

Zwischen

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

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Schwerin

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

nachfolgend **Krankenkassen(-verbände)** genannt, soweit keine andere Bezeichnung angegeben ist, wird folgende

## **MRG<sup>1</sup>-Vereinbarung 2020 Arznei- und Verbandmittel**

geschlossen:

### **Präambel**

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen(-verbände) regeln mit dieser Vereinbarung die Durchführung der MRG-Auffälligkeitsprüfung für Arznei- und Verbandmittel als richtgrößenablösendes Verfahren gem. den §§ 84 und 106 ff. SGB V und der regionalen Prüfvereinbarung. Ziel ist eine einheitliche, arztgruppenspezifische Prüfung aller Arznei- und Verbandmittelverordnungen und die Steuerung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit durch Orientierungsgrößen. Aus Sicht der Vertragspartner besitzt die abgestimmte MRG-Prüfmethode in Verbindung mit der Zielvereinbarung und einem strukturierten Informationsangebot für Ärzte das relevante und größtmögliche Potential, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und Einsparungen zu erzielen.

---

<sup>1</sup> MRG = morbidity related groups = Morbiditätsbezogene Gruppen

## § 1

### MRG-Werte für Arznei- und Verbandmittel

- (1) Die patientenbezogenen MRG-Volumina (MRG-Garantievolumen/MRG-Prüfvolumen) sind Bruttowerte inklusive Rabatte und Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel ohne Sprechstundenbedarf.
- (2) Die MRG-Volumina für Arznei- und Verbandmittel werden auf Basis der patientenbezogenen Ist-Kosten der regionalen Rezeptdetaildaten nach § 300 SGB V errechnet.
- (3) Die Detailfestlegung der MRG-Volumina wird gemäß Anlage 2 durchgeführt.
- (4) Alle MRG-Werte werden einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (bereichseigene und -fremde Patienten) ausschließlich auf der Basis der Bruttotaxen festgelegt.
- (5) Die Vergleichsgruppen sind in Anlage 1 geregelt.
- (6) Die zu prüfenden Ärzte erhalten quartalsweise MRG-Volumina gemäß ihrer Vergleichsgruppe. Diese werden jahresweise auf Ebene der Hauptbetriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten addiert und der Verordnungssumme für Arznei- und Verbandmittel aller dort tätigen Ärzte gegenübergestellt.
- (7) Berechnungsgrundlage für die MRG-Garantievolumina Arznei- und Verbandmittel 2020 sind die Blattdaten des Bezugszeitraumes Quartal 4/2018 bis einschließlich Quartal 3/2019 unter Berücksichtigung regionaler und zeitlicher Schwankungen. Diese werden den Betriebsstätten verordnender Vertragsärzte bis zum 31.12.2019 schriftlich durch die KVSH mitgeteilt.

## § 2

### Ausnahmen von der MRG-Auffälligkeitsprüfung

- (1) Von der MRG-Auffälligkeitsprüfung ausgenommen sind die Kosten der Impfstoffe zur Prävention, bundesweite Praxisbesonderheiten im Rahmen der Preisverhandlungen des Verfahrens gemäß § 35a SGB V sowie des Sprechstundenbedarfs.
- (2) Die Praxisbesonderheiten gem. Abs. 1 können die Vertragspartner gemeinsam regional im Rahmen dieser Vereinbarung ergänzen. Inwieweit begründet abweichendes Ordnungsverhalten aufgrund von z.B. Qualitätssicherungsvereinbarungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V oder strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP) ausreichend im Rahmen der MRG-Systematik berücksichtigt wurde, bewerten die Vertragspartner bei Vorliegen der MRG-Prüfstatistiken 2020. Die Prüfungsstelle fordert ergänzend Daten gem. Anlage 5 Nr. 7 an.
- (3) Auswirkungen gesonderter Versorgungsverträge auf die Arzneimittelversorgung und deren Ausgleich im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung, sind in diesen zu regeln.
- (4) Bei Durchführung einer MRG-ersetzenden Durchschnittsprüfung gelten, bis zu deren gemeinsamen Aktualisierung durch die Vertragspartner, die Praxisbesonderheiten und Ausschlüsse gem. Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2016.

### § 3

#### Datenlieferung Arznei- und Verbandmittel 2020

- (1) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte über die Kosten der veranlassten Arznei- und Verbandmittel und die Berechnung der MRG-Werte verpflichten sich die Krankenkassen(-verbände) und die Kassenärztliche Vereinigung zu den Datenlieferungen gemäß Anlage 5.
- (2) Die datenliefernden Stellen verpflichten sich in vertragspartnerschaftlicher Verantwortung zur fristgerechten Datenlieferung. Die Vertragspartner benennen jeweils einen koordinierenden Ansprechpartner für die Datenempfänger bei nicht fristgemäßer oder fehlerhafter Lieferung.
- (3) Änderungen oder Neufassungen der Anlage 6 zum BMV-Ä (DTA-Vertrag) sind umzusetzen.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt auf Basis der ungeprüften Apothekenabrechnungsdaten eine strukturierte, prüfungsbezogene Information für alle Arznei- und Verbandmittel verordnenden Vertragsärzte (Trendmeldung Verordnungen). Die Trendmeldungen sind zu erstellen, sobald die hierfür notwendigen Daten vorliegen. Die Trendmeldungen sollen spätestens 6 Monate nach Quartalsende versandt werden.

### § 4

#### Wirtschaftlichkeitsprüfung

- (1) Die MRG-Auffälligkeitsprüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt nach der gültigen Prüfvereinbarung gemäß den §§ 106 ff. SGB V.
- (2) Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V müssen bei Prüfmaßnahmen Berücksichtigung finden. Die von den Krankenkassen(-verbänden) für die Wirtschaftlichkeitsprüfung an die Prüfungsstelle zu liefernden Verordnungsdaten (Anlagen 4a und 4b) sollen die auf Rabatte entfallenden Beträge ausweisen.  
Ersatzweise kann für Präparate, die bei der entsprechenden Krankenkasse(-art) einem Rabattvertrag unterliegen, der Preis des jeweils preisgünstigsten vergleichbaren Präparates zum Abgabebetrag zugrunde gelegt werden.  
Zusätzlich erfolgt in diesen Fällen ein Abzug in Höhe von 1,5 % des angesetzten Bruttopreises, um die Verordnung von rabattierten Arzneimitteln zu fördern. Die Krankenkassen stellen der Prüfungsstelle eine krankenkassen(-verbands)-spezifische Liste zur Ersetzung der Taxen nach dem Aufgreifen der zu prüfenden Hauptbetriebsstätten zur Verfügung.
- (3) Bei Durchführung einer MRG-ersetzenden Durchschnittsprüfung gelten für den zugrundeliegenden Prüfzeitraum, insb. bzgl. der zu berücksichtigenden Fallzahlen, die prüfnotwendigen Regelungen der Richtgrößenvereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2016 fort, insofern die Vertragspartner in dieser Vereinbarung oder der gültigen Prüfvereinbarung nichts Abweichendes vereinbart haben.
- (4) Die Zahl der Betriebsstätten in Prüfung mit Stellungnahmeverfahren begrenzen die Vertragspartner für die MRG-Prüfung 2020 auf 75. Die Auswahl erfolgt ggf. zufällig.

## **§ 5 Gegenseitige Verpflichtung**

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet sich, den Vertragsärzten die betriebsstättenbezogenen MRG-Garantievolumina für Arznei- und Verbandmittel in 2020 inkl. der abgestimmten Zusatzinformationen noch vor dem 1. Januar 2020 bekannt zu geben.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln das MRG-Prüfverfahren gemeinsam weiter und stimmen sich bei Bedarf bzgl. notwendiger Anpassungen zeitnah ab.

## **§ 6 Salvatorische Klausel**

Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder ihre Rechtswirksamkeit später verlieren, wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An Stelle der unwirksamen Bestimmung soll, soweit rechtlich zulässig, eine angemessene Regelung gelten, die dem am nächsten kommt, was die Vertragspartner gewollt haben, wenn sie die Unwirksamkeit der Bestimmung gekannt hätten. Erweist sich die Vereinbarung als lückenhaft, nehmen die Parteien unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben eine entsprechende Ergänzung vor.

## **§ 7 Inkrafttreten**


- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2020 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, Hamburg, Schwerin, Kiel, den 20. Dezember 2019




  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg


  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

  
i. A.   
IKK Nord,  
Schwerin

  
KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

  
i. A.   
SVLFG als LKK,  
Kiel

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

## Anlagenverzeichnis

|           |  |
|-----------|--|
| Anlage 1  | Vergleichsgruppen für die MRG-/Durchschnittsprüfung der Arznei-/Verbandmittel 2020 |
| Anlage 2  | MRG-Bestimmung Arznei- und Verbandmittel 2020                                      |
| Anlage 3  | Arztsummendatensatz Arznei- und Verbandmittel 2020                                 |
| Anlage 4a | Rezeptblattdatensatz Arznei- und Verbandmittel 2020                                |
| Anlage 4b | Rezeptblattdatensatz Arznei- und Verbandmittel (Ergänzung für Rezepturen) 2020     |
| Anlage 5  | Datenlieferungen Arznei- und Verbandmittel 2020                                    |

## Anlage 1

### Prüffachgruppen MRG-Prüfung Arznei- und Verbandmittel in 2020

|    |  |
|----|--|
| 1  | Anästhesisten  |
| 2  | Ärztliche Psychotherapeuten                                |
| 3  | Augenärzte   |
| 4  | Chirurgen  |
| 5  | Endokrinologen   |
| 6  | Frauenärzte  |
| 7  | Gastroenterologen  |
| 8  | Hämatologen/Onkologen                                      |
| 9  | Hausärzte  |
| 10 | Hautärzte  |
| 11 | HNO-Ärzte  |
| 12 | Institute/Krankenhäuser mit Notdienst                      |
| 13 | Internisten - Fachärzte ohne Schwerpunkt                   |
| 14 | Kardiologen  |
| 15 | Kinder- und Jugendpsychiater                               |
| 16 | Kinderärzte  |
| 17 | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen                       |
| 18 | Nephrologen  |
| 19 | Neurologen/Nervenheilkundler                               |
| 20 | Notfallabrechnungen/Anlaufpraxen                           |
| 21 | Notfallabrechnungen/Anlaufpraxen (Kinder)                  |
| 22 | Orthopäden (einschließlich Ärzte für phys./rehab. Medizin) |
| 23 | Pneumologen  |
| 24 | Psychiater und Psychotherapeuten/Nervenheilkundler         |
| 25 | Rheumatologen  |
| 26 | Strahlentherapeuten  |
| 27 | Urologen   |

## Anlage 2

### MRG<sup>2</sup>-Bestimmung für Arznei- und Verbandmittel 2020

Die MRG-Systematik ist ein Klassifikationssystem für Patienten. Die Basis für die Einordnung von Verordnungspatienten (ein Quartal, ein Arzt, ein Patient = Verordnungsfall = Verordnungspatient) sind die innerhalb eines Quartals eingelösten Rezepte für Arznei- und Verbandmittel und die Fachgruppe des verordnenden Arztes. Die Rezepte eines Verordnungspatienten werden zusätzlich Wirkstoffobergruppen nach ATC-Systematik<sup>3</sup> zugeordnet. Es können weitere Gruppierungsmerkmale vereinbart werden.

#### Beispiel 1 (MRG-Zuordnung)

Patient P geht zu Arzt A in Fachgruppe F und bekommt im Quartal insgesamt 6 Packungen aus 3 Wirkstoffobergruppen verordnet:

| Arzneimittel                  | Wirkstoff           | Wirkstoffobergruppe                          | ATC-Code    | Kosten         |
|-------------------------------|---------------------|--|-------------|----------------|
| ASS 500 1 A Pharma            | Acetylsalicylsäure  | Antitrombotische Mittel                      | B01A        | 3,99 €         |
| <b>Pravalip 20 mg Heumann</b> | <b>Pravastatin</b>  | <b>Mittel, die den Lipidstoffwechsel ...</b> | <b>C10A</b> | <b>18,02 €</b> |
| ASS 100 Hexal                 | Acetylsalicylsäure  | Antitrombotische Mittel                      | B01A        | 1,48 €         |
| Nebivolol Actavis 5 mg 100    | Nebivolol           | Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten             | C07A        | 18,48 €        |
| Nebivolol Actavis 5 mg 30     | Atenolol            | Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten             | C07A        | 13,26 €        |
| <b>Sortis 20 mg 50</b>        | <b>Atorvastatin</b> | <b>Mittel, die den Lipidstoffwechsel ...</b> | <b>C10A</b> | <b>85,13 €</b> |

Die Kosten der Wirkstoffobergruppe „Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen“ (ATC-Code C10A) dominieren bei Patient P bei Arzt A in Fachgruppe F. Die Kosten aller sechs Präparate (140,36 Euro) werden aufgrund der Kostendominanz der MRG C10A zugeordnet<sup>4</sup>. Der Patient P wird demnach in die MRG C10A der Fachgruppe F einsortiert.

Diese Einsortierung von Patienten in MRG wird für alle Ärzte in allen Fachgruppen durchgeführt. Nun können für jede MRG die durchschnittlichen Gesamtkosten je Patient in jeder Fachgruppe bestimmt werden:

#### Beispiel 2 (MRG-Wert-Bestimmung)

In der Fachgruppe F wurde die Klassifikation gem. Beispiel 1 für alle Patienten vorgenommen und die folgenden MRG gebildet (beispielhafter Ausschnitt):

| MRG  | MRG-Bezeichnung   | Gesamtkosten aller zugeordneter Patienten in der MRG (A) | Anzahl Patienten in MRG (B) | MRG-Basiswert (A / B) |
|------|---|--|-----------------------------|-----------------------|
| ...  | ...   | ...  | ...                         | ...                   |
| C10A | Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen                | 12.535.398,57 €  | 134.567                     | 93,15 €               |
| C10B | Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen, Kombinationen | 2.389.456,78 €   | 15.876                      | 151,51 €              |
| D01A | Antimykotika zur topischen Anwendung                          | 15.795,34 €  | 1.231                       | 12,83 €               |
| D01B | Antimykotika zur systemischen Anwendung                       | 4.245,34 €   | 348                         | 12,20 €               |
| ...  | ...   | ...  | ...                         | ...                   |

<sup>2</sup> MRG = morbidity related groups = morbiditätsbezogene Gruppen

<sup>3</sup> siehe: [https://de.wikipedia.org/wiki/Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches\\_Klassifikationssystem](https://de.wikipedia.org/wiki/Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches_Klassifikationssystem)

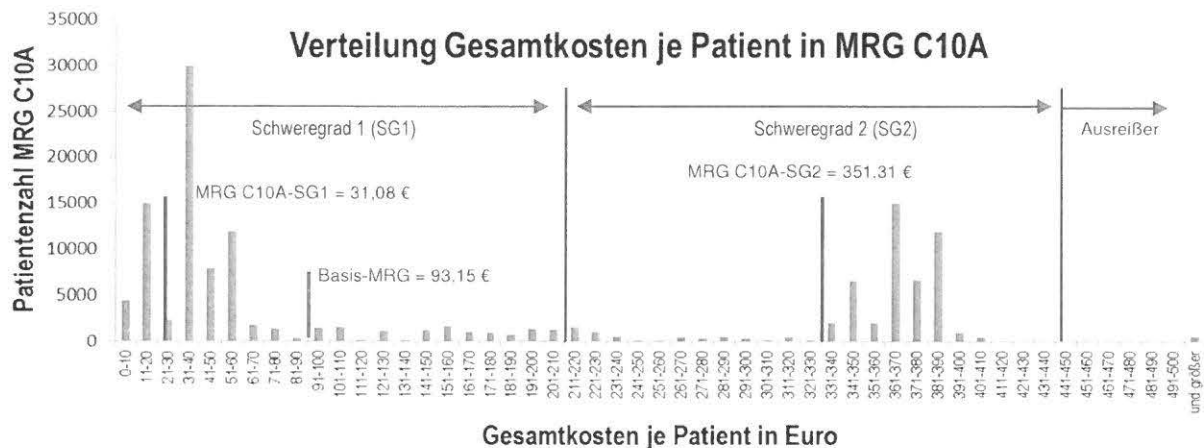
<sup>4</sup> Bis 2016 wurden die Patienten nicht anhand ihrer Verordnungen, sondern aufgrund von Alter und Status klassifiziert.



In der Fachgruppe F dominiert bei 134.567 Patienten die Wirkstoffobergruppe C10A und Rezepte dieser Patienten kosten in Summe 12.535.398,57 Euro. Im Durchschnitt kosten Patienten in der MRG C10A in der Fachgruppe F demnach 93,15 Euro. Dies ist der MRG-Basiswert der MRG C10A.

Diese Basiswerte können als Durchschnitte über alle Patienten in einer MRG ggf. die sehr heterogene Kostenstruktur innerhalb einer MRG nicht abbilden. In diesem Fall werden Schweregrade eingeführt:

### Beispiel 3 (Kostenverteilung in MRG und Berücksichtigung von Schweregraden)



Die Basis-MRG bildet die Durchschnittskosten in der MRG C10A bei 93,15 Euro ab. Für eine korrekte Abbildung der Kosten- bzw. Morbiditätsstruktur in der Gruppe muss die MRG in zwei Schweregrade (MRG C10A-SG1 = 31,08 Euro und MRG C10A-SG2 = 351,31 Euro) und kostenintensive Ausreißer aufgeteilt werden. Dies geschieht automatisiert auch auf Basis weiterer Kriterien (z. B. Alter, Multimedikation) insoweit diese mit der Morbidität der Verordnungspatienten in einer MRG korrelieren.

Nach dieser weiteren Aufteilung der Basis-MRG in MRG mit Schweregraden kann jedem Verordnungspatienten auf Basis seiner eigenen Klassifikation ein morbiditätsorientierter Sollwert zugeordnet werden. Patient P aus Beispiel 1 ist ein Fall der MRG C10A mit gering einzuschätzender Morbidität. Er erhält den Schweregrad 1 und der behandelnde Arzt A den Sollwert 31,08 Euro.

Die Aufsummierung aller patientenbezogenen Sollwerte des Arztes A ergibt sein MRG-Volumen für ein Quartal.

Wird dies auf Basis von Verordnungen aus vergangenen Quartalen durchgeführt, kann jedem Arzt ein Garantievolumen für zukünftige Quartale/Jahre mitgeteilt werden. Dieses Volumen teilt die KVSH zum 1. Januar jeden Jahres mit.

Bei Prüfung des Arztes wird das Sollvolumen [Sollkosten] anhand der Verordnungsdaten des Prüfzeitraumes erneut berechnet und das Maximum aus Garantievolumen und diesem MRG-Prüfvolumen den tatsächlichen Bruttoverordnungsdaten [Ist-Kosten] gegenübergestellt. Überschreitungen der Sollkosten von mehr als 12,5 % nach Abzug von praxisindividuellen Besonderheiten gelten als maßnahmenrelevant.

#### Beispiel 4 (Garantievolumen und Auffälligkeitsprüfung)

Der im Arznei- und Verbandmittelbereich bislang wirtschaftliche Arzt A hat zum 1. Januar 2020 auf Basis seiner Verordnungen der Quartale 4/2018 - 3/2019 ein MRG-Garantievolumen von 456.987,34 Euro für den Zeitraum 2020 mitgeteilt bekommen.

Fall 1: Arzt A reduziert seine Tagesarbeitszeit und behandelt und verordnet weniger:

|                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| Garantievolumen 2019 (GV): | 456.987,34 Euro |
| Prüfvolumen 2019 (PV):     | 362.740,52 Euro |
| Ist-Ausgaben 2019 (Ist):   | 400.786,12 Euro |

Über-/Unterschreitung MRG-Prüfung:  $IST / MAX(GV,PV) - 1 = - 12,2 \%$  (Unterschreitung)

Fall 2: Arzt A ändert nichts, es kommt ein sehr verordnungsintensiver Patient hinzu:

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Garantievolumen 2019 (GV): | 456.987,34 Euro        |
| Prüfvolumen 2019 (PV):     | <b>502.740,52 Euro</b> |
| Ist-Ausgaben 2019 (Ist):   | 512.786,34 Euro        |

Über-/Unterschreitung MRG-Prüfung:  $IST / MAX(GV,PV) - 1 = + 2,0 \%$  (Überschreitung)

Fall 3: Arzt A verordnet zusätzlich unwirtschaftliche Präparate:

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Garantievolumen 2019 (GV): | 456.987,34 Euro        |
| Prüfvolumen 2019 (PV):     | <b>457.956,21 Euro</b> |
| Ist-Ausgaben 2019 (Ist):   | 520.786,14 Euro        |

Über-/Unterschreitung MRG-Prüfung:  $IST / MAX(GV,PV) - 1 = + 13,8 \%$  (Überschreitung)

## Anlage 3

### Arztsummendatensatz Arzneimittel 2020

Grundlage ist das vereinheitlichte Satzformat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-ARZ-AM der ITSG (Datensatzversion: V010, Stand: 08.06.2015) **regional ergänzt um Feld 10.**

| Nr. | Bezeichnung   | Max. Stellenzahl | Feldtyp | Muss Kann | Beschreibung   |
|-----|---|------------------|---------|-----------|--|
| 0   | Datensatzversion  | 4                | AN      | M         | Versionsnummer des Datensatzes<br>Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen   |
| 1   | Arztnummer (LANR)   | 9                | AN      | M         | <b>Exakt</b> nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-25   |
| 2   | Betriebsstättennummer   | 9                | AN      | M         | <b>Exakt</b> nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-02   |
| 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<br>0 = unbekannt,<br>1 = Mitglied,<br>3 = Familienangehöriger,<br>5 = Rentner<br>Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C<br>0 = unbekannt,<br>1 = 0 - 15 Jahre,<br>2 = 16 - 49 Jahre,<br>3 = 50 - 64 Jahre,<br>4 = ab 65 Jahre |
| 6   | Anzahl Einzelverordnungen   | ..15             | N       | M         | Anzahl der in die Summe eingegangenen Einzelverordnungen (abgegebene Mittel).<br>Quellenhinweis: Anzahl EFP-Segmente<br>Keine führenden Nullen   |
| 7   | Gesamtbrutto  | ..15             | N       | M         | Bruttosumme der abgegebenen Mittel<br>Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag<br>Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen   |
| 8   | Gesamtzahlung   | ..15             | N       | M         | Summe der Zuzahlungen ohne Abschläge,<br>Quellenhinweis:<br>$\sum$ PosZuzahlung* oder BES-Segment.Zuzahlung*<br>Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen  |
| 9   | Gesamtnetto   | ..15             | N       | M         | Nettosumme der abgegebenen Mittel<br>Quellenhinweis:<br>$\sum$ EFP-Segment.Betrag -<br>$\sum$ NPB-Segment.Betrag -<br>$\sum$ PosZuzahlung  |
| 10  | Gesamtbrutto bereinigt um die Beträge der Wirkstoffe der Anlage 2 der regionalen Richtgrößenvereinbarung 2016 | ..15             | N       | M         | Bruttosumme der abgegebenen Mittel bereinigt um die Beträge der Wirkstoffe der Anlage 2, Betrag Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen  |

Die einzelnen Datenfelder sind durch Semikolon, die Datensätze durch <CR><LF> zu trennen. Für die Prüfzeiträume ab 1/2017 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. Bei Änderungen des zugrundeliegenden ITSG-Satzformates können sich die datenliefernden Stellen entsprechend abstimmen.

## Anlage 4a

### Rezeptblattdatensatz Arzneimittel 2020

Grundlage ist das vereinheitlichte Satzformat zur Wirtschaftlichkeitsprüfung VSW-Blatt-AM-2 der ITSG (Datensatzversion: V010, Stand: 08.06.2015).

| Nr. | Bezeichnung                          | max. Stellenzahl | Feldtyp | Muss Kann | Beschreibung  |
|-----|--------------------------------------|------------------|---------|-----------|---|
| 0   | Datensatzversion                     | 4                | AN      | M         | Versionsnummer des Datensatz<br>Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen  |
| 1   | Arztnummer (LANR)                    | 9                | AN      | M         | <b>Exakt</b> nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-25  |
| 2   | Betriebsstättennummer                | 9                | AN      | M         | <b>Exakt</b> nach TA-3 vom 08.11.2007 Segment ZUP-02  |
| 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<br>0 = unbekannt,<br>1 = Mitglied,<br>3 = Familienangehöriger,<br>5 = Rentner<br>Wenn Dateiname 15 = A-C<br>0 = unbekannt,<br>1 = 0 - 15 Jahre,<br>2 = 16 - 49 Jahre,<br>3 = 50 - 64 Jahre,<br>4 = ab 65 Jahre<br>9 = Altersgruppe in DZS aus Geburtsdatum berechnen |
| 6   | Belegnummer                          | ..18             | AN      | M         | Belegung nach TA1, TA3 und TA4 zum Datenausgleich nach § 300 SGB V  |
| 7   | Rezeptdatum                          | 8                | N       | M         | JJJJMMTT, Datum der Ausstellung<br>Quellenhinweis: ZUP-Segment.Datum (Ausstellung)  |
| 8   | Versichertennummer                   | ..50             | AN      | M         | Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (siehe Landesvereinbarung und Kapitel 1.4 Pseudonymisierung der Versichertennummer)  |
| 9   | Geburtsdatum                         | 8                | N       | M         | JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten<br>MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar  |
| 10  | Gesamtbrutto                         | ..15             | N       | M         | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen<br>Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag   |
| 11  | Gesamtzahlung                        | ..15             | N       | M         | In Cent, keine Trennzeichen, keine führenden Nullen<br>Quellenhinweis:<br>Siehe Kapitel 1.2 Zuzahlung Arzneimittel (ITSG: Vereinheitlichte Satzformate zur Wirtschaftlichkeitsprüfung)  |
| 12  | Gesamtnetto                          | ..15             | N       | M         | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig<br>Quellenhinweis:<br>$\sum$ EFP-Segment.Betrag (Brutto) -<br>$\sum$ NPB-Segment.Betrag (Rabatt) -<br>Gesamtzahlung  |
| 13  | PZN 1                                | ..10             | N       | M         | Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen   |
| 14  | Faktor 1                             | ..4              | N       | M         | Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten  |
| 15  | Positionsbrutto 1                    | ..15             | N       | M         | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen<br>Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag  |

|     |                    |      |     |     |  |
|-----|--------------------|------|-----|-----|--|
| 16  | Positionsnetto 1   | ..15 | N   | M   | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig<br>Quellenhinweis:<br>EFP-Segment.Betrag -<br>$\sum$ NPB-Segment -<br>Pos.Zuzahlung               |
| 17  | Herstellerrabatt 1 | ..15 | N   | K   | Herstellerrabatt nach § 130 a Abs. 8 SGB V, in Cent, keine Trennzeichen, keine führenden Nullen, nur positive Werte zulässig<br>Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN * Faktor 1 |
| ... | ...                | ...  | ... | ... | ...  |
| 53  | PZN 9              | ..10 | N   | m   | Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen  |
| 54  | Faktor 9           | ..4  | N   | m   | Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten   |
| 55  | Positionsbrutto 9  | ..15 | N   | m   | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen<br>Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag   |
| 56  | Positionsnetto 9   | ..15 | N   | m   | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig<br>Quellenhinweis:<br>EFP-Segment.Betrag -<br>$\sum$ NPB-Segment -<br>Pos.Zuzahlung               |
| 57  | Herstellerrabatt 9 | ..15 | N   | k   | Herstellerrabatt nach § 130 a Abs. 8 SGB V, in Cent, keine Trennzeichen, keine führenden Nullen, nur positive Werte zulässig<br>Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN * Faktor 9 |

Für die Prüfzeiträume ab 1/2017 werden ausschließlich Rezeptdaten mit Versichertenstatus geliefert (Feld 5). Das Alter des Versicherten am ersten Tag eines Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, ist maßgeblich für die Altersklassenzuordnung. Die einzelnen Datenfelder sind durch Semikolon, die Datensätze durch <CR><LF> zu trennen. Bei Änderungen des zugrundeliegenden ITSG-Satzformates können sich die datenliefernden Stellen entsprechend abstimmen.

## Anlage 4b

### Rezeptblattdatensatz Arzneimittel (Ergänzung für Rezepturen) 2020

Die Lieferung der ergänzenden Rezepturinformationen kann außer in der unten angegebenen Form auch gem. einer im bundesweiten Austausch etablierten Datensatzbeschreibung (z.B. ITSG) erfolgen, insofern diese die gleichen oder mehr Dateninhalte aufweist und eine Verknüpfung zu den Datensätzen der Anlage 4a möglich ist.

| Nr. | Bezeichnung           | max. Stellenzahl | Feldtyp | Muss<br>Kann | Beschreibung   |
|-----|-----------------------|------------------|---------|--------------|--|
| 0   | Datensatzversion      | 4                | AN      | M            | Versionsnummer des Datensatz<br>Hier ist die Datensatzversion = E010 einzutragen |
| 1   | Belegnummer           | ..18             | AN      | M            | Belegung nach TA1, TA3 und TA4 zum Datenausgleich nach § 300 SGB V               |
| 3   | Sonderkennzeichen/PZN | ..8              | N       | M            |  |
| 4   | Faktorkennzeichen     | ..2              | AN      | M            | Kennzeichen für die Einheit des Anteils nach Tabelle 8.2.25 DTA300               |
| 5   | Faktor                | ..4              | N       | M            | Verwendeter Anteil der Packung   |
| 6   | Preiskennzeichen      | ..2              | AN      | M            | Belegung nach Tabelle 8.2.26 DTA300  |
| 7   | Preis                 | ..15             | N       | M            | in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen                               |

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

## Anlage 5

### Datenlieferungen Arzneimittel 2020

Die Datenlieferungen unter 4), 5) und 6) ruhen vorläufig, bis neue vertragliche Regelungen über eine datenzusammenführende Stelle einschließlich etwaiger entsprechender Anpassungen der regionalen Prüfvereinbarung nach den §§ 106 SGB V in Kraft getreten sowie die dazugehörigen organisatorisch-technischen Voraussetzungen geschaffen worden sind.

#### 1) Arztbezogene Verordnungssummandaten (gem. Anlage 3)

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

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände)  
 Empfänger: Prüfungsstelle  
 Anmerkung: Summe der Bruttoausgaben, Summe der Bruttoausgaben bereinigt um die Beträge der Wirkstoffe der Anlage 2 der Richtgrößenvereinbarung 2016 (Praxisbesonderheiten), Zuzahlungen und Rabatte im Bereich Arznei- und Verbandmittel getrennt nach Altersklassen.  
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-nverbandes).

#### 2) Rezeptdaten Auffälligkeitsprüfung (gem. der Anlagen 4a und 4b)

|                                       |                         | Lieferweg   | Lieferfrist     |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|
| Rezeptdaten Arznei- und Verbandmittel | je BSNR/LANR/Rezept/PZN | Datenträger | auf Anforderung |
| Ergänzungsdaten Rezepturen            | je Rezeptur-PZN         | Datenträger | auf Anforderung |

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände)  
 Empfänger: Prüfungsstelle  
 Anmerkung: Bei Lieferung von Daten für alle Betriebsstätten werden die Inhalte des Datenfeldes 8 für die Hauptbetriebsstätten in Prüfung entpseudonymisiert.  
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-nverbandes).

#### 3) Daten für die Abbildung der Vereinbarungen in der Praxissoftware/Analysen

|   |                 | Lieferweg        | Lieferfrist                  |
|---|-----------------|------------------|------------------------------|
| Stammdaten Zielvereinbarung für ARV-Schnittstelle | je Zielfeld/PZN | Datenträger/sFTP | 11 Wochen vor Quartalsbeginn |

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: Krankenkassen  
 Empfänger: KVSH

#### 4) Informationen für Auswertungen und Unterlagen der gemeinsamen AG Pharmakotherapie

|                               |   | Lieferweg        | Lieferfrist                 |
|-------------------------------|---|------------------|-----------------------------|
| Arzneimittel-Informationen    | je HBSNR <sup>5</sup> oder HBSNR/LANR-Kombination | Datenträger/sFTP | 6 Monate nach Quartalsende  |
| Auswertungen Zielvereinbarung | je HBSNR  | Datenträger/sFTP | 12 Wochen nach Quartalsende |

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände) oder KVSH  
 Empfänger: KVSH - gemeinsame AG Pharmakotherapie

<sup>5</sup> HBSNR = Hauptbetriebsstättennummer

|                               |                         | Lieferweg        | Lieferfrist                 |
|-------------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------------|
| Rezeptdetaildaten (ungeprüft) | je BSNR/LANR/Rezept/PZN | Datenträger/sFTP | 10 Wochen nach Quartalsende |

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: KVSH  
 Empfänger: Krankenkassen(-verbände)

### 5) MRG-Garantievolumina (Orientierungsgrößen)

|   |                      | Lieferweg        | Lieferfrist     |
|---|----------------------|------------------|-----------------|
| Rezept-/Rezepturdaten Arznei- und Verbandmittel gem. Anlage 4a und 4b | je BSNR/LANR/Rezepte | Datenträger/sFTP | auf Anforderung |

Lieferfrequenz: Quartal,  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände), alternativ KVSH  
 Empfänger: Datenzusammenführende Stelle der Krankenkassen(-verbände), alternativ KVSH  
 Anmerkung: Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke der kassenseitigen/-übergreifenden MRG-Analysen im Rahmen der Bestimmung der Garantievolumina übermittelt.

### 6) Stammdaten für die strukturierte Qualitätssicherung und die MRG-Bestimmung

|   |                           | 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 |
| Hauptbetriebsstätte/LANR Psychiatrische Institutsambulanzen | je HBSNR/LANR-Kombination | Datenträger/sFTP | 19 Wochen nach Quartalsende |
| HBSNR/LANR Einrichtungen nach § 116b SGB V                  | je HBSNR/LANR-Kombination | Datenträger/sFTP | 19 Wochen nach Quartalsende |

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: KVSH  
 Empfänger: Datenzusammenführende Stelle der Krankenkassen(-verbände)

### 7) 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. In der Regel sind dies Informationen für die Berücksichtigung weiterer Praxisbesonderheiten, Bildung von Unterfachgruppen und die Berechnungen im Rahmen der (An-)erkennung, Berücksichtigung von Sonderverträgen/DMP-Programmen/besonderen Versorgungsformen oder die Beurteilung von Einzelfällen.

Lieferfrequenz: Prüfwahl oder im Einzelfall  
 Lieferant: KVSH  
 Empfänger: Prüfungsstelle