

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)**, Kiel 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 2018 Heilmittel**

geschlossen:

### **Präambel**

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen(-verbände) regeln mit dieser Vereinbarung die Durchführung der MRG-Auffälligkeitsprüfung für Heilmittel als richtgrößenablösendes Verfahren gem. den §§ 84, 106 ff. SGB V und der regionalen Prüfvereinbarung. Ziel ist eine einheitliche und arztgruppenspezifische Prüfung aller Verordnungen und die Steuerung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungstätigkeit durch Orientierungsgrößen. Aus Sicht der Vertragspartner besitzt die abgestimmte MRG-Prüfmethode in Verbindung mit der Zielvereinbarung und dem Beratungswesen 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 Heilmittel 2018**

- (1) Die MRG-Volumina (MRG-Garantievolumina/Prüfvolumina) sind Bruttowerte inklusive Zuzahlungsbeträge.
- (2) Die MRG-Volumina für Heilmittel werden auf Basis der patientenbezogenen Ist-Kosten der regionalen Heilmittelblattdaten errechnet und entsprechen in ihrer Summe dem für diesen Prüfzeitraum vereinbarten Heilmittelverteilungsvolumen (brutto) exkl. langfristigem Heilmittelbedarf, besonderen Verordnungsbedarfen und ggf. regional vereinbarten Praxisbesonderheiten.
- (3) Die Festlegung der MRG-Volumina im Detail wird gemäß Anlage 2 durchgeführt.
- (4) Alle MRG-Berechnungen werden einheitlich für alle Kassenarten sowie für den Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (bereichseigene und -fremde Patienten) ausschließlich auf der Basis der Heilmittelblattdaten gemäß Anlage 4 durchgeführt.
- (5) Die Vergleichsgruppen sind in Anlage 1 geregelt.
- (6) Die zu prüfenden Ärzte erhalten MRG-Volumina gemäß ihrer Vergleichsgruppe. Diese werden auf Ebene der Hauptbetriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten addiert und der Verordnungssumme für Heilmittel aller Ärzte der Hauptbetriebsstätte gegenübergestellt.
- (7) Die MRG-Garantievolumina Heilmittel 2018 werden aus den Blattdaten des Bezugszeitraumes Quartal 1/2016 bis einschließlich Quartal 4/2016 bestimmt.

## **§ 2**

### **Besondere Verordnungsbedarfe und langfristiger Heilmittelbedarf**

- (1) Bei der Auffälligkeitsprüfung Heilmittel 2018 sind die bundeseinheitlichen besonderen Verordnungsbedarfe (§ 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V i. V. m. Anhang 1 zur Anlage 2 Rahmenvorgabe) und ggf. regionale Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Die Verordnungen für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1 a SGB V i.V.m. Anlage 2 Heilmittelrichtlinie) unterliegen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Beide sind keine Bestandteile der MRG-Volumina. Die Erwartungswerte, der auf sie entfallenden Verordnungskosten, werden neben den mitzuteilenden MRG-Garantievolumina ausgewiesen.
- (2) Die Praxisbesonderheiten gem. Abs. 1 können die Vertragspartner gemeinsam regional im Rahmen dieser Vereinbarung ergänzen, insofern eine Berücksichtigung im Rahmen der MRG-Systematik nicht erfolgen kann.
- (3) 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 von MRG-Prüfstatistiken. Die Prüfungsstelle fordert ergänzend Daten gem. Anlage 5 - Nr. 6 an.
- (4) Auswirkungen gesonderter Versorgungsverträge auf die Heilmittelversorgung und deren Ausgleich im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in diesen zu regeln.

### **§ 3 Datenlieferung Heilmittel**

- (1) Zur kontinuierlichen Information der Vertragsärzte über die Kosten der veranlassten Heilmittel 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 Prüfungsstelle gibt den Vertragsärzten die geprüften und ungeprüften Verordnungssummendaten (gemäß Anlage 5 - Nr. 1) in Form einer strukturierten, prüfungsbezogenen Information bekannt (Infopaket Verordnungen). Infopakete ab Quartal 1/2018 sind zu erstellen, sobald die Daten gemäß Anlage 5 Nr. 1 vorliegen.
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt den Krankenkassen(-verbänden) und der KVSH die artbezogenen gemäß Abs. 4 zusammengeführten Verordnungssummendaten.

### **§ 4 Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die MRG-Auffälligkeitsprüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt nach der gültigen Prüfvereinbarung gemäß den §§ 106 ff. SGB V. Die Regelungen zu den besonderen Verordnungsbedarfen sowie zum langfristigen Heilmittelbedarf sind gemäß § 2 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 5 zur Verfügung stellen.
- (3) Bei Durchführung einer MRG-ersetzenden Durchschnittsprüfung gelten für den zugrundeliegenden Prüfzeitraum, insbesondere bezüglich der zu berücksichtigenden Fallzahlen, die prüfnotwendigen Regelungen der Richtgrößenvereinbarung Heilmittel 2016 fort, insofern die Vertragspartner in dieser Vereinbarung oder der gültigen Prüfvereinbarung nichts Abweichendes vereinbart haben.

### **§ 5 Gegenseitige Verpflichtung**

- (1) Die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet sich, den Vertragsärzten die betriebsstättenbezogenen MRG-Garantievolumina oder andere vereinbarte Orientierungsgrößen für Heilmittel in 2018 inkl. der mit den Krankenkassen(-verbänden) abgestimmten Zusatzinformationen noch vor dem 1. Januar 2018 bekannt zu geben.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln das MRG-Prüfverfahren im Bedarfsfall 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 2018 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, Lübeck, Kiel, den 22. Dezember 2017

  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

  
IKK Nord,  
Schwerin

*i.v.* 

---

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

*i.A.* 

---

SVLFG als LKK,  
Kiel



---


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

## Protokollnotiz

### zur MRG-Vereinbarung Heilmittel 2018

- (1) Für den Prüfzeitraum 2018 vereinbaren die Vertragspartner eine MRG-Prüfung auf Basis der Klassifikationsmerkmale Patientenalter (Altersklassen gemäß Anlage 4 - Datenfeld 5) und Fachgruppe des verordnenden Arztes. Für zukünftige Prüfzeiträume wird die Einbeziehung weiterer morbiditätsorientierter Kriterien geprüft.
- (2) Die für den Prüfzeitraum 2018 durchzuführende Prüfung erfolgt unter Berücksichtigung der besonderen Ordnungsbedarfe sowie der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V. Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Ordnungsbedarf gemäß Anhang 1 zu den Rahmenvorgaben bzw. des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie ist, dass der Arzt auf den Ordnungsvordrucken 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 Änderung der Anlage 6 des BMV-Ä (DTA-Vertrag) vom 09.12.2014 vorzugehen. Fehlt die Information über den Ereignistag, hat die Prüfungsstelle dieses Datum zu recherchieren. Das gleiche gilt, wenn sich die für die Anerkennung von besonderen Ordnungs- und langfristigen Heilmittelbedarfen erforderlichen Hinweise oder Spezifikationen aus den Prüfunterlagen nicht ermitteln lassen.
- (3) Das prospektive Ausgabenvolumen 2018 reduziert um die vereinbarten Abschläge und die Kosten für vorab bestimmbare bundeseinheitliche Ordnungsbedarfe und die Ordnungskosten nach § 32 Abs. 1a SGB V ergibt in Summe das Verteilungsvolumen. Im Durchschnitt über alle relevanten Fachgruppen entspricht der Anteil von besonderen Ordnungsbedarfen und langfristigem Heilmittelbedarf einem Abschlag von 25,25 Prozent. Die Vertragspartner schaffen im Rahmen der Entwicklung der MRG-Systematik die Grundlage für eine fachgruppenspezifische Ermittlung der tatsächlichen regionalen Anteile.

Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 22. Dezember 2017

  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

  
AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

  
BKK-Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

*i. A. Hennig*

IKK Nord,  
Schwerin

*i. V.*

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

*i. A. ...*

SVLFG als LKK,  
Kiel

*Frauh*

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

## Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Vergleichsgruppen für die MRG-/Durchschnittsprüfung der Heilmittel 2018
- Anlage 2 MRG-Bestimmung Heilmittel 2018
- Anlage 3 Arztsummensatz Heilmittel 2018
- Anlage 4 Blattdatensatz Heilmittel 2018
- Anlage 5 Datenlieferungen Heilmittel 2018



## Anlage 1

### Prüffachgruppen MRG-Prüfung Heilmittel 2018

1	Allgemeinärzte Stadt
2	Allgemeinärzte 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

### MRG<sup>2</sup>-Bestimmung für Heilmittel 2018

Die MRG-Systematik ist ein Klassifikationssystem für Patienten. Die Basis für die Einordnung von Verordnungspatienten (ein Quartal, ein Arzt, ein Patient = Verordnungsfall =Verordnungspatient) können Merkmale der innerhalb eines Quartals eingelösten Heilmittelrezepte, der Versichertenstatus, das Alter und die Fachgruppe des verordnenden Arztes sein. Es können weitere Gruppierungsmerkmale vereinbart werden.

#### Beispiel 1 (MRG-Zuordnung)

Der 30jährige Patient P mit Versichertenstatus Mitglied geht zu Arzt A in Fachgruppe F und erhält im Quartal insgesamt vier unterschiedliche Heilmittel mit zwei unterschiedlichen Indikationsschlüsseln und zwei Heilmitteldiagnosen verordnet:

Heilmittel	Einheiten	Indikationsschlüssel	ICD10-GM	Alter	Status	Kosten in Euro
20160 - Klassische Massage	10	WS2f	M54.00G	30	M	115,40
21501 - Wärmepackung (20min. -30min.)	10	WS2f	M54.00G	30	M	87,60
33010 - Erstbefund Logopädie	1	SP1	F80.28G	30	M	73,45
33103 – Einzelbehandlung Logo 45 min.	10	SP1	F80.28G	30	M	410,03

Für den Patient P bei Arzt A in Fachgruppe F mit Gesamtkosten von 636,48 Euro kann nach jedem der oben aufgeführten Merkmale klassifiziert und einer MRG zugeordnet werden. Für 2018 wird diese Gruppierung von Patienten für alle Ärzte in allen Fachgruppen auf Basis des Patientenalters durchgeführt. Patient P wird als 30jähriger der Altersklasse 2 (gem. Anlage 4 – Datenfeld 5) zugeordnet. Es können für jede MRG die durchschnittlichen Gesamtkosten je Patient in jeder Fachgruppe bestimmt werden (Kosten je Altersklasse).

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

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

MRG	MRG-Bezeichnung	Gesamtkosten aller zugeordneten Patienten in der MRG (A) <sup>3</sup>	Anzahl Patienten in MRG (B)	MRG-Basiswert (A / B)
AK 1	Altersklasse 1	5.535.398,57 Euro	234.560	23,60 Euro
AK 2	Altersklasse 2	10.389.456,78 Euro	338.760	30,67 Euro
AK 3	Altersklasse 3	3.215.795,34 Euro	62.310	51,61 Euro
AK 4	Altersklasse 4	1.234.245,34 Euro	14.348	86,02 Euro

In der Fachgruppe F erhalten die 234.560 Patienten der MRG AK1 Heilmittel im Wert von 5.535.398,57 Euro. Im Durchschnitt kosten Patienten in der MRG AK1 in der Fachgruppe F 23,60 Euro. Dies ist der MRG-Basiswert der MRG AK1. Dieser ist als klassendurchschnittlicher Wert und nicht als patientenorientierter Sollwert zu interpretieren.

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

<sup>3</sup> Unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten und der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1a SGB V.

Diese Interpretation würde die Erweiterung der Klassifikationskriterien unter patientenspezifischer Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten und der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1a SGB V und die Berücksichtigung von Schweregraden erfordern.

Patient P aus Beispiel 1 ist ein Fall der Altersklasse 2. Für die Patienten dieser Altersklasse erhält der Arzt einen durchschnittlichen Sollwert von 30,67 Euro.

Die Aufsummierung aller 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 (MRG-Garantievolumen).

Bei Prüfung des Arztes wird ein MRG-Prüfvolumen [Sollkosten] anhand der Verordnungsdaten des Prüfzeitraumes berechnet und das Maximum aus MRG-Garantievolumen und diesem MRG-Prüfvolumen den tatsächlichen Bruttoverordnungskosten [Istkosten] gegenübergestellt. Überschreitungen von mehr als 17,5 % nach Abzug von praxisindividuellen Besonderheiten gelten als maßnahmenrelevant.

### Beispiel 3 (Garantievolumen und Auffälligkeitsprüfung)

Der im Heilmittelbereich bislang wirtschaftliche Arzt A hat zum 1. Januar 2018 auf Basis seiner Verordnungen der Quartale 1/2016 - 4/2016 ein MRG-Garantievolumen von 156.987,34 Euro für den Zeitraum 2018 mitgeteilt bekommen.

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

MRG-Garantievolumen 2018 (GV):	156.987,34 Euro
MRG-Prüfvolumen 2018 (PV):	132.740,52 Euro
Verordnungskosten 2018 (Ist):	140.786,12 Euro

Über-/Unterschreitung MRG-Prüfung:  $IST / MAX(GV,PV) - 1 = - 10,3 \%$  (Unterschreitung)

Fall 2: Arzt A ändert nichts, aber es kommen sehr verordnungsintensive Patienten außerhalb der Praxisbesonderheiten hinzu:

MRG-Garantievolumen 2018 (GV):	156.987,34 Euro
MRG-Prüfvolumen 2018 (PV):	178.740,52 Euro
Verordnungskosten 2018 (Ist):	180.786,34 Euro

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

Fall 3: Arzt A verordnet bei einigen Alt-Patienten ohne Praxisbesonderheiten kostenintensiver:

MRG-Garantievolumen 2018 (GV):	156.987,34 Euro
MRG-Prüfvolumen 2018 (PV):	160.956,21 Euro
Verordnungskosten 2018 (Ist):	220.786,14 Euro

Über-/Unterschreitung MRG-Prüfung:  $IST / MAX(GV,PV) - 1 = + 37,5 \%$  (maßnahmenrelevante Überschreitung)

## Anlage 3

### Arztsummensatz Heilmittel 2018

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

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen
1	Arztnummer (LANR)	9	AN	M	<b>Exakt</b> nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	<b>Exakt</b> 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	<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
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 Zahlungen auf Heilmittelblätter. Erhält NICHT die prozentualen Zahlungen 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 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. Inhaltsänderungen bedürfen der Zustimmung der Vertragspartner.

## Anlage 4

### Blattdatensatz Heilmittel 2018

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

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V310 einzutragen
1	Arztnummer (LANR)	9	AN	M	<b>Exakt</b> nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	<b>Exakt</b> 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	<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 <b>Exakt</b> nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Verordnungsdatum
8	Versichertennummer	..50	AN	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen, eventuell pseudonymisiert (in Prüfung = Entpseudonymisierung)
9	Geburtsdatum	8	N	M	JJJJMMTT, Geburt des Versicherten MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Indikationsschlüssel	..4	AN	M	<b>Exakt</b> nach TA-1: SLLA / ZUV - Segment Feld -> Indikationsschlüssel Wenn kein Wert vorhanden ist, muss der Wert = "9999" verwendet werden.
11	Art der Genehmigung	2	AN	M	„B1“ - Genehmigung gemäß § 8 Abs. 4 Heilmittelrichtlinie (Einzelverordnungsbezogene Genehmigung) „B2“ - Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie (Langfristige Genehmigung) Beide Schlüssel werden exakt nach DTA § 302, TA-1: SLLA / SKZ - Segment (siehe Anlage 3 zur TA, Schlüsselverzeichnis 8.1.17, Feld „Art der Genehmig“ geliefert). „B3“ kennzeichnet ebenfalls Genehmigungen nach § 8 Abs. 5 Heil- mittelrichtlinie (Langfristige Genehmigung) Dieser Schlüssel kann alternativ zum Schlüssel „B2“ belegt werden, wenn der Schlüssel „B2“ nicht geliefert wird, aber von den Kassen die

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

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 ausschließlich Blattdaten nach Altersklassen geliefert. Das Alter des Versicherten am ersten Tag eines Quartals, in dem die Verordnung ausgestellt wurde, ist maßgeblich für die Altersklassenzuordnung. Bei Änderungen des zugrundeliegenden ITSG-Satzformates können sich die datenliefernden Stellen entsprechend abstimmen. Inhaltsänderungen bedürfen der Zustimmung der Vertragspartner.

## Anlage 5

### Datenlieferungen Heilmittel 2018

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

		Lieferweg	Lieferfrist
Verordnungssummandaten (ungeprüft)	je BSNR/LANR-Kombination	Datenträger	10 Wochen nach Quartalsende <sup>4</sup>
Verordnungssummandaten (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.  
 Den Anteil Praxisbesonderheiten an den Bruttoverordnungskosten je BSNR/LANR-Kombination stellt der MDK Nord den Vertragspartnern für die MRG-Berechnungen zur Verfügung, sobald dafür valide Daten von den Krankenkassen(-verbänden) zur Verfügung gestellt werden können.  
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-verbandes).

#### 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(-verbandes).

#### 3) Daten für Auswertungen und Unterlagen der gemeinsamen Beratungs-AG

		Lieferweg	Lieferfrist
Beratungsunterlagen Heilmittel	je HBSNR oder HBSNR/LANR-Kombination <sup>5</sup>		6-12 Monate nach Quartalsende

Lieferfrequenz: Quartal,  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände) über den MDK Nord,  
 Empfänger: KVSH

#### 4) Grundlage der MRG-Garantievolumina (Orientierungsgrößen)

		Lieferweg	Lieferfrist
Blattdaten Heilmittel gem. Anlage 4	je BSNR/LANR/Heilmittelblatt mit anonymisiertem Patientenbezug (Datenfeld 8)	Datenträger	6-12 Monate nach Quartalsende

Lieferfrequenz: Quartal,  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände),  
 Empfänger: MDK Nord,  
 Anmerkung: Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke von MRG-Analysen und der Bestimmung der Garantievolumina übermittelt. Die Berechnungen werden von den Vertragspartnern gemeinsam beim MDK Nord durchgeführt.  
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-verbandes).

<sup>5</sup> HBSNR = Hauptbetriebsstätte

**5) Stammdaten für die gemeinsame Beratung und 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: MDK Nord

**6) Stamm-/Abrechnungs-/Diagnosedaten Auffälligkeitsprüfung**

Die Prüfungsstelle erhält auf Anforderung, insoweit dies für die Umsetzung der Auffälligkeitsprüfung notwendig ist, weitere durch die KVSH zu liefernde Informationen. 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.

Lieferfrequenz: Jahr,  
 Lieferant: KVSH,  
 Empfänger: Prüfungsstelle