

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

MRG¹-Vereinbarung 2020 Heilmittel

geschlossen:

Präambel

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die Krankenkassen(-verbände) regeln mit dieser Vereinbarung die Durchführung der MRG-Auffälligkeitsprüfung für Heilmittel als richtgrößenablässendes 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.

¹ MRG = morbidity related groups

§ 1 **MRG-Werte für Heilmittel 2020**

- (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 und der ambulant kurativen Verordnungsfallzahlen 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 exklusive langfristigem Heilmittelbedarf aller Ärzte der Betriebsstätte(n) gegenübergestellt.
- (7) Die MRG-Garantievolumina Heilmittel 2020 werden aus den Blattdaten und Fallzahlen des Bezugszeitraumes Quartal 1/2017 bis einschließlich Quartal 4/2017 bestimmt.

§ 2 **Besondere Verordnungsbedarfe und langfristiger Heilmittelbedarf**

- (1) Bei der Auffälligkeitsprüfung Heilmittel 2020 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 Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung streben die Erstellung einer strukturierter, prüfungsbezogenen Information für die Vertragsärzte (Infoschreiben Heilmittel) an.

§ 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 gemäß § 2 sind 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 2020 inkl. der mit den Krankenkassen(-verbänden) abgestimmten Zusatzinformationen noch vor dem 1. Januar 2020 bekannt zu geben.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln die 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 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

IKK Nord,
Schwerin

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

SVLFG als LKK,
Kiel

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

Protokollnotiz

zur MRG-Vereinbarung Heilmittel 2020

- (1) Die für den Prüfzeitraum 2020 durchzuführende Prüfung erfolgt unter Berücksichtigung der besonderen Verordnungsbedarfe sowie der Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V. Voraussetzung für die Anerkennung als besonderer Verordnungsbedarf gemäß Anhang 1 zu den Rahmenvorgaben bzw. des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie ist, dass der Arzt auf den Verordnungsvordrucken 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 Verordnungs- und langfristigen Heilmittelbedarfen erforderlichen Hinweise oder Spezifikationen aus den Prüfunterlagen nicht ermitteln lassen.

- (2) Das prospektive Ausgabenvolumen 2020 reduziert um die vereinbarten Abschläge und die Kosten für vorab bestimmbare bundeseinheitliche Verordnungsbedarfe und die Verordnungskosten nach § 32 Abs. 1a SGB V ergibt in Summe das Verteilungsvolumen. Im Durchschnitt über alle relevanten Fachgruppen entspricht der Anteil von besonderen Verordnungsbedarfen und langfristigen Heilmittelbedarf einem Abschlag von 28,70 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, Schwerin, Kiel, den 20. Dezember 2019

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Dortmund

BKK-Landesverband NORDWEST,
Hamburg

IKK Nord,
Schwerin

KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion Nord,
Hamburg

SVLFG als LKK,
Kiel

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

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Vergleichsgruppen für die MRG-/Durchschnittsprüfung der Heilmittel 2020
Anlage 2	MRG-Bestimmung Heilmittel 2020
Anlage 3	Arztsummensatz Heilmittel 2020
Anlage 4	Blattdatensatz Heilmittel 2020
Anlage 5	Datenlieferungen Heilmittel 2020

Anlage 1

Prüffachgruppen MRG-Prüfung Heilmittel 2020

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

cbMRG²-Bestimmung für Heilmittel 2020

Die cbMRG-Systematik ist ein Klassifikationssystem für Patienten und deren Heilmittelverordnungskosten. Behandlungsfälle mit und ohne Heilmittelverordnung erhalten einen alters- und fachgruppenabhängigen Sockelbetrag. Eine Hauptbetriebsstätte kann aufgrund der Merkmale der Heilmittelverordnungsblätter ihrer Verordnungsfälle (je Quartal, je Fachgruppe = ein Verordnungsfall je Patient) und der Fachgruppe des verordnenden Arztes zusätzlich ein morbiditätsbezogenes MRG-Zusatzvolumen erhalten. Es können jeweils weitere Gruppierungsmerkmale für den fallzahlabhängigen Sockel und die MRG-abhängigen Zusatzbeträge vereinbart werden.

a) Bestimmung des Sockel- und MRG-Zusatzvolumens

i) MRG-Klassifikation und MRG-Volumenbestimmung: Der 30jährige Patient P geht zu Arzt A in Fachgruppe F und erhält im Quartal insgesamt vier unterschiedliche Heilmittel mit zwei unterschiedlichen Indikationsschlüsseln und Heilmitteldiagnosen verordnet:

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

Patient P bei Arzt A in Fachgruppe F mit Gesamtkosten von 636,48 Euro hat zwei Kombinationen aus Indikationsschlüssel (dreistellig) und Diagnose (dreistellig). Dies sind WS2-M54 mit Gesamtausgaben von 203,00 Euro und SP1-F80 mit 483,48 Euro. Die Kombination mit den höheren Kosten wird als Basis-MRG verwendet, der die Gesamtkosten von 636,48 Euro zugeordnet werden.

Durch die MRG wird eine eindeutige patientenbezogene Zuordnung gebildet. Sind bei einer Verordnung mehrere Diagnosen angegeben (bis zu fünf möglich), so wird diejenige verwendet, die im Durchschnitt der Fachgruppe am kostenintensivsten ist und damit die Morbidität am besten abbildet.

Pro Basis-MRG und Alter in 5-Jahresschritten (im Beispiel Altersgruppe 30 - 34), Anzahl der Behandlungseinheiten (im Beispiel 11 in SP1 - F80) sowie der Anzahl verschiedener Kombinationen Indikationsschlüssel-Diagnose (Zwei im Beispiel) werden Schweregrade von 1 bis 9 bestimmt, die angeben, wie sich die Durchschnittswerte der Fachgruppe mit den Zusatzmerkmalen von den Durchschnittswerten ohne Zusatzmerkmale für die Bereiche 0 % - 49,9 % (Grad 1), 50 % - 74,9 % (Grad 2), 75 % - 124,5 % (Grad 3), 125 % - 149,9 % (Grad 4), 150 % - 199,9 % (Grad 5), 200 % - 249,9 % (Grad 6), 250 % - 499,9 % (Grad 7), 500 % - 999,9 % (Grad 8) und ab 1.000 % (Grad 9) unterscheiden. Durchschnittliche Schwere entspricht etwa dem Schweregrad 3. Zunächst ergibt sich pro Merkmal (Alter, Multimorbidität, Verordnungintensität) ein Schweregrad. Der maximale Wert der Einzelschweregrade bestimmt den Gesamtschweregrad als MRG (= Basis-MRG & Schweregrad) und ist damit sensitiv in Bezug auf die Morbidität.

In jeder MRG mit Schweregrad werden mittlere Kosten bestimmt, die als morbiditätsorientierter Sollwert verwendet werden. Kommen in einer MRG Verordnungen aus besonderen Versorgungsbedarfen und langfristige Heilmittelverordnungen vor, werden die auftretenden Kosten zu genau 100 % als Sollwert verwendet. Dadurch ist sowohl eine vollständige Anerkennung der gesetzlichen Vorgaben gewährleistet als auch eine Berücksichtigung der individuellen Morbidität der Patienten. Auf Basis seiner individuellen Klassifikation wird jedem Patienten also ein fachgruppenspezifischer morbiditätsorientierter Sollwert

² cbMRG = case-based morbidity related groups = fallzahl- und morbiditätsbezogene Gruppen

zugeordnet. Wird dies auf Basis von Verordnungen aus vergangenen Quartalen durchgeführt, kann jedem Arzt aus der Summe seiner MRG-Werte je Patient ein prospektiver Sollwert für zukünftige Quartale/Jahre berechnet werden.

ii) Altersklassifikation und Bestimmung des fallzahlabhängigen Sockelvolumens: Die nach den Altersklassen gemäß Anlage 3 aufgeteilten Sockelbeträge je ambulant kurativem Fall entsprechen 75 % des durchschnittlichen Fallwertes innerhalb der Fachgruppen. Das Sockelvolumen der Hauptbetriebsstätten inkl. Nebenbetriebsstätten ist die Summe der fachgruppenspezifischen Produkte aus Sockelbetrag und ambulant kurativer Verordnungsfallzahl je Altersklasse.

iii) Bestimmung der cbMRG-Volumina: Das Sockelvolumen bildet demnach 75 % des auf Fach- und Altersgruppen zu verteilenden Volumens (cbMRG-Volumen) ab. Ist das Sockelvolumen kleiner als das errechnete MRG-Volumen der Hauptbetriebsstätte, so erhält die Betriebsstätte einen an der Differenz von Sockel- und MRG-Volumen orientierten Aufschlag.

Die Aufsummierung aller patientenbezogenen Sockel- und MRG-Aufschläge ergibt sein prospektives Garantievolumen/retrospektives MRG-Volumen. Die Summe der Garantievolumina 2020 entspricht demnach dem Verteilungsvolumen 2020. Die Garantievolumina teilt die KVSH zum 1. Januar 2020 den Vertragsärzten mit. Diese Systematik bildet in Gänze die cbMRG. Erst nach Berechnung der fallzahlabhängigen Sockelwerte und gegebenenfalls der morbiditätsorientierten Erhöhung wird der Ausgaben-Sollwert außerhalb der langfristigen Heilmittelverordnungen und der besonderen Verordnungsbedarfe bestimmt. Der Algorithmus betrachtet morbiditäts- und altersjustiert wie viel einem Patienten verordnet und wie vielen Patienten verordnet wird.

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

b) Fallbeispiele Auffälligkeitsprüfung

Der im Heilmittelbereich bislang wirtschaftliche Arzt A hat zum 1. Januar 2020 auf Basis seiner Verordnungen und Fallzahlen der Quartale 1/2017 - 4/2017 ein MRG-Garantievolumen von 156.987,34 Euro für den Zeitraum 2020 mitgeteilt bekommen.

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

<i>Sockelvolumen 2020 (SV):</i>	<i>134.569,23 Euro</i>
<i>MRG-Volumen 2020 (MV):</i>	<i>179.786,37 Euro</i>
<i>MRG-Aufschlag 2020 (MA):</i>	<i>22.418,11 Euro</i>
MRG-Garantievolumen 2020 (GV) ³ :	156.987,34 Euro
MRG-Prüfvolumen 2020 (PV):	132.740,52 Euro
Verordnungskosten 2020 (Ist):	140.786,12 Euro

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

³ Das Sockelvolumen wird aufgrund von $SV < MV$ mit 49 % der Differenz von SV und MV gesteigert ($GV = SV + 49\% \times (MV - SV)$). Dies ergibt das Garantievolumen. Die x % Aufschlag (hier 49 % beispielhaft angenommen) ergeben sich rechnerisch aus der Bedingung, dass die Aufschläge aus 25 % des Verteilungsvolumens gebildet werden.

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

MRG-Garantievolumen 2020 (GV):	156.987,34 Euro
MRG-Prüfvolumen 2020 (PV):	178.740,52 Euro
Verordnungskosten 2020 (Ist):	180.786,34 Euro

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

Fall 3: Arzt A verordnet bei einigen Alt-Patienten ohne Praxisbesonderheiten (keine erhöhte Morbidität) kostenintensiver:

MRG-Garantievolumen 2020 (GV):	156.987,34 Euro
MRG-Prüfvolumen 2020 (PV):	160.956,21 Euro
Verordnungskosten 2020 (Ist):	220.786,14 Euro

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

Anlage 3

Arztsummensatz Heilmittel 2020

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	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 2020

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	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 Information vorliegt, dass es sich um eine langfristige Genehmigung

Nr	Bezeichnung	Max. Stellenzahl	Feldtyp	Muss Kann	Beschreibung
					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	Gesamtzuzahlung prozentual	..15	N	M	in Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
20	Pauschalzuzahlung	..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 Blattdaten nach Versichertenstatus geliefert. Das Alter wird aus dem Geburtsdatum berechnet. Bei Fehlen des Jahrhunderts im Geburtsdatum kann mit dem Versichertenstatus die Zuordnung ergänzt werden. 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 5

Datenlieferungen Heilmittel 2020

Die Lieferungen unter 3), 4), 5) und 7) ruhen vorläufig, bis neue vertragliche Regelungen über eine datenzusammenführende Stelle einschließlich etwaiger entsprechender Anpassungen der regionalen Prüfvereinbarung nach den §§ 106 ff. SGB V in Kraft getreten sowie die dazugehörigen organisatorisch-technischen Voraussetzungen geschaffen worden sind.

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, 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 Heilmittel AG

		Lieferweg	Lieferfrist
Heilmittel-Informationen	je HBSNR ⁴ oder HBSNR/LANR-Kombination		6-12 Monate nach Quartalsende

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

4) 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: Datenzusammenführende Stelle der Krankenkassen(-verbände),
 Anmerkung: Die Daten werden zum Zwecke der kassenseitigen/-übergreifenden MRG-Analysen im Rahmen der Bestimmung der Garantievolumina übermittelt. Die Lieferung erfolgt für die Gesamtheit der Verordnungen der(des) Krankenkasse(-verbandes).

⁴ HBSNR = Hauptbetriebsstätte

5) 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)

6) 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. 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 oder die Beurteilung von Einzelfällen.

Lieferfrequenz: Prüffahr oder im Einzelfall,

Lieferant: KVSH,

Empfänger: Prüfungsstelle

7) Verordnungsfallzahlen für MRG-Volumenbestimmung/cbMRG-Prüfung/gemeinsame Maßnahmen

		Lieferweg	Lieferfrist
Ambulant kurative Verordnungsfallzahlen mit Patientenalter	je BSNR/LANR	Datenträger	19 Wochen nach Quartalsende

Lieferfrequenz: Quartal,

Lieferant: KVSH,

Empfänger: Datenzusammenführende Stelle der Krankenkassen(-verbände), Prüfungsstelle

Anmerkung: Die Daten werden ausschließlich zum Zwecke von MRG-Analysen, der Bestimmung der Garantievolumina und Durchführung der MRG-Prüfung übermittelt.