LKK,

Kiel

Kiel, den 17. Dezember 2025

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein,
Kiel

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Vergleichsgruppen für die Durchschnittsprüfung der Heilmittel 2026
- Anlage 2 Durchschnittswerteprüfung 2026
- Anlage 3 Arztsummensatz Heilmittel 2026
- Anlage 4 Blattdatensatz Heilmittel 2026
- Anlage 5 Datenlieferungen Heilmittel 2026

Anlage 1

Prüffachgruppen Heilmittel 2026

1	Hausärzte Stadt
2	Hausärzte Land
3	Chirurgen
4	Neurologen/Nervenheilkundler
5	Frauenärzte
6	HNO-Ärzte
7	Internisten - Fachärzte ohne Schwerpunkt
8	Kinder- und Jugendpsychiater
9	Kinderärzte
10	Orthopäden (einschließlich Ärzte für phys./rehab. Medizin)

Anlage 2

Durchschnittswerteprüfung 2026

§ 1 Durchführung

- (1) Die Durchschnittsprüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt nach der gültigen Prüfvereinbarung gemäß den §§ 106 ff. SGB V. Die Regelungen zu den besonderen Verordnungsbedarfen sowie zum langfristigen Heilmittelbedarf gemäß § 2 sind zu beachten.
- (2) Die Krankenkassen(-verbände) und die KVSH werden der Prüfungsstelle die in Anlage 6 zum BMV-Ä (DTA-Vertrag) beschriebenen und die ggf. zusätzlich prüfnotwendigen Daten gemäß Anlage 4 zur Verfügung stellen.
- (3) Es erfolgt eine Differenzierung nach Altersklassen gemäß Anlage 4.

§ 2 Durchschnittswerte für Heilmittel

- (1) Die Durchschnittswerte sind Bruttowerte inklusive Zuzahlungsbeträge.
- (2) Die Durchschnittswerte für Heilmittel werden auf Basis der Ist-Kosten der regionalen Heilmittelblattdaten (exkl. langfristigem Heilmittelbedarf, besonderen Verordnungsbedarfen und ggf. regional vereinbarten Praxisbesonderheiten) und der ambulant kurativen Verordnungsfallzahlen errechnet.
- (3) Die Vergleichsgruppen sind in Anlage 1 geregelt.
- (4) Blankoverordnungen unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

§ 3 Regionale Praxisbesonderheiten

- (1) Die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten können die Vertragspartner gemeinsam regional im Rahmen dieser Vereinbarung ergänzen. So vereinbaren die Vertragspartner, dass Schmerztherapie-Patienten, sofern diese gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) behandelt werden, als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen sind.
- (2) Auswirkungen gesonderter Versorgungsverträge auf die Heilmittelversorgung und deren Ausgleich im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in diesen zu regeln.

§ 4 Datenlieferung

Die datenliefernden Stellen verpflichten sich in vertragspartnerschaftlicher Verantwortung zur fristgerechten Datenlieferung. Änderungen oder Neufassungen der Anlage 6 zum BMV-Ä (DTA-Vertrag) sind umzusetzen.

Anlage 3

Arztsummensatz Heilmittel 2026

Grundlage ist das vereinheitlichte Satzformat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-ARZ-HEI der ITSG (Datensatzversion: V010, Stand: 10.11.2011).

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feld-typ	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen
1	Arztnummer (LANR)	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennummer	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 einzelnen Datenfelder sind durch Semikolon, die Datensätze durch <CR><LF> zu trennen. Für die Prüfzeiträume ab 1/2017 werden ausschließlich Summandaten nach Altersklassen geliefert. Das Alter des Versicherten am ersten Tag eines Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, ist maßgeblich für die Altersklassenzuordnung. Bei Änderungen des zugrundeliegenden ITSG-Satzformates können sich die datenliefernden Stellen entsprechend abstimmen. Inhaltsänderungen bedürfen der Zustimmung der Vertragspartner.

Anlage 4

Blattdatensatz Heilmittel 2026

Grundlage ist das vereinheitlichte Satzformat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-Blatt-HEI-5 der ITSG (Datensatzversion: V500, Stand: 03.11.2022).

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feld-typ	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V500 einzutragen
1	Arztnummer (LANR)	9	AN	M	<u>Exakt</u> nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	<u>Exakt</u> 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	<u>Exakt</u> 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 <u>Exakt</u> 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	Diagnosegruppe/ Indikationsschlüssel	..4	AN	M	<u>Exakt</u> nach TA-1: SLLA / ZUV - Segment Feld -> Diagnosegruppe/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. „00“ wird belegt, wenn kein Wert vorhanden.
12	Kennzeichen Verordnungsart	2	N	M	<u>Exakt</u> 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.

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feld-typ	Muss Kann	Beschreibung
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	Leitsymptomatik	4	AN	M	Bei Verordnungen durch Vertragsärzte: Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog 1 Stelle: Leitsymptomatik a 2 Stelle: Leitsymptomatik b 3 Stelle: Leitsymptomatik c 4 Stelle: patientenindividuelle Leitsy. je Stelle: "0" = nein, "1" = ja Bsp.: "0010" = nein nein ja nein Wenn kein Kreuz gesetzt wurde, ist "0000" zu übermitteln. Bei nichtvertragsärztlichen Verordnungen ist der Wert "9999" zu liefern.
19	Patientenindividuelle Leitsymptomatik	..70	AN	K	Patientenindividuelle Leitsymptomatik als Text; zwingend anzugeben falls 4. Stelle bei „Leitsymptomatik“ = „1“ Die in diesem Feld enthaltenen Semikolon „;“ müssen von den Kassen oder deren Datenstelle in ein Komma umgewandelt werden.
20	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
21	Gesamtzuzahlung prozentual	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
22	Pauschalzuzahlung	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
23	Gesamnetto	..15	N	M	Nettosumme In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
24	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
25	Faktor 1	.4	N	M	
26	Positionsbrutto 1	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
27	Positionsnetto 1	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
...
140	Leistungsschlüssel 30	5	N	m	
141	Faktor 30	.4	N	m	
142	Positionsbrutto 30	..15	N	m	
143	Positionsnetto 30	..15	N	m	

Die einzelnen Datenfelder sind durch Semikolon, die Datensätze durch <CR><LF> zu trennen.

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 1/2017 werden Blattdaten nach Versichertenstatus geliefert. Das Alter wird aus dem Geburtsdatum berechnet. Bei Fehlen des Jahrhunderts im Geburtsdatum kann mit dem Versichertenstatus die Zuordnung ergänzt werden.

Das Alter des Versicherten am ersten Tag eines Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, ist maßgeblich für die Altersklassenzuordnung. Bei Änderungen des zugrundeliegenden ITSG-Satzformates können sich die datenliefernden Stellen entsprechend abstimmen.

Anlage 5

Datenlieferungen Heilmittel 2026

1) Arztbezogene Verordnungssummendaten (gem. Anlage 3)

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

Lieferfrequenz: Quartal,
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände),
 Empfänger: Prüfungsstelle,
 Anmerkung: Summe der Bruttoausgaben, Zuzahlungen und Anzahl Verordnungen im Bereich Heilmittel getrennt nach Altersklassen bzw. Physikal.-Med. + Podologie, Ergotherapie und Logopädie.
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-nverbandes).

2) Blattdaten Wirtschaftlichkeitsprüfung (gem. Anlage 4)

		Lieferweg	Lieferfrist
Blattdaten Heilmittel	je BSNR/LANR/Heilmittelblatt	Datenträger	auf Anforderung

Lieferfrequenz: Quartal,
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände),
 Empfänger: Prüfungsstelle,
 Anmerkung: Für die (Haupt-)betriebsstätten in Prüfung werden die Inhalte des Datenfeldes 8 entpseudonymisiert.
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-nverbandes). Die Lieferungen erfolgen für die Prüfzeiträume ab 2021 nach der aktualisierten Anlage 4 dieser Vereinbarung.

3) Stamm-/Abrechnungs-/Diagnosedaten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Prüfungsstelle erhält zweckgebunden auf Anforderung, insoweit dies für die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendig ist, weitere durch die KVSH zu liefernde Daten. Dies sind in der Regel Informationen für die Berücksichtigung weiterer Praxisbesonderheiten, Bildung von Unterfachgruppen und die Berechnungen im Rahmen der (An-)erkennung/ Berücksichtigung von Sonderverträgen oder die Beurteilung von Einzelfällen.

Lieferfrequenz: Prüfjahr oder im Einzelfall,
 Lieferant: KVSH,
 Empfänger: Prüfungsstelle

Protokollnotiz

zur Heilmittelvereinbarung 2026

1. Die Vertragspartner stellen für 2026 fest, dass mit den getroffenen Vereinbarungen - insbesondere im Bereich der Zielvereinbarungen und in Form eines strukturierten Informationsangebotes für Ärzte - die Methoden vereinbart worden sind, für die im Bereich der Heilmittelverordnungen das größtmögliche und relevante Potential gesehen wird, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und Einsparungen zu erzielen.
2. Für alle in Schleswig-Holstein überdurchschnittlich verordneten Heilmittelarten wird die schrittweise Annäherung an das durchschnittliche Verordnungsniveau des Bundes (Basis: GKV-HIS) angestrebt.
3. Die Vertragspartner entwickeln ein gemeinsames Konzept zur Sicherstellung der richtigen, termingerechten und rechts-/datenschutzkonformen Lieferung/Verarbeitung/Speicherung/Lösung von Heilmittel- und Stammdaten fort.
4. Die für den Prüfzeitraum 2026 durchzuführende Durchschnittsprüfung erfolgt unter Berücksichtigung der besonderen Verordnungsbedarfe sowie der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V. Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf gemäß Anhang 1 zu den Rahmenvorgaben bzw. des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie ist, dass der Arzt auf den Verordnungsvordrucken neben der Angabe des Indikationsschlüssels bzw. der Diagnosegruppe gemäß Heilmittelkatalog zusätzlich die für die Verordnung therapierelevante und nach § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V endstellig codierte Diagnose in dem dafür vorgesehenen Feld aufgebracht hat. Ist die Berücksichtigung an einen Ereignistag geknüpft, kann die Herausrechnung im Prüfverfahren erfolgen. Dabei ist gemäß der Protokollnotiz zu § 14 Abs. 1 der Anlage 6 des BMV-Ä (Fassung vom 20.04.2023) vorzugehen.

Bad Segeberg, den 17. Dezember 2025

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

Dortmund, den 17. Dezember 2025

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse,
Dortmund

Hamburg, den 17. Dezember 2025

BKK - Landesverband NORDWEST,
Hamburg

Lübeck, den 17. Dezember 2025

IKK - Die Innovationskasse,
Lübeck

Hamburg, den 17. Dezember 2025

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

Kiel, den 17. Dezember 2025

SVLFG als LKK,

Kiel

Kiel, den 17. Dezember 2025

Verband der Ersatzkassen (vdek) - Die Leiterin der Landesvertretung Schleswig-Holstein,
Kiel