

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland

- einerseits-

und

die AOK – Die Gesundheitskasse im Saarland,

der BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,

die Knappschaft, Verw. Stelle Saarbrücken

die IKK Südwest-Direkt,

die Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland- Pfalz und Saarland,

der VdAK e. V. und AEV e. V., vertreten durch die Landesvertretung Saarland

- andererseits –

schließen folgende

Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2008

§ 1 Allgemeines

Die Vertragspartner vereinbaren einheitlich für alle Kassenarten arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen für das Volumen der vom Vertragsarzt verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel zur Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V und zur Steuerung des Arznei- und Heilmittelausgabenvolumens für das Jahr 2008. Die Vereinbarungspartner nehmen Bezug auf die gemeinsame Bundesempfehlung zu Richtgrößen vom 21.02.2000 in der Fassung vom 30.09.2001.

§ 2 Grundsätze für die Bildung von Richtgrößen

1. Die Richtgrößen werden für Arznei-, und Verbandmittel inkl. Sprechstundenbedarf einerseits sowie für Heilmittel andererseits getrennt nach Gruppen (M und F und R) für die in der Anlage 2 bzw. Anlage 4 zu dieser Vereinbarung genannten Arztgruppen in der dort genannten Höhe gebildet. Die Vertragspartner stimmen überein, eine Differenzierung nach Altersklassen sobald als möglich einzuführen.
2. Zur Herstellung des Fallbezugs zur Bildung von Richtgrößen werden kurativ-allgemeine Behandlungsfälle von Vertragsärzten nach Formblatt 3 getrennt nach den Versichertengruppen Mitglieder, Familienangehörige und Rentner herangezogen.

§ 3 Ermittlung der Richtgrößen

A. Arznei- und Verbandmittelrichtgrößen

- a. Bei der Richtgröße für Arznei-/Verbandmittel wird, ausgehend vom Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel i. H. v. Euro, ein Abschlag von 13,74422 % für die Arztgruppen vorgenommen, die nicht in der Richtgrößenvereinbarung enthalten sind. Weiterhin wird vorsorglich ein Abschlag von 5 % für die Praxisbesonderheiten der Empfehlung zu Richtgrößen vorgenommen.
- b. Diese Beträge werden um die Zuzahlungen der Versicherten sowie den Rabatt erhöht. Nunmehr werden die Kosten für den Sprechstundenbedarf abgesetzt.
- c. Das so ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten der einzelnen Arztgruppen der Quartale 1/2006 bis 4/2006 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die jeweiligen Behandlungsfallzahlen, wiederum aufgeteilt nach M, F und R, dividiert. Ebenso wird für diese Richtgröße der Anteil des Sprechstundenbedarfs, ermittelt anhand der Kosten für den Sprechstundenbedarf des Jahres 2006, dividiert durch die Fallzahl, als Euro-Betrag je Fachgruppe dem zuvor gebildeten Ausgabenvolumen zugeschlagen. Für die Gruppe der Kinderärzte findet keine Aufteilung in Statusgruppen statt. Hier wird das Gesamtausgabenvolumen durch die Gesamtfallzahlen dividiert, so dass eine einheitliche Richtgröße für alle Statusgruppen gebildet wird.

Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 2.

Erläuterung:

Durch den Zeitpunkt der Festlegung des Arzneimittelausgabenvolumens für das Jahr 2008, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst im 2. Quartal des Jahres 2008 veröffentlicht werden.

Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weitergelten, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 SGB V deren Inhalt festsetzen“ gelten die bisherigen Richtgrößen fort, wenn nicht rechtzeitig Richtgrößen für das Jahr 2008 vereinbart wurden. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, nach dem Günstigkeitsprinzip zu verfahren, d.h. den Arztgruppen, die nach der Neuberechnung eine höhere Richtgröße erhalten, wird diese rückwirkend für das 1. und 2. Quartal des Jahres 2008 zuerkannt.

Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es in dem 1. und 2. Quartal bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2007.

Für das 1. und 2. Quartal des Jahres 2008 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 1.

Für die Quartale 3/2008 und 4/2008 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2008 diese Richtgrößen unabhängig von dem Günstigkeitsprinzip Gültigkeit haben.

In dem der Veröffentlichung dieser Vereinbarung nachfolgenden Quartal gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 2.

B. Heilmittelrichtgrößen

a. Bei der Richtgröße für Heilmittel wird, ausgehend vom Ausgabenvolumen für Heilmittel, ein Abschlag von 20,30596 % für die Arztgruppen vorgenommen, für die keine Heilmittelrichtgrößen gebildet werden. Weiterhin wird vorsorglich ein Abschlag von 10 % für die Praxisbesonderheiten der Empfehlung zu Richtgrößen vorgenommen

b. Diese Beträge werden um die Zuzahlungen der Versicherten erhöht.

c. Das so ermittelte (Brutto-) Ausgabenvolumen wird entsprechend den jeweiligen (Brutto-) Verordnungskosten der einzelnen Arztgruppen der Quartale 1/2006 bis 4/2006 getrennt nach M, F und R auf die Arztgruppen aufgeteilt. Diese Kostenanteile werden durch die zugehörigen Behandlungsfallzahlen wiederum aufgeteilt nach M, F und R, dividiert. Für die Gruppe der Kinderärzte findet keine Aufteilung in Statusgruppen statt. Hier wird das Gesamtausgabenvolumen durch die Gesamtfallzahlen dividiert, so dass eine einheitliche Richtgröße für alle Statusgruppen gebildet wird.

Die Berechnungsergebnisse bilden die Richtgrößen gemäß Anlage 4.

Erläuterung:

Durch den Zeitpunkt der Festlegung des Heilmittelausgabenvolumens für das Jahr 2008, konnten die daraus resultierenden Richtgrößen erst im 2. Quartal des Jahres 2008 veröffentlicht werden.

Gemäß dem im Vertragsarztrecht geltenden Grundsatz „dass auslaufende Verträge solange weitergelten, bis die Vertragspartner neue Regelungen treffen oder die Schiedsämter nach § 89 SGB V deren Inhalt festsetzen“ gelten die bisherigen Richtgrößen fort, wenn nicht rechtzeitig Richtgrößen für das Jahr 2008 vereinbart wurden.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, nach dem Günstigkeitsprinzip zu verfahren, d.h. den Arztgruppen, die nach der Neuberechnung eine höhere Richtgröße erhalten, wird diese rückwirkend für das 1. und 2. Quartal des Jahres 2008 zuerkannt.

Für die Arztgruppen, deren Richtgrößen sich durch die Neuberechnung verschlechtern würden, bleibt es in dem 1. und 2. Quartal bei der günstigeren Richtgröße des Jahres 2007.

Für das 1. und 2. Quartal des Jahres 2008 gelten dementsprechend die Richtgrößen gemäß Anlage 3.

Für die Quartale 3/2008 und 4/2008 haben die Vertragspartner vereinbart, dass mit Veröffentlichung der Richtgrößenvereinbarung 2008 diese Richtgrößen unabhängig von dem Günstigkeitsprinzip Gültigkeit haben.

In dem der Veröffentlichung dieser Vereinbarung nachfolgenden Quartal gelten somit die Richtgrößen gemäß Anlage 4.

C. Anpassung der Richtgrößen

Für den Fall, dass Korrekturen der Rahmenvorgaben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen für das Jahr 2008 zu einem geänderten Ausgabenvolumen für das Jahr 2008 führen, entscheiden die Vertragspartner über eine Neuberechnung der Richtgrößen.

§ 4 Information und Beratung

1. Es erfolgt bei einer Überschreitung des Quartalswertes von mehr als 15 % eine Information durch die Prüfstelle auf der Grundlage der für die Erstellung der Arznei- und Heilmittelkostenstatistik gelieferten Daten.

2. Um eine kontinuierliche Frühinformation über die im Bereich der KV Saarland veranlassten Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel pro Quartal zu gewährleisten, übermitteln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände die arztbezogene Frühinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V (Arznei- und Verbandmittel) an die Prüfstelle. Die Frühinformation soll dem Vertragsarzt dabei helfen, sein Arzneimittelverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen.

§ 5 Durchführung der Richtgrößenprüfung

1. Grundsätzlich finden bei einer Prüfung nach Richtgrößen Prüfungen der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten nicht mehr statt. Sofern Prüfungen nach Durchschnittswerten zusätzlich zu Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden, werden mögliche Erstattungsbeträge beider Prüfarten miteinander verrechnet.

2. Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 vom Hundert der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden; die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands muss innerhalb von zwei Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach [§ 130a Abs. 8](#) SGB V beigetreten ist, sind nicht Gegenstand einer Prüfung.

Ihre Wirtschaftlichkeit ist durch Vereinbarungen in diesen Verträgen zu gewährleisten; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.

3. Beratungen bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 SGB V werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten der Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

4. Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist.

5. Bei fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren wird die Richtgröße für Arznei-, und Verbandmittel inkl. Sprechstundenbedarf aus dem arithmetischen Mittelwert der jeweiligen Richtgröße der Fachgruppe gebildet. Ist ein Arzt oder mehrere Ärzte einer Fachgruppe ohne Richtgröße beteiligt, gilt der Richtgrößewert der übrigen in der Praxis/Versorgungszentrum vorhandenen Ärzte mit Richtgrößen als Aufgreifkriterium für die gesamte Praxis unter Berücksichtigung der Gesamtfallzahl. Der Prüfungsstelle kann im Prüfverfahren bei entsprechenden Feststellungen auch eine davon abweichende Gewichtung der Richtgrößen vornehmen.

6. Auf der Basis der von den Kassen für das Jahr 2008 erzielten tatsächlichen Gesamtrabattsummen im Verhältnis zu den Gesamtausgaben wird zu ggb. Zeit der maßgebliche Prozentsatz für den Abzug pauschalierter Beträge gemäß § 106 Abs. 5c Satz 1 SGB V ermittelt.

§ 6 Prüfvereinbarung

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass der § 13 Abs. 4 der bisherigen Prüfvereinbarung um die in Anlage 5 aufgeführten Sätze 6 bis 10 ergänzt wird.

Sofern im Jahr 2008 eine neue Prüfvereinbarung in Kraft tritt, wird diese für die Prüfung angewendet.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2008 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Vereinbarung vom 26.02.2007 bezogen auf die Richtgrößenprüfungen des Jahres 2008 außer Kraft.

Kassenärztliche Vereinigung Saarland

AOK - Die Gesundheitskasse im Saarland

Dr. med. G. Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

Bruno Krüger
Vorstand

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

Knappschaft
Verwaltungsstelle Saarbrücken

Axel Benz
Vorsitzender des Vorstandes

Armin Beck
Verwaltungsdirektor

IKK Südwest-Direkt

LKK Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Frank Spaniol
Vorstand

Helmut Heinz
Direktor

VdAK/AEV
Landesvertretung Saarland

Armin Lang
Leiter der Landesvertretung

Saarbrücken, den 28.04.2008

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2008 mit
 Vorteil Richtgrößen für das Jahr 2007 (grau unterlegt)
 -nur gültig im 1. und 2. Quartal 2008-
 (Anlage 1)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,98 €	5,83 €	16,93 €
07	Chirurgen	17,86 €	15,43 €	22,90 €
10	Gynäkologen	19,02 €	19,67 €	35,96 €
13	HNO-Ärzte	12,95 €	12,72 €	7,73 €
16	Hautärzte	26,57 €	22,55 €	27,36 €
19	hausärztlich tätige Internisten	64,66 €	48,08 €	151,91 €
19	fachärztlich tätige Internisten	63,55 €	48,42 €	103,30 €
19	Nephrologen	420,32 €	374,66 €	573,73 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	73,12 €	83,40 €	117,00 €
23	Kinderärzte	28,97 €	28,97 €	28,97 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	107,51 €	88,42 €	127,08 €
44	Orthopäden	11,12 €	8,42 €	21,64 €
56	Urologen	31,91 €	26,17 €	75,80 €
80	Allgemeinärzte	52,56 €	37,11 €	145,30 €

Richtgrößen für Arzneimittel und Sprechstundenbedarf 2008 (Anlage 2)

FG-Nr.	Arztgruppe	RG M	RG F	RG R
04	Augenärzte	9,95 €	5,83 €	16,93 €
07	Chirurgen	15,13 €	13,20 €	19,05 €
10	Gynäkologen	15,79 €	18,10 €	35,08 €
13	HNO-Ärzte	12,15 €	12,43 €	7,11 €
16	Hautärzte	26,08 €	22,55 €	26,71 €
19	hausärztlich tätige Internisten	64,66 €	48,08 €	151,91 €
19	fachärztlich tätige Internisten	63,55 €	48,42 €	103,30 €
19	Nephrologen	420,32 €	374,66 €	573,73 €
19	Internisten/Lungen- und Bronchialheilkunde	72,64 €	75,34 €	117,00 €
23	Kinderärzte	28,97 €	28,97 €	28,97 €
38	Nervenärzte/Psychiater/Ärzte für Psych. und Psychotherapie/Neurologen	107,51 €	88,42 €	127,08 €
44	Orthopäden	11,00 €	8,14 €	21,64 €
56	Urologen	31,84 €	26,17 €	75,80 €
80	Allgemeinärzte	52,56 €	37,11 €	145,30 €

Richtgrößen für Heilmittel 2008 mit Vorteil Richtgrößen für das Jahr 2007 (grau unterlegt) -nur gültig im 1. und 2. Quartal 2008- (Anlage 3)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	9,21 €	5,62 €	12,64 €
19	hausärztlich tätige Internisten	6,69 €	6,70 €	16,58 €
23	Kinderärzte	15,68 €	15,68 €	15,68 €
44	Orthopäden	16,94 €	17,41 €	18,77 €
80	Allgemeinärzte	7,39 €	7,99 €	20,08 €

Richtgrößen für Heilmittel 2008 (Anlage 4)

Fachgruppe		RG M	RG F	RG R
07	Chirurgen	6,93 €	4,19 €	10,03 €
19	hausärztlich tätige Internisten	5,91 €	6,18 €	14,76 €
23	Kinderärzte	15,61 €	15,61 €	15,61 €
44	Orthopäden	14,66 €	15,57 €	16,76 €
80	Allgemeinärzte	6,48 €	7,16 €	17,71 €

Anlage 5

Änderung/Ergänzung der Prüfvereinbarung vom 09.08.2006

§ 13 der Prüfvereinbarung wird wie folgt geändert:

Abs. 4 wird um folgende Sätze 6 bis 10 ergänzt:

Ab dem Jahre 2008 wird bei der Heilmittelrichtgrößenprüfung als Praxisbesonderheit nicht mehr die Anlage 3 der Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Richtgrößen vom 21.02.2000 zu Grund gelegt. Stattdessen wird vereinbart, die Kosten der in Anlage 2 der Prüfvereinbarung aufgeführten Indikationsgebiete regelmäßig als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Die Anerkennung ist auf eine wirtschaftliche Versorgung nach Satz 5 begrenzt. Die Verordnungsdaten der Vertragsärzte werden hierzu mit der in Anlage 3 enthaltenen Datensatzbeschreibung auf maschinell lesbaren Datenträgern geliefert.

Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheiten bei Richtgrößenprüfungen ab Verordnungszeitraum 2008

Indikationsgebiet	Indikationsschlüssel des Heilmittelkataloges
Physikalische Therapie	
Manuelle Lymphdrainage bei chronischen Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen z.B. nach OP / Radiatio - Mammakarzinom - Malignome Kopf / Hals - Malignome des kleinen Beckens	LY3
Störungen der Atmung bei Mukoviszidose	AT 3
ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks ? <i>längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs</i> z.B. - prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z.B. Meningomyelocele, infantile Cerebralparese, Spina bifida) - zerebrale Blutung, Tumor, Hypoxie - Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen - Meningoencephalitis, Poliomyelitis - Querschnittssyndrome - Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks	ZN 1
ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks ? <i>nach Vollendung des 18. Lebensjahrs</i> z.B. - prä-, peri-, postnatale Schädigungen (z.B. Meningomyelocele, infantile Cerebralparese, Spina bifida) - zerebrale Blutung, Tumor, Hypoxie - Schädelhirn- und Rückenmarkverletzungen - Meningoencephalitis, Poliomyelitis - Querschnittssyndrome - M. Parkinson - Multiple Sklerose - Syringomyelie - Amyotrophe Lateralsklerose - Spinalis anterior Syndrom - Vorderhornerkrankungen des Rückenmarks	ZN2
Ergotherapie	
ZNS-Erkrankungen und / oder Entwicklungsstörungen längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs z.B. - Schädelhirntrauma - Meningoencephalitis - zerebrale Blutung - zerebraler Tumor	EN 1

<ul style="list-style-type: none"> - zerebrale Hypoxie - Cerebralparese - genetisch bedingte, peri- / postnatale Strukturschäden 	
<p>ZNS-Erkrankungen nach Vollendung des 18. Lebensjahrs</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schädelhirntrauma - M. Parkinson - Multiple Sklerose - Apoplex, Blutung - zerebraler Tumor - Z. n. zerebraler Hypoxie - Cerebralparese 	EN 2
<p>Rückenmarkserkrankungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Querschnittssyndrom, komplett / inkomplett - Vorderhornschädigungen (z.B. Poliomyelitis) - Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) 	EN 3
<p>Entwicklungsstörungen</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - frühkindlicher Autismus <p>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Störung des Sozialverhaltens - depressive Störung / Angststörung - Eßstörungen 	PS 1
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	
<p>Störungen der Sprechmotorik Dysarthrie / Dysarthrophonie /Sprechapraxie</p> <p>z.B. bei</p> <ul style="list-style-type: none"> - cerebralen Durchblutungsstörungen - Tumorerkrankungen - Entzündungen - Traumata - infantilen Cerebralparesen - Bulbärparalysen - Choreatische Krankheitsbilder - Multipler Sklerose - Amyotrophen Lateralsklerose - Ataxien - Myasthenia gravis - Dystonien 	SP 6
<p>Krankhafte Störungen des Schluckaktes</p> <p>Dysphagie (Schluckstörung, soweit sie nicht primär eine Indikation zur Operation darstellt)</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - cerebralen Durchblutungsstörungen - Tumor - Entzündungen - Trauma - infantilen Cerebralparesen - Bulbärparalysen - Morbus Parkinson - Multipler Sklerose - Amyotrophen Lateralsklerosen - Ataxien - Dystonien - Mysathenia gravis 	SC 1

Anlage 3 der Prüfvereinbarung vom 09.08.2006

Heilmitteldaten mit Versichertenbezug

Nr.	Bezeichnung	Typ	Beschreibung	
"HEIL"				
1	Arztnummer	N7	M	Exakt 7 Stellen
2	Verordnungsquartal	C5	M	JJJJQ mit Q=[1-4, J]
3	IK der KK	N9	M	
4	Versichertenstatus	N1	M	0 = unbekannt 1 = Mitglied 3 = Familienangehöriger 5 = Rentner
5	Belegidentifikation	C68	M	Eineindeutige Identifikation für den Heilmittelurbeleg, z. B. Belegnummer und Rechnungsnummer
6	Heilmittelblattdatum	N8	M	JJJJMMTT, Datum der Ausstellung
7	Versichertennummer	C50	M	Nicht mit Leerzeichen auffüllen.
8	Geburtsdatum	N8	M	JJJJMMTT, Geburtstag des Versicherten
9	Gesamtbrutto	N15	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
10	Gesamtzuzahlung prozentual	N15	M	Betrag!, in Cent, Kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
11	Pauschalzuzahlung	N15	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen
12	Gesamtnetto	N15	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig NICHT zwangsläufig die Summe über die Positionsnettos, da hier Gesamtrabatte und Rezeptzuzahlung berücksichtigt wird.
13	Begründungspflicht	N1	K	0=nein; 1=ja
14	Indikationsschlüssel	C12	K	Beinhaltet den Indikationsschlüssel gemäß aktuellem Heilmittelkatalog, soweit vorhanden.
15	Leistungsschlüssel 1	N5	M	Heilmittelpositionsnummer
16	Faktor 1	N4	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.
17	Positionsbrutto 1	N15	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
18	Positionsnetto 1	N15	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis abzüglich aller Rabatte, die in diese Position eingegangen sind. Unberücksichtigt bleiben Zuzahlungen auf Rezeptebene.
...				
131	Leistungsschlüssel 30	N5	M	
132	Faktor 30	N4	M	
133	Positionsbrutto 30	N15	M	
134	Positionsnetto 30	N15	M	

Bei diesen Datensätzen handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl. Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2 bis 30 sind, sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen. Der jeweilige Datensatz (Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 134 kann verzichtet werden.

Für jede Satzstruktur und Aggregationsstufe werden die empfohlenen Befüllvorgaben aufgelistet. Folgende Befüllvorgaben kommen in Frage:

Datensatz auf Blattebene:

M Mussfeld

Dieses Feld muss belegt werden.

K Kannfeld

Sofern Werte vorhanden sind, dürfen diese geschickt werden.
Ein leeres Feld ist auch zulässig.