

Zwischen

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

und

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

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**, Hamburg

der **IKK Nord**, Lübeck

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 GEK,

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

MRG¹-Vereinbarung 2017 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.

¹ MRG = morbidity related groups = Morbiditätsbezogene Gruppen

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.

§ 1 MRG-Werte für Heilmittel 2017

- (1) Die patientenbezogenen MRG-Sollwerte sind Bruttowerte inklusive Zuzahlungsbeträge.
- (2) Die Festlegung der MRG-Sollwerte für Heilmittel basiert auf den patientenbezogenen Ist-Kosten der regionalen Heilmittelblattdaten und auf dem vereinbarten Heilmittelverteilungsvolumen (brutto).
- (3) Die Festlegung der MRG-Werte im Detail 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 Heilmittelblattdaten gemäß Anlage 4 bestimmt.
- (5) Die Vergleichsgruppen sind in Anlage 1 geregelt.
- (6) Die zu prüfenden Ärzte erhalten MRG-Sollwerte gemäß ihrer Vergleichsgruppe. Diese werden auf Ebene der Hauptbetriebsstätte inkl. Nebenbetriebsstätten addiert und der Verordnungssumme für Heilmittel aller Ärzte der Hauptbetriebsstätte gegenübergestellt.
- (7) Berechnungsgrundlage für die MRG-Steuerungsvolumina Heilmittel 2017 sind die Blattdaten des Bezugszeitraumes Quartal 1/2015 bis einschließlich Quartal 4/2015.

§ 2 Besondere Verordnungsbedarfe und langfristiger Heilmittelbedarf

- (1) Bei der Auffälligkeitsprüfung Heilmittel 2017 sind die bundeseinheitlichen besonderen Verordnungsbedarfe (§ 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V i. V. m. Anhang 1 zur Anlage 2 Rahmenvorgabe) 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.
- (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 Verordnungssummen-daten (gemäß Anlage 5 – Nr. 1) in Form einer strukturierten, prüfungsbezogenen Information bekannt (Infopaket Verordnungen).
- (5) Die Prüfungsstelle übermittelt den Krankenkassen(-verbänden) und der KVSH die arztbezogenen gemäß Abs. 4 zusammengeführten Verordnungssummen-daten.

§ 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-Steuerungsvolumina oder andere vereinbarte Orientierungsgrößen für Heilmittel in 2017 inkl. der mit den Krankenkassen(-verbänden) abgestimmten Zusatzinformationen noch vor dem 1. Januar 2017 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 2017 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 23. Dezember 2016

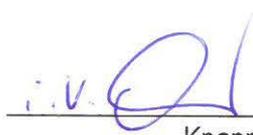



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg


AOK - Die Gesundheitskasse - NORDWEST,
Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg


IKK Nord,
Lübeck



Knappschaft – Regionaldirektion Nord,
Hamburg



SVLFG als LKK,
Kiel



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

Protokollnotiz

zur MRG-Vereinbarung Heilmittel 2017

- (1) Für den Prüfzeitraum 2017 vereinbaren die Vertragspartner eine MRG-Prüfung auf Basis der Klassifikationsmerkmale Patientenalter und Fachgruppe des verordnenden Arztes. Für zukünftige Prüfzeiträume wird die Einbeziehung weiterer morbiditätsorientierter Kriterien geprüft.
- (2) Die für den Prüfzeitraum 2017 durchzuführende Prüfung erfolgt unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen Ordnungsbedarfe sowie der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbereich nach § 32 Abs. 1 a SGB V. 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 in dem Prüfungszeitraum für an einen Ereignistag geknüpfte vermeintliche Praxisbesonderheiten oder Genehmigungen nach § 32 Abs. 1 a SGB V das Datum einer Erstverordnung, hat die Prüfungsstelle dieses Datum zu recherchieren.
- (3) Die garantierten MRG-Steuerungsvolumina oder die ersatzweise abgestimmten Orientierungswerte reduziert um die Kosten für vorab bestimmbare bundeseinheitliche Ordnungsbedarfe und die Verordnungskosten nach § 32 Abs. 1a SGB V ergeben in Summe das Verteilungsvolumen. Im Durchschnitt über alle relevanten Fachgruppen entspricht dies einem Abschlag von 16 Prozent. Die Vertragspartner schaffen im Rahmen der Entwicklung der MRG-Systematik die Grundlage für eine fachgruppenspezifische Ermittlung der tatsächlichen regionalen Anteile.

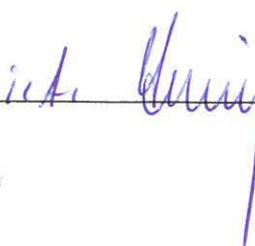
Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 23. Dezember 2016

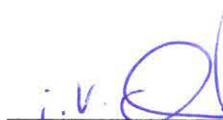
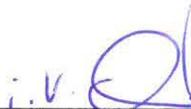



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg


AOK - Die Gesundheitskasse - NORDWEST,
Dortmund


BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg


IKK Nord,
Lübeck


i.v. 

Knappschaft – Regionaldirektion Nord,
Hamburg

i. A. Faulstich

SVLFG als LKK,
Kiel

Faulstich

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

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Vergleichsgruppen für die MRG-/Durchschnittsprüfung der Heilmittel 2017
- Anlage 2 MRG-Bestimmung Heilmittel 2017
- Anlage 3 Arztsummensatz Heilmittel 2017
- Anlage 4 Blattdatensatz Heilmittel 2017
- Anlage 5 Datenlieferungen Heilmittel 2017

Anlage 1

Prüffachgruppen MRG-Prüfung Heilmittel 2017

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

MRG²-Bestimmung für Heilmittel 2017

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	WS2b	M54.00G	30	M	115,40
21501 - Wärmepackung (20min. -30min.)	10	WS2b	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 Patienten 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 2017 wird erfolgt diese Gruppierung von Patienten für alle Ärzte in allen Fachgruppen auf Basis des Patientenalters durchgeführt. Patient P wird der Altersklasse der 30jährigen 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) ³	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 2	Altersklasse 3	3.215.795,34 Euro	62.310	51,61 Euro
AK3	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. Diese ist als klassendurchschnittlicher Wert nicht als patientenorientierter Sollwert zu interpretieren.

² MRG = morbidity related groups = morbiditätsbezogene Gruppen

³ Unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen besonderen Verordnungsbedarfe und der Genehmigungen nach § 32 Abs. 1a SGB V.

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

Patient P aus Beispiel 1 ist ein Fall der MRG AK2. Für die Patienten seiner Altersklasse erhält der Arzt einen durchschnittlichen Sollwert von 30,67 Euro.

Die Aufsummierung aller Sollwerte des Arztes A ergibt sein Sollvolumen für ein Quartal.

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

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

Beispiel 4 (Steuerungsvolumen und Auffälligkeitsprüfung)

Der im Heilmittelbereich bislang wirtschaftliche Arzt A hat zum 1. Januar 2017 auf Basis seiner Verordnungen der Quartale 1/2015 - 4/2015 ein garantiertes MRG-Steuerungsvolumen von 156.987,34 Euro für den Zeitraum 2017 mitgeteilt bekommen.

Fall 1: Arzt A reduziert seine Tagesarbeitszeit und behandelt weniger

Steuerungsvolumen 2017 (SV):	156.987,34 Euro
MRG-Volumen 2017 (MV):	132.740,52 Euro
Ist-Ausgaben 2017 (Ist):	140.786,12 Euro

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

Fall 2: Arzt A ändert nichts, aber es kommen sehr verordnungsintensive Patienten außerhalb besonderer Verordnungsbedarfe / Genehmigungen nach § 32 Abs. 1a SGB V hinzu.

Steuerungsvolumen 2017 (SV):	156.987,34 Euro
MRG-Volumen 2017 (MV):	178.740,52 Euro
Ist-Ausgaben 2017 (Ist):	180.786,34 Euro

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

Fall 3: Arzt A verordnet bei einigen Alt-Patienten ohne besondere Verordnungsbedarfe / Genehmigungen nach § 32 Abs. 1a SGB V kostenintensiver:

Steuerungsvolumen 2017 (SV):	156.987,34 Euro
MRG-Volumen 2017 (MV):	160.956,21 Euro
Ist-Ausgaben 2017 (Ist):	220.786,14 Euro

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

Anlage 3

Arztsummensatz Heilmittel 2017

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	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Exakt 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	Exakt 9 Stellen, es sind nur Ziffern erlaubt
5	Versichertenstatus oder Altersgruppe	1	N	M	Wenn Dateiname Stelle 15 = 0-2 0 = unbekannt, 1 = Mitglied, 3 = Familienangehöriger, 5 = Rentner Wenn Dateiname Stelle 15 = A-C 0 = unbekannt, 1 = 0 - 15 Jahre, 2 = 16 - 49 Jahre, 3 = 50 - 64 Jahre, 4 = ab 65 Jahre
6	Anzahl Heilmittel	..15	N	M	Anzahl der in die Summe eingegangenen verordneten Heilmittel, keine führenden Nullen
7	Gesamtbrutto	..15	N	M	Bruttosumme der verordneten Heilmittel Angabe in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
8	Pauschalzahlung	..15	N	M	Enthält Summe der Pauschalen Zuzahlungen auf Heilmittelblätter. Erhält NICHT die prozentualen Zuzahlungen 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 2017

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	9	AN	M	Exakt nach TA-1: SLLA / ZHE - Segment Feld -> Vertragsarztnummer
2	Betriebsstättennummer	9	AN	M	Exakt 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	Exakt 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 Exakt 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	Exakt 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 Heilmittelrichtlinie (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	Exakt 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 Exakt 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 2017

1) Arztbezogene Verordnungssummendaten (gem. Anlage 3)

		Lieferweg	Lieferfrist
Verordnungssummendaten (ungeprüft)	je BSNR/LANR-Kombination	Datenträger	10 Wochen nach Quartalsende ⁴
Verordnungssummendaten (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 besonderer Ordnungsbedarfe / Genehmigungen nach § 32 Abs.1a SGB V an den Bruttoverordnungs-kosten 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(-nverbandes).

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(-nverbandes).

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

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

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

4) Grundlage der MRG-Steuerungsvolumina (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 Steuerungsvolumina übermittelt. Die Berechnungen werden von den Vertragspartnern gemeinsam beim MDK Nord durchgeführt.
 Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-nverbandes).

⁵ 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-)Jerkennung/Berücksichtigung von Sonderverträgen.

Lieferfrequenz: Jahr,
 Lieferant: KVSH,
 Empfänger: Prüfungsstelle