

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:

BARMER GEK,

Techniker Krankenkasse (TK),

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

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 - Regionaldirektion, Hamburg**

- nachfolgend "Krankenkassen/-verbände" genannt -

wird folgende

## **Richtgrößenvereinbarung 2013 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 Ausgaben-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 2013

- (1) Bei der Festlegung der Richtgrößen 2013 für Heilmittel wird folgendes Heilmittel-Ausgabenvolumen zu Grunde gelegt:  

173.656.954,73 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 179.812.337,05 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 Absatz 1 BMV-Ä bzw. § 25 Absatz 1 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst, Fälle nach § 21 Absatz 2 BMV-Ä bzw § 21 Absatz 2 EKV und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.
- (4) Mittels Division der arztgruppenbezogenen Ausgabenvolumina (M/F/R) durch die entsprechende Zahl der Behandlungsfälle der jeweiligen Arztgruppe im Vergleichszeitraum werden die arztgruppenspezifischen Richtgrößen ermittelt. Sie sind der Anlage 2 dieser Vereinbarung zu entnehmen.  
Für das Jahr 2013 wird die Ausgestaltung der Richtgrößen gemäß der Differenzierung nach Allgemeinversicherten, Familienangehörigen und Rentnern vorgenommen.
- (5) Berechnungsgrundlage für die Bildung der Richtgrößen sind die Verordnungsdaten sowie Fallzahlen des Bezugszeitraumes Quartal 3/2011 bis einschließlich Quartal 2/2012.
- (6) Die Richtgrößen 2013 gemäß Anlage 2 dieser Vereinbarung treten zum 01.04.2013 in Kraft.

### § 3

#### Praxisbesonderheiten

- (1) Die im Rahmen von DMP gesondert entstandenen Verordnungsdaten 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 gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) behandelt werden.

- (2) Bei der Auffälligkeitsprüfung Heilmittel 2013 sind die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten (§ 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V) und die sog. Langfristgenehmigungen (§ 32 Absatz 1a SGB V) zu berücksichtigen. Diese ersetzen die bislang regional vereinbarten absoluten und relativen Praxisbesonderheiten ab 01. April 2013 vollständig.

#### **§ 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 Verordnungsfalzzahlen 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 Vertrag 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 4 zum BMV-Ä und EKV beschriebenen Daten zur Verfügung stellen. Bei Erweiterung des Heilmittelblattes um die ICD-10-GM werden die Datenlieferungen kassenseitig diesbzgl. erweitert.

Die Krankenkassen/-verbände liefern die Datengrundlagen gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung. Die Daten gemäß Anlage 3 werden für die Gesamtheit der Verordnungen 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**

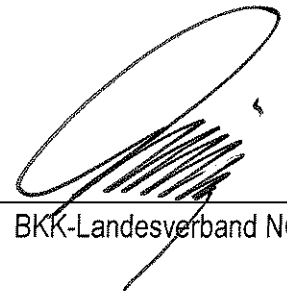
- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.04.2013 in Kraft und gilt bis auf Weiteres. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.
- (2) Für alle hier nicht aufgeführten Regelungen gilt die Prüfvereinbarung zwischen den Vertragspartnern in der jeweils geltenden Fassung.

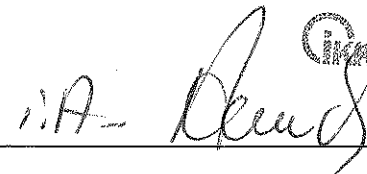
Bad Segeberg, Dortmund, Kiel, Hamburg, Lübeck, den 28. März 2013

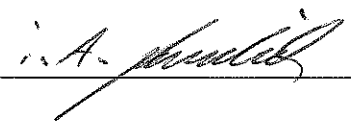
  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

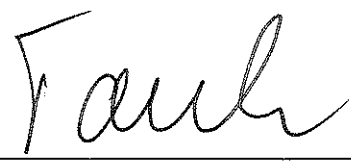


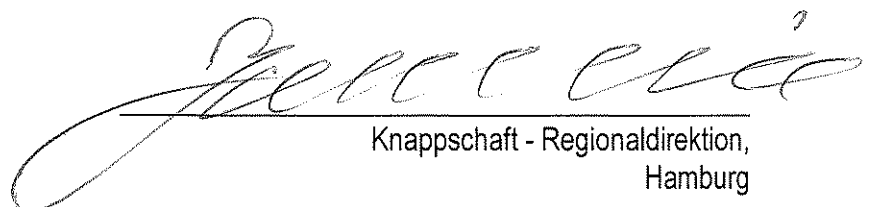
  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

  
i.A. Nord  
Fördertower  
Gablenzstr. 9  
24114 Kiel  
LKK Nord,  
Lübeck

  
SVLFG als LKK,  
Kiel

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

  
Knappschaft - Regionaldirektion,  
Hamburg

## Protokollnotiz

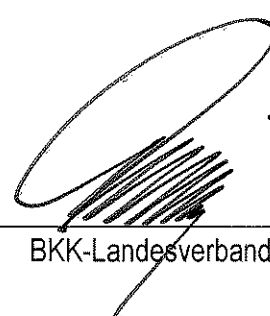
### zur Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2013



Für den Prüfzeitraum 2013 vereinbaren die Vertragspartner die Durchführung einer Durchschnittswerteprüfung. Die Richtgrößenprüfung wird aufgrund der noch nicht abschließend vorliegenden Datengrundlage zur Berechnung der Richtgrößen und der Anerkennung der bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten sowie der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1 a SGB V ausgesetzt. Die zu prüfende Hauptbetriebsstättenanzahl wird auf 125 begrenzt. Die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten gelten zum 01.01.2013. Diese ersetzen die regionalen Praxisbesonderheiten zum 01.04.2013 vollständig. 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 28. März 2013

  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

  
 IKK Nord  
Fördertower  
Gablenzstr. 9  
24114 Kiel  
IKK Nord,  
Lübeck



SVLFG als LKK,  
Kiel



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



Knappschaft - Regionaldirektion,  
Hamburg



## Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Prüffachgruppen
Anlage 2	Richtgrößen Heilmittel ab 01.04.2013
Anlage 3	Datensatz Information Vertragsärzte
Anlage 4	Datensatz Wirtschaftlichkeitsprüfung
Anlage 5	Datenlieferungen

## Anlage 1

### Prüffachgruppen Richtgrößen Heilmittel ab 01.04.2013

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 01.04.2013 (in Euro)

	Fachgruppe	Mitglieder	Familienvers.	Rentner
1	Allgemeinärzte Stadt	6,41	7,79	19,03
2	Allgemeinärzte Land	9,21	11,94	23,18
3	Chirurgen	21,04	12,40	26,49
4	Frauenärzte	0,63	0,72	4,04
5	HNO-Ärzte	2,05	10,06	2,26
6	Kinderärzte	33,24	25,92	36,66
7	Fachärzte für Neurologie/Nervenheilkunde	13,72	22,51	35,50
8	Orthopäden (incl. Ärzte für phys./rehab. Medizin)	33,16	26,47	37,60
9	Internisten (Fachärzte)	3,16	6,25	7,32
10	Kinder-/Jugendpsychiater	45,17	34,14	33,30

## Anlage 3

### Arztsummensatz für Heilmittel

In diesem Datensatz werden die Gesamtverordnungssummen eines Arztes bezogen auf eine Versichertenzusammenfassung geliefert. Entsprechend dem Wert des Dateinamenfelds Versichertendaten (Stelle 15) wird entweder nach Versichertenstatus (1,3,5 für M,F,R) oder nach Altersgruppen (1,2,3,4) verdichtet geliefert.

Ist der Versichertenstatus bzw. die Altersgruppe unbekannt wird als Statuskennung 0 geliefert. Diese Werte werden auf Seiten der datenzusammenführenden Stelle zu den Gesamtwerten aufaddiert.

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
1	LANR	9	AN	M	<u>Exakt</u> 9 Stellen (Wenn Betriebsstättennummern nicht vorliegen, werden hier neun Leerzeichen übertragen. Wenn Betriebsstättennummern vorliegen, werden Arztnummern übermittelt, soweit diese nach BMV-Ä § 44 (6) übertragen wurden. Falls keine Arztnummern vorliegen, wird das Feld mit neun Ziffern Null übermittelt.)
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	<u>maximal</u> 9 Stellen (Wenn Betriebsstättennummern nicht vorliegen, wird hier die siebenstellige Arztrechnungsnummer mit zwei vorangestellten Leerzeichen übertragen.)
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
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	Pauschalzahlung	..15	N	M	Enthält Summe der Pauschalen Zuzahlungen auf Heilmittelblätter. Enthält NICHT die prozentualen Zuzahlungen auf verordnete Heilmittel. Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Angaben in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig

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

## Anlage 4

Datensatz eines Heilmittelblatts  
für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
1	LANR	9	AN	M	<b>Exakt</b> nach TA-1 vom 16.12.2008 Segment ZHE
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	<b>Exakt</b> nach TA-1 vom 16.12.2008 Segment ZHE
3	Verordnungsquartal	5	AN	M	JJJJQ mit Q = [1,2,3,4,J]
4	IK der Krankenkasse	9	AN	M	<b>Exakt</b> 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
8	Versichertennummer	..50	AN	M	pseudonymisiert (in Prüfung = Entpseudonymisierung)
9	Geburtsdatum	8	N	M	pseudonymisiert (in Prüfung = Entpseudonymisierung)
10	Indikationsschlüssel	..12	AN	M	Quellenhinweis: SLLA/ZUV-Segment
11	Kennzeichen Verordnungsart	2	N	K	ausnullen (00)
12	Gesamtbrutto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
13	Gesamtzuzahlung prozentual	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
14	Pauschalzuzahlung	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
15	Gesamtnetto	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
16	Leistungsschlüssel 1	5	N	M	Heilmittelpositionsnummer
17	Faktor 1	..4	N	M	
18	Positionsbrutto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
19	Positionsnetto 1	..15	N	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig
...	...	...	...	...	...
132	Leistungsschlüssel 30	5	N	M	
133	Faktor 30	..4	N	M	
134	Positionsbrutto 30	..15	N	M	
135	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 135, ist zu verzichten. Die Krankenkassen liefern das Datenfeld ICD-10-GM nach Regelung des bundeseinheitlichen Datenaustausches. Die Datensatzbeschreibungen werden durch die Vertragspartner entsprechend erweitert.

## 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 <sup>2</sup>
Verordnungssummandaten (geprüft)	je BSNR/LANR-Kombination	Datenträger	6 Monate nach Quartalsende

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

Den Anteil Praxisbesonderheiten an den Bruttoverordnungs-kosten 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 <sup>3</sup>		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	17 Wochen nach Quartalsende

##### B2) Stammdaten

		Lieferweg	Lieferfrist
Fachgruppenzuordnungen	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	17 Wochen nach Quartalsende
Zuordnung LANR -> Betriebsstätte	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	17 Wochen nach Quartalsende
Zuordnung Betriebsstätte -> HBSNR	je HBSNR/BSNR-Kombination	Datenträger/sFTP	17 Wochen nach Quartalsende
Ermächtigtenstatus LANR	je LANR	Datenträger/sFTP	17 Wochen nach Quartalsende
HBSNR/LANR Psychiatrische Institutsambulanzen	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	17 Wochen nach Quartalsende
HBSNR/LANR Einrichtungen nach § 116 b SGB V	je HBSNR/LANR-Kombination	Datenträger/sFTP	17 Wochen nach Quartalsende

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> HBSNR = Hauptbetriebsstätte