

HEILMITTELVEREINBARUNG

gemäß § 84 Abs. 1 SGB V

für das Jahr 2025

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
im Folgenden: KVN

einerseits

sowie

- AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse*
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
vertreten durch den Vorstand, ebenda,
dieser wiederum vertreten durch Frau Käser
- der IKK classic*,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden
(* handelnd als Landesverband nach § 207 Abs. 4a SGB V)
- dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord –
Siemensstraße 7, 30173 Hannover
- und den Ersatzkassen
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - BARMER
 - DAK-Gesundheit
 - Kaufmännische Krankenkasse – KKH
 - Handelskrankenkasse (hkk)
 - HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,
Schillerstraße 32, 30159 Hannover

im Folgenden: Verbände der Krankenkassen

andererseits

Präambel

Gemeinsames Ziel der Vertragspartner dieser Vereinbarung ist es, auf eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und zugleich wirtschaftliche Heilmittelversorgung hinzuwirken, die sich an der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen orientiert. Die Vertragspartner vereinbaren ein Ausgabenvolumen für Heilmittel für das Jahr 2025. Sie legen in gemeinsamer Verantwortung konkrete Verwaltungs- und Wirtschaftlichkeitsziele für das Jahr 2025 fest. Das Ziel besteht darin, im Jahr 2025 durch gemeinsames Handeln das vereinbarte Ausgabenvolumen für Heilmittel einzuhalten.

§ 1

Ausgabenvolumen für das Jahr 2025

(1) Basis für das Ausgabenvolumen 2025 ist die Einigung im Rahmen der Verhandlungen für das Jahr 2025 auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 i. V. m. Abs. 7 SGB V mit Stand 30.09.2024.

(2) Die KVN und die Verbände der Krankenkassen vereinbaren ein Ausgabenvolumen für die von den Vertragsärzten/Psychotherapeuten nach § 32 SGB V veranlassten Ausgaben für Heilmittel.

a) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2024 wird retrospektiv auf

€ 1.172.908.540,36

festgelegt.

b) Das Ausgabenvolumen für das Jahr 2025 wird prospektiv auf

€ 1.220.763.208,81

festgelegt.

c) Die Bewertung des Anpassungsfaktors „Preisentwicklung“ (§ 84 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) für das Jahr 2025 ist auf Bundesebene noch nicht abgeschlossen. Diese soll im Rahmen einer ggf. unterjährigen Änderung oder für das Folgejahr zu schließenden Vereinbarung rückwirkend berücksichtigt werden, wenn die Bewertung der Bundesebene vorliegt.

d) Die Vertragspartner verständigen sich darauf, die für das Jahr 2025 auf der Bundesebene vorzunehmende Bewertung der Anpassungsfaktoren nach § 84 Abs. 2 SGB V beim Ausgabenvolumen retrospektiv zu berücksichtigen. Diese retrospektive Berücksichtigung betrifft auch die verursachten Verordnungskosten

durch Psychotherapeuten und die Verordnungen im Rahmen der Blankoverordnung nach § 125a SGB V.

- e) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens werden die nach § 84 Abs. 5 SGB V i. V. m. Abs. 7 SGB V zu erfassenden Ausgaben herangezogen.
- (3) Die jährlich vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten arztbezogenen Heilmittelausgaben (GKV-HIS) sind bereits bereinigt um die Verordnungen von Einrichtungen und Versorgungsverträgen nach § 116b SGB V (ASV), § 132d Abs. 1 SGB V (SAPV) und § 39 Abs. 1a SGB V (Entlassmanagement). Die Verbände der Krankenkassen stellen sicher, dass Verordnungen von Einrichtungen nach den §§ 116b, 117, 118, 118a, 119, 119a, 119b, 119c und 132d SGB V nicht zur Ermittlung des Ausgabenvolumens angerechnet werden.
- (4) Der GKV-Spitzenverband führt jährlich unter den Krankenkassen im Frühjahr eine Abfrage der Betriebsstättennummern (BSNR) zur Vorbereitung auf das HIS-Jahresverfahren für das jeweilige Datenjahr durch. Die angefragten Angaben dienen der Abgrenzung und dem Ausschluss ambulanter Leistungsbereiche gemäß Satz 1 bei der Ermittlung der Heilmittelausgaben in den HIS-Berichtszweigen gemäß § 84 Abs. 5 SGB V. Zu diesem und zum Zweck der jährlichen Berechnung des Heilmittelausgabenvolumens gem. § 84 Abs. 1 Nr. 1 SGB V übermittelt die KVN den Verbänden der Krankenkassen die entsprechenden BSNR von Einrichtungen nach Satz 1, soweit diese bekannt sind, bis zum 30.04.2026.
- (5) Sollten relevante Verordnungsvolumina der Einrichtungen nach §§ 116b, 117, 118, 118a, 119 bis 119c und 132d SGB V aus der vertragsärztlichen Versorgung verlagert werden, so kann über eine Anpassung des Ausgabenvolumens verhandelt werden. Diese Verlagerung ist durch entsprechende Daten zu belegen.

§ 2

Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

- (1) Zur Erreichung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Heilmittelversorgung im Jahr 2025 vereinbaren die Vertragspartner, dass bei signifikanter Verbesserung des Ordnungsverhaltens der Betriebsstätte ein im Rahmen der Durchschnittswertprüfung festgestellter Überschreibungsbetrag stufenweise reduziert wird, und zwar wie folgt:
- a) Reduzierung der Behandlungseinheiten pro Behandlungsfall zwischen 0,25% und 0,49%: = Reduzierung des Überschreibungsbetrags um 25%

- b) Reduzierung der Behandlungseinheiten pro Behandlungsfall zwischen 0,50% und 0,74%: = Reduzierung des Überschreibungsbetrags um 50%
 - c) Reduzierung der Behandlungseinheiten pro Behandlungsfall zwischen 0,75% und 0,99%: = Reduzierung des Überschreibungsbetrags um 75%
 - d) Reduzierung der Behandlungseinheiten pro Behandlungsfall um 1,00% oder mehr: = Reduzierung des Überschreibungsbetrags um 100%
- (2) Die Prüfungsstelle führt die Berechnung zur Einhaltung des vereinbarten Ziels gemäß Abs. 1 Satz 2 durch und informiert darüber die Vertragspartner. Die KVN und die Verbände der Krankenkassen bewerten das Ergebnis. Die KVN und die Verbände der Krankenkassen informieren die Prüfungsstelle über die BSNR/Praxen, die das vereinbarte Ziel eingehalten haben.
- (3) Es werden alle Heilmittelverordnungen aller im Vertragsjahr in der Betriebsstätte tätigen Ärzte und Psychotherapeuten zugrunde gelegt. Eine Bereinigung um Verordnungen mit Praxisbesonderheiten oder Langfristgenehmigungen erfolgt nicht. Nebenbetriebsstätten werden in der Hauptbetriebsstätte zusammengefasst.

§ 3

Verordnungsgrundsätze

Um eine Heilmittelversorgung nach § 2 Abs. 1 HS 1 zu erreichen verständigen sich die Vertragspartner auf folgende Grundsätze einer wirtschaftlichen Verordnungsweise:

- a) Vor jeder Heilmittelverordnung ist zu prüfen, ob deren medizinische Notwendigkeit gegeben ist oder ob nicht andere geeignete Maßnahmen wie Prävention und Gesundheitsförderung, Medikamentengabe oder Hilfsmittel angebracht sind.
- b) Gruppentherapie ist vor Einzeltherapie zu verordnen, soweit dies medizinisch und regional sinnvoll möglich ist .
- c) Ergänzende Heilmittel sind nur bei begründeter medizinischer Indikation zu verordnen.
- d) Die Verordnungsmenge ist unter Beachtung eines für den Patienten klar definierten Therapieziels zu bemessen. Die orientierende Behandlungsmenge gemäß der Heilmittelrichtlinie ist dabei als Maßstab zu beachten. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob die im Heilmittelkatalog angegebene maximale Anzahl der Einzelleistungen/Behandlungen erforderlich ist.

- e) Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind nur bei medizinisch begründeter Indikation zulässig, dabei ist der bisherige Therapieverlauf zu berücksichtigen.
- f) Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge hinaus sind als Ausnahme zu verstehen.
- g) Das Therapieziel ist mit dem Patienten zu besprechen und für den Therapeuten auf der Verordnung verständlich darzustellen. Die Erreichung des Therapieziels sollte möglichst mit dem Therapeuten vor Erstellung einer Verordnung außerhalb der orientierenden Behandlungsmenge besprochen werden.
- h) Auf der Verordnung sind eindeutige Vorgaben zur Behandlungsfrequenz anzugeben und so vorzugeben wie sie im Einzelfall zur Erreichung des Therapieziels notwendig sind.
- i) Es soll nur eine Behandlung am Tag erbracht werden. Doppelbehandlungen können in Ausnahmefällen verordnet werden, wenn es medizinisch notwendig ist. Die Regelungen in § 12 Abs. 8 Heilmittel-Richtlinie sind zu beachten.
- j) Auf jeder Verordnung sind der zugrundeliegende ICD-10-Code und der Indikationsschlüssel anzugeben.
- k) Eine Verordnung von Hausbesuchen erfolgt ausschließlich in zwingend medizinischen Ausnahmefällen, nicht aus sozialen oder organisatorischen Gründen. Gleiches gilt für die Ausstellung einer Krankentransportverordnung.
- l) Rehabilitationssport und Funktionstraining können bei bestimmten Indikationen als Alternative für eine Versorgung mit Heilmitteln angesehen werden.
- m) Reguläre Therapieberichte können über ein entsprechendes Ankreuzen auf dem Muster 13 zur weiteren Therapieplanung angefordert werden. Ausführliche, kostenintensive Berichte sollen in der Physio- oder der Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie nur angefordert werden, wenn die Informationen aus dem regulären Therapiebericht nicht ausreichend sind und der ausführliche Bericht für eine weitere Beurteilung der laufenden Therapie zwingend erforderlich sind. Beide Berichte dürfen nicht gleichzeitig angefordert werden.
- n) Therapieformen wie die Massagen sind in der Regel nur geeignet, um die Voraussetzungen für eine aktivierende Therapie zu schaffen. Als langfristige Maßnahme wird von passiven Therapien grundsätzlich abgeraten.

- o) Es sollte geprüft werden, ob bei reversiblen Störungen des Bewegungsapparates eine Kombination aus manueller Therapie und Krankengymnastik möglicherweise zu einer verkürzten Behandlungszeit führt.

Zur Überprüfung der Therapie-Compliance von Patienten mit Chronischem Lymphödem sollten regelmäßige Umfangmessungen in Betracht gezogen werden.
- p) Die Verordnung von Stimm-, Sprech-, Sprach-, und Schlucktherapie erfolgt nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation. Sprachförderungsmaßnahmen werden nicht zu Lasten der GKV verordnet.
- q) Podologische Leistungen, mit Ausnahme der Nagelkorrekturspangenbehandlung bei Unguis incarnatus, werden nur bei Vorliegen eines Diabetischen Fußsyndroms mit Neuropathie und oder ohne Angiopathie und bei Schädigung als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder eines Querschnittsyndroms verordnet. Diese Diagnose muss entsprechend auf der Verordnung angegeben und codiert werden. Vor der erstmaligen Verordnung einer Podologischen Therapie ist eine Eingangsdagnostik notwendig.
- r) Die Zeiteinheiten (30/45/60 Min.) bei der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sind eindeutig vorzugeben und orientieren sich neben der Wirtschaftlichkeit an dem Therapieziel und der Belastungsfähigkeit des Patienten.
- s) Leistungen der Primärprävention nach § 20 SGB V – insb. bei Wirbelsäulenerkrankungen – können als Alternative zu Heilmittelverordnungen in Betracht gezogen werden. Auch die Inanspruchnahme von Sportangeboten kann im Rahmen der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung als Alternative empfohlen werden. Insb. bei unspezifischem Rückenschmerz ist der Patient vorrangig auf Eigenübung (Selbstverantwortung) und alternative Behandlungsmethoden (z. B. Reha Sport und Funktionstraining) hinzuweisen. Maßnahmen der Physiotherapie sollten unter Beachtung der nationalen Versorgungsleitlinie zum unspezifischen Rückenschmerz nur in Ausnahmefällen verordnet werden.
- t) Patienten sollten konsequent zur Durchführung von Eigenübungen angehalten werden, um ihre aktive Mitwirkung einzufordern.
- u) Bei der Auswahl von Leistungen bei gleichem therapeutischem Nutzen sollte die kostengünstigere ausgewählt und auf dem Verordnungsblatt konkretisiert werden.
- v) Verordnungen im Rahmen der erweiterten Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) sollten nur aus medizinischen Gründen abgelehnt werden.

Nach Abschluss der Behandlungsphase (16 Wochen) sollte der zu erwartende Therapieerfolg überprüft werden. Falls das Therapieziel nicht erreicht wurde, ist zu prüfen, wie eine weitere Therapie sinnvoll gestaltet werden kann.

§ 4

Information der Vertragsärzte / Psychotherapeuten

- (1) Die Vertragspartner streben an, zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Vermeidung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die Vertragsärzte durch eine frühzeitige, umfassende und zielgerichtete Information und Beratung zu unterstützen.
- (2) Insbesondere zu den Voraussetzungen der Reduzierung des Überschreitungs Betrags gem. § 2 Abs. 1 sollen die Ärzte/Psychotherapeuten, die in den Betriebsstätten tätig sind, quartalsweise eine Information über die Verordnungskosten der Vorjahre und der Abrechnungskennzahlen des Vertragsjahrs zur Orientierung erhalten. Die Information erfolgt mittels gemeinsamer Anschreiben von KVN und Verbänden der Krankenkassen, wenn und soweit die Verbände der Krankenkassen die notwendigen Heilmittelabrechnungsdaten im Vertragsjahr zur Verfügung stellen.

§ 5

Gemeinsame Arbeitsgruppe

- (1) Die Vertragspartner bilden zur Überwachung der Umsetzung und qualitativen Weiterentwicklung dieses Vertrags die Arbeitsgruppe – Heilmittel –.
- (2) Diese Arbeitsgruppe besteht aus Vertretern der Verbände der Krankenkassen und der KVN und tagt in nicht öffentlicher Sitzung.
- (3) Der Vorsitz der Arbeitsgruppe wechselt kalenderhalbjährlich zwischen KVN und einem Vertreter der Verbände der Krankenkassen (beginnend mit einem Vertreter der Verbände).
- (4) Die Arbeitsgruppe hat folgende Aufgaben:
 - regelmäßige Beobachtung der Ausgabenentwicklung für Heilmittel und situationsbedingte Erarbeitung von Maßnahmen zur Einhaltung des für das Jahr 2025 vereinbarten Ausgabenvolumens sowie zur Erreichung der vereinbarten Wirtschaftlichkeits- und Versorgungsziele.
 - Erstellung und Aktualisierung von gemeinsamen Informationen und Arbeitshilfen für die Ärzte.

- Beratung aktueller Fragestellungen mit grundsätzlicher Bedeutung für die wirtschaftliche Heilmittelversorgung.
 - Beratung und Abgabe einer Stellungnahme zu Einzelfragen auf Antrag eines Vertragspartners.
 - Qualitative Weiterentwicklung des Vertrags
 - Die Arbeitsgruppe tauscht sich jährlich über mögliche Ausschlüsse gemäß § 23 Abs. 9 der Prüfvereinbarung aus.
- (5) Die Kosten für die Entsendung der Teilnehmer an Sitzungen der Arbeitsgruppe Heilmittel trägt die jeweils entsendende Stelle
- (6) Die Arbeitsgruppe tagt auf Einladung eines Vertragspartners.
- (7) Sobald die vertraglichen Regelungen zu den §§ 125a i. V. m. 73 Abs. 11 SGB V für die Heilmittelverordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sog. „Blankoverordnungen“) in Kraft treten, wird die Arbeitsgruppe die Auswirkungen dieser „Blankoverordnungen“ auf die statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung und das Ausgabenvolumen Heilmittel bewerten.

§ 6

Maßnahmen zur Erreichung der Wirtschaftlichkeitsziele

- (1) Die Vertragspartner stellen sicher, dass die von der Arbeitsgruppe nach § 5 erarbeiteten Maßnahmen zeitnah und zielgerichtet umgesetzt werden. Dazu gehören insbesondere die Kommunikation der Wirtschaftlichkeitsziele und Maßnahmen gegenüber den Vertragsärzten und die Information der Versicherten mittels geeigneter Informationsmedien über eine wirtschaftliche Heilmittelversorgung.
- (2) Für die Information der Vertragsärzte nach § 73 Abs. 8 SGB V können die Verbände der Krankenkassen zeitnah Daten und Informationen z.B. über fachgruppen- und indikationsbezogene Therapiebewertungen zur Verfügung stellen dies insbesondere soweit sie für die Umsetzung der Maßnahmen nach § 5 erforderlich sind.
- (3) Die Verbände der Krankenkassen oder einzelne Krankenkassen können darüber hinaus gemeinsam mit der KVN ergänzende Maßnahmen zur Unterstützung der Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens anbieten (insbesondere die Darstellung der Verordnungsanteile für Heilmittel im jeweiligen Anwendungsgebiet zwecks Sicherstellung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise).

§ 7

Bewertung, Zielerreichungsanalyse

- (1) Zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens gem. § 1 werden die nach § 84 Abs. 5 i. V. m. Abs. 7 SGB V zu erfassenden und vom GKV-Spitzenverband übermittelten Ausgaben herangezogen. Die Vertragspartner stellen nach Vornahme der Bewertung nach § 84 Abs. 3 i. V. m. Abs. 7 SGB V gemeinsam fest, ob das vereinbarte Ausgabenvolumen nach § 1 Abs. 2 eingehalten wurde. Gleichzeitig prüfen die Vertragspartner, welche Konsequenzen aus den im Rahmen der Bewertung gewonnenen Erkenntnissen für die zukünftige Heilmittelausgabensteuerung und Heilmittelversorgung zu ziehen sind. Die Maßnahmen der Arbeitsgruppe nach § 5 und deren Ergebnisbewertung werden dabei einbezogen.
- (2) Die Durchführung der Berechnungen zur Bewertung der Zielerreichung gem. § 2 obliegt der Prüfungsstelle.
- (3) Die Bewertung und Zielerreichungsanalyse nach Absatz 1 sind binnen 4 Monaten nach Zugang der Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens nach § 84 Abs. 5 Satz 1 bis 3 SGB V gemeinsam vorzunehmen. Diese Frist kann von den Vertragspartnern im gegenseitigen Einvernehmen verlängert werden.

§ 8

Salvatorische Klausel

Sollte eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden bleibt die Wirksamkeit der Vereinbarung hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an dieser Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommt.

§ 9

Laufzeit der Vereinbarung

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.01.2025 in Kraft und gilt für das Kalenderjahr 2025.

- Anlage 1: Umsetzungsregelungen zur Heilmittelvereinbarung 2025
Anhang 1: Berechnungsbeispiel
Anhang 2: Datensatzbeschreibung

Hannover, den 08.01.2025

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse
Frau Käser

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord

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

Anlage 1 – Umsetzungsregelungen zur Heilmittelvereinbarung 2025

Gegenstand dieser Anlage ist die Regelung der konkreten Einzelheiten der Datenübermittlung, der Termine und der technischen Umsetzung der Heilmittelvereinbarung gemäß § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2025.

Abschnitt I

Definitionen und Grundsätze

§ 1

Definitionen

Nachfolgend sind im Vertrag verwendete Begriffe und Abkürzungen definiert:

- 1) Hauptbetriebsstättennummer (HBSNR): neunstellige Kennziffer je Arztpraxis, die Bestandteil der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen ist. Auch Leistungen bestehender Nebenbetriebsstätten (NBSNR) werden dieser HBSNR zugeordnet.
- 2) Behandlungseinheiten je Fall: Dieser Wert ergibt sich aus der Division der Behandlungseinheiten durch die Gesamtfallzahl je HBSNR eines Kalenderjahres.

§ 2

Grundsätze zur Berechnung der Zielerreichung

- 1) Die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsziels ergibt sich aus dem Verhältnis der Division der Summe der Behandlungseinheiten aller Heilmittelverordnungen durch die Gesamtfallzahl des Prüfjahres 2025 der jeweiligen HBSNR und der Division der Behandlungseinheiten aller Heilmittelverordnungen durch die Gesamtfallzahl des Vergleichsjahres 2024 der jeweiligen HBSNR (siehe Beispielrechnung in Anhang 1 a). Für die Messung der Zielerreichung wird das Ergebnis auf zwei Nachkommastellen kaufmännisch gerundet. § 2 der Heilmittelvereinbarung beschreibt die Systematik.
- 2) Die Berechnungsschritte erfolgen jahresweise.

Abschnitt II Datenbereitstellung

§ 3

Datenbereitstellung durch die KVN

Für die Berechnung der Zielerreichung werden die Stammdaten und Fallzahlen aller in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte benötigt. Zu diesem Zweck nutzt die Prüfungsstelle die pro Abrechnungsquartal von der KVN übermittelten Daten gemäß § 296 SGB V i. V. m. der geltenden Prüfvereinbarung.

§ 4

Datenbereitstellung durch die Krankenkassen

Für die Berechnung der Zielerreichung nutzt die Prüfungsstelle die von den Krankenkassen gem. Anhang 2 übermittelten und quartalsweise geprüften Heilmittelverordnungsdaten. Die Daten sind bis zum 31.08.2026 an die Prüfungsstelle zu liefern.

Anhang 1: Berechnungsbeispiel

Anhang 2: Datensatzbeschreibung

Anhang 2 Datensatzbeschreibung

Datensatz der Krankenkassen:

Lieferintervall	Jährlich
Lieferzeitpunkt	bis 8 Monate nach Ablauf des Vorjahrs
Anzahl	4 Quartale = Prüfljahr

Datenbezeichnung		Anmerkungen
Satzversion		HM-ZV
LANR9		
Betriebsstättennummer		
Verordnungsquartal		
IK der Krankenkasse		
Belegidentifikation		
Heilmittelblattdatum		
Behandlungseinheiten (ohne Fahrkostenpositionen)		Ohne Position X99 Beispiel in SQL: SUBSTRING (Heilmittelposition, 2, 2) <> '99')