

Zwischen

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

und

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

dem **BKK - Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK - Die Innovationskasse**, Lübeck

der **KNAPPSCHAFT** - Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

Techniker Krankenkasse (TK),

BARMER,

DAK - Gesundheit,

Kaufmännische Krankenkasse - KKH,

Handelskrankenkasse (hkk),

HEK - Hanseatische Krankenkasse,

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

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

## **MRG<sup>1</sup>-Vereinbarung 2022 Arznei- und Verbandmittel<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wurde die generisch maskuline Form gewählt. Die MRG-Vereinbarung Arznei- und Verbandmittel 2022 bezieht sich geschlechtsunabhängig in gleicher Weise auf alle Menschen.

## **§ 1 MRG-Werte für Arznei- und Verbandmittel**

- (1) Die patientenbezogenen MRG-Volumina (MRG-Garantievolumen/MRG-Prüfvolumen) sind Bruttowerte inklusive Rabatten und Zuzahlungsbeträgen 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 2022 sind die Blattdaten des Bezugszeitraumes Quartal 3/2020 bis einschließlich Quartal 2/2021 unter Berücksichtigung regionaler und zeitlicher Schwankungen. Diese werden den Betriebsstätten verordnender Vertragsärzte bis zum 31.12.2021 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 Absatz 2 SGB V oder strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP) ausreichend im Rahmen der MRG-Systematik berücksichtigt wurde, bewerten die Vertragspartner bei Vorliegen der MRG-Prüfstatistiken 2022. Die Prüfungsstelle fordert ergänzend Daten gem. Anlage 5 Nr. 5 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 aktualisieren die Vertragspartner die durch die Prüfungsstelle zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten und Ausschlüsse.

### **§ 3**

#### **Datenlieferung Arznei- und Verbandmittel 2022**

- (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 nach quartalsweiser Abstimmung der Vertragspartner nach § 84 SGB V zu deren Weiterentwicklung/Neuberechnung zu erstellen, sobald die hierfür notwendigen Daten vorliegen. Die Trendmeldungen sollen spätestens 14 Wochen nach Quartalsende versendet 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 gemäß § 28 Prüfvereinbarung bei Prüfmaßnahmen Berücksichtigung finden.
- (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 2022 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 2022 inkl. der abgestimmten Zusatzinformationen noch vor dem 1. Januar 2022 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 2022 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 20. Dezember 2021

---

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bad Segeberg

---

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse,  
Dortmund

---

BKK - Landesverband NORDWEST,  
Hamburg

---

IKK - Die Innovationskasse,  
Lübeck

---

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,  
Hamburg

---

SVLFG als LKK,  
Kiel

---

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

## Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Vergleichsgruppen für die MRG-/Durchschnittsprüfung der Arznei-/Verbandmittel 2022
- Anlage 2 MRG-Bestimmung Arznei- und Verbandmittel 2022
- Anlage 3 Arztsummendatensatz Arznei- und Verbandmittel 2022
- Anlage 4a Rezeptblattdatensatz Arznei- und Verbandmittel 2022
- Anlage 4b Rezeptblattdatensatz Arznei- und Verbandmittel (Ergänzung für Rezepturen) 2022
- Anlage 5 Datenlieferungen Arznei- und Verbandmittel 2022

## Anlage 1

### Prüffachgruppen MRG-Prüfung Arznei- und Verbandmittel in 2022

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>3</sup>-Bestimmung für Arznei- und Verbandmittel 2022

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>4</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	Acetylsalicylsäure	Antithrombotische Mittel	B01A	3,99 €
<b>Pravalip 20 mg</b>	<b>Pravastatin</b>	<b>Mittel, die den Lipidstoffwechsel ...</b>	<b>C10A</b>	<b>18,02 €</b>
ASS 100	Acetylsalicylsäure	Antithrombotische Mittel	B01A	1,48 €
Nebivolol 5 mg 100	Nebivolol	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	C07A	18,48 €
Nebivolol 5 mg 30	Atenolol	Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten	C07A	13,26 €
<b>Atorvastatin 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>5</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>3</sup> MRG = morbidity related groups = morbiditätsbezogene Gruppen

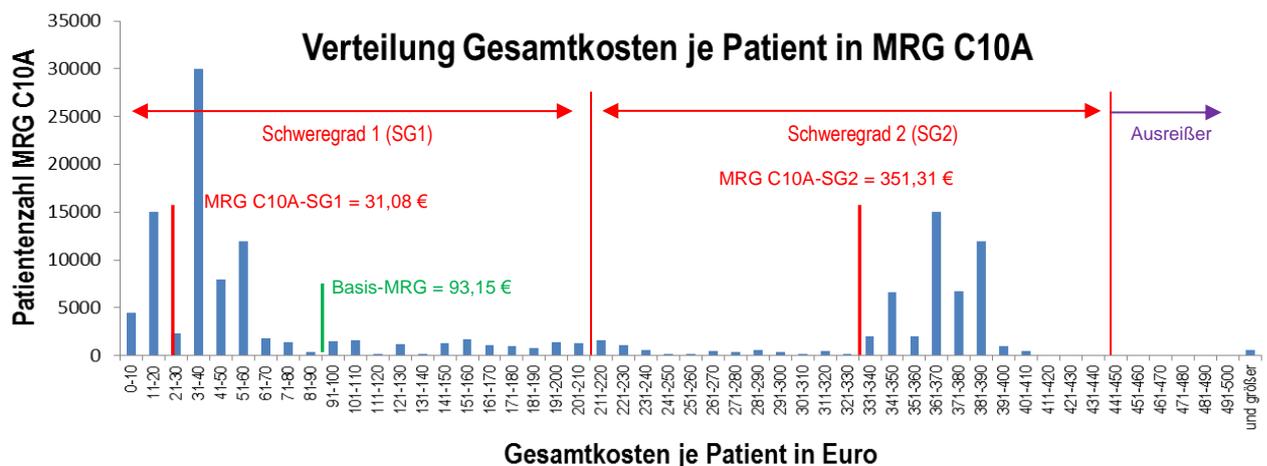
<sup>4</sup> siehe: [https://de.wikipedia.org/wiki/Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches\\_Klassifikationssystem](https://de.wikipedia.org/wiki/Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches_Klassifikationssystem)

<sup>5</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. In Beispiel 1 hat der Arzt im Wert von 140,36 Euro für den der Basis-MRG C10A zugeordneten Patienten verordnet. Erhält für diesen Patienten 93,15 Euro als Sollwert.

Diese Soll-/Basiswerte können als Durchschnitte über alle Patienten in einer MRG ggf. die sehr heterogene Kostenstruktur innerhalb einer MRG oft 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 2022 auf Basis seiner Verordnungen der Quartale 1/2020 - 3/2021 ein MRG-Garantievolumen von 456.987,34 Euro für den Zeitraum 2022 mitgeteilt bekommen.

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

Garantievolumen 2022 (GV):	456.987,34 Euro
Prüfvolumen 2022 (PV):	362.740,52 Euro
Ist-Ausgaben 2022 (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 2022 (GV):	456.987,34 Euro
Prüfvolumen 2022 (PV):	<b>502.740,52 Euro</b>
Ist-Ausgaben 2022 (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 2022 (GV):	456.987,34 Euro
Prüfvolumen 2022 (PV):	<b>457.956,21 Euro</b>
Ist-Ausgaben 2022 (Ist):	520.786,14 Euro

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

## Anlage 3

### Arztsummendatensatz Arzneimittel 2022

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

Nr.	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feld-typ	Muss Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatzes Hier ist die Datensatzversion = V010 einzutragen
1	Arztnummer (LANR)	9	AN	M	<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 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 Einzelverordnungen	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen Einzelverordnungen (abgegebene Mittel). Quellenhinweis: Anzahl EFP-Segmente Keine führenden Nullen
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	Gesamtzuzahlung	..15	N	M	Summe der Zuzahlungen ohne Abschläge, Quellenhinweis: $\sum$ PosZuzahlung* oder BES-Segment.Zuzahlung* Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
9	Gesamtnetto	..15	N	M	Nettosumme der abgegebenen Mittel Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag - $\sum$ NPB-Segment.Betrag - $\sum$ PosZuzahlung

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 2022

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 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 0 = unbekannt, 1 = Mitglied, 3 = Familienangehöriger, 5 = Rentner Wenn Dateiname 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	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 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 MM sowie TT einzeln oder gesamt mit 00 belegbar
10	Gesamtbrutto	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag
11	Gesamtzahlung	..15	N	M	In Cent, keine Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: 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 Quellenhinweis: $\sum$ EFP-Segment.Betrag (Brutto) - $\sum$ NPB-Segment.Betrag (Rabatt) - 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 Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag

16	Positionsnetto 1	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag - $\sum$ NPB-Segment - 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 Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN * Faktor 1
18	aut idem-Kennzeichen 1	..1	N	M	0 = aut idem-Kreuz nicht gesetzt 1 = aut idem-Kreuz gesetzt
...	...	...	...	...	...
60	PZN 9	..10	N	m	Quellenhinweis: EFP-Segment.Kennzeichen
61	Faktor 9	..4	N	m	Quellenhinweis: EFP-Segment.Anzahl Einheiten
62	Positionsbrutto 9	..15	N	m	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag
63	Positionsnetto 9	..15	N	m	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Quellenhinweis: EFP-Segment.Betrag - $\sum$ NPB-Segment - Pos.Zuzahlung
64	Herstellerrabatt 9	..15	N	k	Herstellerrabatt nach § 130 a Abs. 8 SGB V, in Cent, keine Trennzeichen, keine führenden Nullen, nur positive Werte zulässig Quellenhinweis: Kassen-Herstellerrabatt pro PZN * Faktor 9
65	aut idem-Kennzeichen 9	..1	N	M	0 = aut idem-Kreuz nicht gesetzt 1 = aut idem-Kreuz gesetzt

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) 2022

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 Kann	Beschreibung
0	Datensatzversion	4	AN	M	Versionsnummer des Datensatz 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 2022

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

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

Lieferfrequenz: Quartal  
 Lieferant: Krankenkassen(-verbände)  
 Empfänger: Prüfungsstelle  
 Anmerkung: Summe der Bruttoausgaben, 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(-verbandes).

#### 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(-verbandes) ggf.inkl. zusätzlicher Rabattinformationen

#### 3) Stammdaten für die Abbildung/Abstimmung/Umsetzung der Vereinbarungen nach § 84 SGB V

		Lieferweg	Lieferfrist
Stammdaten Zielvereinbarung	je Zielfeld/PZN	Datenträger/sFTP	11 Wochen vor Quartalsbeginn und ggf. aktualisiert 9 Wochen nach Quartalsende

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

#### 4) Austausch im Rahmen der Vertragsverhandlungen nach § 84 SGB V

		Lieferweg	Lieferfrist
Auswertungen Zielvereinbarung <sup>6</sup>	je HBSNR und Zielfeld	Datenträger/sFTP	12 Wochen nach Quartalsende

Austausch/Abgleich je: Quartal  
 Austausch zwischen: Krankenkassen(-verbänden) und KVSH  
 Empfänger der abgestimmten Endergebnisse: Prüfungsstelle (auf Anforderung)

<sup>6</sup> Auf Basis des anonymen Datensatzes gemäß Lieferung 2 unter diesem Punkt zweiseitig berechnete und untereinander abgestimmte Ergebnisse, die auch Basis für die Trendmeldungen zur Zielvereinbarung sind.

		Lieferweg	Lieferfrist
Anonymisierte summierte Rezeptdetaildaten	je Arzt/BSNR-ID/Rezept/PZN	Datenträger/sFTP	10 Wochen nach Quartalsende

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

		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: Krankenkassen(-verbände)

### 5) 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: Prüfjahr oder im Einzelfall  
 Lieferant: KVSH  
 Empfänger: Prüfungsstelle