RSA-Prüfhandbuch
der Prüfdienste
des Bundes und der Länder

Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen

für das

Ausgleichsjahr 2021

Stand November 2025

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil ... 3
1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell ... 3
1.2 Stichprobe ... 3
1.3 Prüfunterstützung ... 4
1.4 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch ... 4
1.5 Hotline ... 5
1.6 Gegenstand der Prüfung ... 6
1.7 Verfahren ... 7
1.8 Belege und Daten ... 7
1.8.1 Anerkennung von Unterlagen ... 8
1.9 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen ... 13
1.10 Dokumentation der Prüfergebnisse ... 14
1.11 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung ... 14
2. Fachlicher Teil ... 15
2.1. Maschinelle Prüfung ... 16
2.2. Manuelle Prüfung ... 17
3. Prüfunterlagen ... 19
4. Hinweise ... 20
Anlage A - Beispiele zur Prüfung der Leistungsinhalte ... 21
Anlage B - Fallbeispiele zur Bewertung von Datensätzen ... 24
Anlage C - Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021 ... 33
Anlage D - Checkliste RSA-Hotline ... 39

1. Allgemeiner Teil

1.1 Rechtsgrundlage und Vorgehensmodell

Die Grundlagen zur Durchführung der Prüfungen der Datenmeldungen zur Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV sind die § 266 Abs. 8 Satz 1 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV. Den Prüfdiensten nach § 274 SGB V wird demnach die Aufgabe übertragen, die von den Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mitzuteilenden Daten zu prüfen.

Der Prüfauftrag nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV umfasst allgemein die Prüfung der in den RSA gemeldeten Versicherungszeiten, der Einschreibungen in Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management Programme – DMP), der in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich gemeldeten Daten (insbes. Diagnosen und Arzneimittelkennzeichen) sowie der Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Die Prüfungen sind mindestens alle drei Jahre – bezogen auf eines der drei zuletzt nach § 18 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre – durchzuführen.

Der Prüfumfang ergibt sich aus § 20 RSAV und dem vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach Anhörung des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, im Folgenden GKV-SV) und der Prüfdienste festgelegten Stichprobenverfahren. Ziel der Prüfung nach § 20 RSAV ist die Feststellung, ob die von der Krankenkasse abgegebenen Meldungen der SA 100 ff. durch entsprechende Nachweise belegt sind.

Die Prüfdienste stellen dieses Prüfhandbuch auch dem GKV-SV zur Verfügung, damit durch ausreichende Transparenz das Verständnis für die Organisation, den Umfang und die Durchführung der Prüfung geschaffen wird.

1.2 Stichprobe

Für die Prüfungen nach § 20 Abs. 1 Satz 1 RSAV legt das BAS nach Anhörung des GKV-SV und der Prüfdienste nach § 274 SGB V in einer Bestimmung zur Stichproben- und Hochrechnungsmethodik für den jeweiligen Prüfzyklus die Stichprobenmethodik und insbesondere das jeweilige Verfahren zur Bestimmung eines angemessenen Stichprobenumfangs fest.

Das BAS zieht die Stichprobe für die jeweilige Prüfung und stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V die Liste der gezogenen Stichproben in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Im Einvernehmen mit den Prüfdiensten nach § 274 SGB V legt das BAS fest, welche

der ihm vorliegenden Daten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 RSAV es darüber hinaus für die Stichprobenprüfung den Prüfdiensten nach § 274 SGB V für die jeweilige Prüfung zur Verfügung stellt.

1.3 Prüfunterstützung

Die Prüfdienste setzen zur Effizienz und Vergleichbarkeit der Prüfung Software ein. Der Verordnungsgeber hat festgelegt, dass das BAS bestimmen kann, welche Daten den Prüfdiensten von den Krankenkassen elektronisch zu übermitteln sind. Auf die Datenbestimmung des BAS nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV in der Fassung vom 13. Mai 2025 (Anforderungen an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden Daten) wird verwiesen.

1.4 Grundsätzliches zum RSA-Prüfhandbuch

Das Prüfhandbuch soll nicht nur eine Arbeitshilfe bei den RSA-Prüfungen sein, sondern auch eine bundesweit einheitliche Prüfung sicherstellen. Es ist für die Prüfung verbindlich anzuwenden. Das Prüfhandbuch und auch die Hotline-Entscheidungen (siehe Nr. 1.5 PHB) setzen dabei kein Recht, sondern stellen lediglich das in dem zu prüfenden Ausgleichsjahr geltende Recht dar.

Das Prüfhandbuch unterliegt einer stetigen Veränderung. Diese Veränderungen basieren entweder auf Gesetzesänderungen oder auf dem Umstand, dass es sinnvoll erscheint, Prüffragen bzw. Prüfsachverhalte herauszunehmen, abzuändern oder neu aufzunehmen. Es entbindet die Krankenkassen in ihrem Verwaltungshandeln nicht davon, den Verpflichtungen, die ihnen der Gesetzgeber auch außerhalb der Prüffragen bzw. Prüfsachverhalte auferlegt, nachzukommen. Dies gilt unabhängig vom Inhalt des Prüfhandbuches, zumal in seinen Durchführungshinweisen nur Regelungen zu gewöhnlich vorkommenden, verallgemeinerungsfähigen Sachverhalten, nicht aber zu (allen) Einzelfällen enthalten sein können.

Für die Beurteilung der Stichprobenfälle ist es wichtig, die Prämissen der RSA-Prüfung zu kennen. Darüber hinaus sollen die Erläuterungen in den Durchführungshinweisen eine Unterstützung (Argumentationshilfe) bei den RSA-Prüfungen nach § 20 RSAV sein. Die Erläuterungen gewährleisten damit in den einzelnen Arbeitsschritten die notwendige Qualität (einheitliche Durchführung der Prüfung) und sind Bestandteil der Qualitätssicherung.

Die Prüfung beschränkt sich darauf, ob die gemeldeten Daten belegt sind und zu Recht in den RSA eingeflossen sind. Daraus folgt, dass im Rahmen der Prüfung festgestellte

„positive“ Sachverhalte nicht in das Prüfergebnis einfließen (z. B. es können mehr Tage nachgewiesen werden, als die Krankenkasse tatsächlich gemeldet hat) und deshalb nicht in das zu Dokumentationszwecken zur Verfügung stehende Prüfunterstützungstool aufzunehmen sind. Auf solche Sachverhalte soll die Krankenkasse im Rahmen des § 274 SGB V beratend hingewiesen werden.

Die Aussagen und Inhalte im RSA-Prüfhandbuch beziehen sich ausschließlich auf das jeweils zu prüfende Ausgleichsjahr.

Soweit hinsichtlich der Bezeichnung von Personenkreisen oder Funktionen die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht auch die weibliche und andere Formen ein.

1.5 Hotline

Der Prüfdienst des Bundes im BAS stellt die sogenannte RSA-Hotline für Anfragen von grundsätzlicher Bedeutung zur laufenden Prüfung zur Verfügung. Grundsätzliche Bedeutsamkeit liegt vor, wenn es sich bei der für die Entscheidung des Falles relevanten Fallfrage um eine Fach- / Rechtsfrage handelt, die eine Vielzahl von Fällen mit diesem oder ähnlichen Sachverhalt betrifft. Eine Fallproblematik kann insbesondere dann von grundsätzlicher Bedeutung sein, wenn sie für die weitere Verwaltungspraxis der Krankenkasse von Bedeutung ist. Erforderlich ist weiterhin, dass sich die Fach- / Rechtsfrage mithilfe des Prüfhandbuches nicht eindeutig beantworten lässt.

Einzelfälle werden nicht in der Hotline behandelt.

Anfragen können von Prüfdiensten, aber auch vom GKV-SV eingebracht werden. Krankenkassen haben die Möglichkeit, Anfragen über den GKV-SV an die Hotline zu stellen. Direkte Anfragen der Krankenkassen sowie Anfragen für Krankenkassen durch die Prüfdienste sind nicht vorgesehen.

Die RSA-Hotline ist erreichbar unter: https://rsa-hotline.bundesamtsozialesicherung.de/otrs/customer.pl

Die Gliederung soll der Vorlage der Hotline-Anfragen entsprechen und der dort festgelegten Struktur:
„Sachverhalt - Fallfrage - Auffassung der Krankenkasse / Auffassung des Prüfdienstes –

Lösungsvorschlag“
folgen. Die Anfragen sollen eindeutig sein sowie alle für die Fallfrage relevanten Fallumstände enthalten. Die beigefügte Checkliste (Anlage D) soll ein hilfreicher Hinweis für die Ticketersteller sein und eine zeitnahe Bearbeitung der gestellten Tickets unterstützen.

Die Bearbeitung und Entscheidung erfolgt durch den jeweils zuständigen RSA-Arbeitskreis (hier AK DMP für fachliche Fragen, AK Organisation zu Fragen des Prüfverfahrens), bestehend aus Vertretern der Prüfdienste der Länder und des Bundes. Kann eine Anfrage vom AK DMP nicht einstimmig entschieden werden, ist für die Bearbeitung und Entscheidung der AK Rechtsfragen zuständig. Auch dieser Arbeitskreis ist mit Vertretern der Prüfdienste der Länder und des BAS besetzt. Die Entscheidungen werden in Znuny veröffentlicht, das den Prüfdiensten und dem GKV-SV als Informationsplattform zur Verfügung steht.

Nach Abschluss der Prüfung erfolgt keine erneute Aufnahme der Prüfung unter Berücksichtigung zwischenzeitlich ergangener Hotline-Entscheidungen. Den Krankenkassen ist es unbenommen, Fälle, in denen nachträgliche Hotline-Entscheidungen im Rahmen der Hochrechnung des Prüfungsergebnisses ggf. Relevanz auf die Höhe eines möglicherweise zu zahlenden Korrekturbetrages entfalten, im Anhörungsverfahren des Referates 317 im BAS aufzugreifen.

1.6 Gegenstand der Prüfung

Gegenstand der Prüfung ist jeweils die dem BAS zuletzt gemeldete und im RSA-Jahresausgleich berücksichtigte amtliche Datenmeldung für das zu prüfende Ausgleichsjahr.

Der Jahresausgleich für das AJ 2021 erfolgte durch die für den RSA zuständige Stelle im BAS im November 2023. Die für die Prüfung der Versicherungszeiten zu berücksichtigende Datenmeldung ist somit die Meldung der Satzart 110 im Jahr 2023 für das AJ 2021.

Korrekturen in den Versicherungszeiten, welche von den Krankenkassen nach Erstellung der letzten Korrekturmeldung (Satzart 110 im Jahr 2023 für das zu prüfende AJ 2021) vorgenommen wurden, sind bei der vorliegenden Prüfung nicht zu berücksichtigen

Die Prüfungen nach § 20 RSAV der Datenmeldungen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sind so ausgestaltet, dass nur die gemeldeten Gebührenordnungspositionsnummern (GOP) geprüft werden, die potentiell eine Zuweisung auslösen können.

1.7 Verfahren

Die Ermittlung der zu prüfenden Stichprobenversicherten erfolgt durch das BAS. Dieses stellt den Prüfdiensten nach § 274 SGB V des Bundes und der Länder für diese Versicherten die Daten der Satzart 110SV (= Stichprobenversicherte Versicherungszeiten / DMP) sowie die entsprechende Satzart 832SV zur Verfügung.

Die Krankenkasse erhält vom zuständigen Prüfdienst mit der Satzart 110LV die Pseudonyme aus der Satzart 110SV (= Liste Stichprobenversicherte Versicherungszeiten / DMP) zur Depseudonymisierung und Ergänzung entsprechend der Datenbestimmung nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV.

Die Krankenkassen ergänzen die Datensätze der Satzart 110LV entsprechend der genannten Datenbestimmung zur sog. Satzart 110PV (Prüfungssatzart Versicherungszeiten / DMP).

Weiterhin stellen die Datenannahme- und Verteilstellen (DAV; z. B. BITMARCK, ITS Care, gkv *informatik*, kubus IT oder auch kasseneigene Stellen) die für die Prüfung benötigten Satzarten 832P entsprechend der Datenbestimmung des BAS nach § 20 Abs. 3 Satz 1 RSAV zur Verfügung.

Entsprechend der o.g. Datenbestimmung erhalten die Krankenkassen eine achtwöchige Mindestvorlaufzeit, um die Satzart 110PV zu erstellen und an den zuständigen Prüfdienst zu übermitteln. Für die Bereitstellung der Satzart 832P, die zusätzlich zur Satzart 110PV zu erstellen ist, stehen den Krankenkassen vier weitere (und damit insgesamt zwölf) Wochen zur Verfügung.

Durch einen maschinellen Datenabgleich stellen die Prüfdienste fest, inwieweit die Daten der Prüfsatzarten Auffälligkeiten im Vergleich zu den vom BAS übermittelten Datensätzen für die Stichprobenversicherten aufweisen.

Zum Prüfbeginn stellen die Krankenkassen den Prüfdiensten die für die Prüfung benötigten Belege zur Verfügung.

1.8 Belege und Daten

Die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen ergeben sich grundsätzlich aus den einzelnen fachlichen Teilen des Prüfhandbuches. Es bleibt den Prüfdiensten unbenommen, darüber hinaus weitere zu Prüfzwecken erforderliche Unterlagen anzufordern.

1.8.1 Anerkennung von Unterlagen

Eingangszeitpunkt

Als Beleg für die von den Krankenkassen in den RSA gemeldeten Daten werden nur Unterlagen anerkannt, die bis zu dem Tag bei der Krankenkasse bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die Satzart 110 des zu prüfenden Ausgleichsjahres erstellt worden ist. Somit müssen Fälle zum Zeitpunkt der tatsächlichen Meldung der Kasse an den GKV-SV zur Weiterleitung an das BAS (Abteilung 3 als RSA-Stelle zur Berechnung des Risikostrukturausgleiches), belegt sein. D.h., erforderliche Nachweise müssen bis zu diesem Zeitpunkt der Kasse vorliegen.

Die Meldung der Satzart 110 (Stand März 2023) musste durch die Kasse über den GKV-SV spätestens zum 15.04.2023 an das BAS (RSA-Stelle) übermittelt werden.

Nachgeforderte und / oder nach dem Meldezeitpunkt (Abgabe der Meldung durch die Kasse) eingegangene Unterlagen finden keine Berücksichtigung bei der Prüfung. In einem solchen Fall sind die Angaben als nicht belegt anzusehen.

Bis zur Absendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung der Prüfdienste an Referat 317 im BAS können die Krankenkassen Nachweise zu Prüfzwecken nachreichen, sofern diese bis zu dem Tag bei den Krankenkassen bzw. dem beauftragten Dienstleister eingegangen sind, an dem die der Prüfung zugrunde liegenden Satzarten erstellt wurden, d. h., an dem die hierfür notwendigen Daten aus dem System der Krankenkasse selektiert worden sind. Nach Übersendung der Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung erkennen die Prüfdienste nachgehend vorgelegte Unterlagen nicht mehr an.

Bei papiergebundenen Dokumenten kann das Eingangsdatum in der Regel durch den aufgebrachten Eingangsstempel nachgewiesen werden.

Die Anbringung eines elektronischen Eingangsstempels bzw. einer automatischen Paginierung unmittelbar vor dem Scanvorgang ist zulässig. Dabei ist sicherzustellen, dass der elektronische Eingangsstempel dem tatsächlichen Eingangs- bzw. Scandatum des Papierdokumentes entspricht (siehe auch Leitfaden der Prüfdienste „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“, Ziffer 3.2.1.2 Bildliche und inhaltliche Übereinstimmung).

Nach dem Scanvorgang (auf dem Image) automatisch angebrachte elektronische Eingangsstempel sind nicht zulässig, da das Image dann kein originalgetreues Abbild des Urbeleges mehr ist.

Grundsatz

Belege sind im Original vorzulegen. Gleichgesetzt sind elektronische Belege mit einer nachprüfbaren qualifizierten elektronischen Signatur oder einem vergleichbaren Schutz eines Vertrauensdienstes nach dem Vertrauensdienstegesetz bzw. der eIDAS-Verordnung.

Images

Darüber hinaus werden auch Images als Belege zu RSA-Prüfzwecken anerkannt, wenn sie revisionssicher in einem entsprechenden Archivierungsmedium gespeichert wurden und so die Anforderungen an die Authentizität und Integrität der gespeicherten Daten erfüllen.

Hierzu haben die Krankenkassen die Archivierungsstandards gemäß § 239 und § 257 Abs. 3 HGB einzuhalten (vgl. die Begründung der 24. RSAV-Änderungsverordnung zum § 30 Abs. 2 RSAV a. F.).

Werden die Images nicht von der Krankenkasse, sondern von einem Dritten erzeugt, sollten die Datensätze unverzüglich nach dem Eingang bei der Krankenkasse / dem Rechenzentrum in einer nicht veränderbaren Form (z. B. (Worm-) Datenbanken) gespeichert werden.

Wird der Scanprozess durch die Krankenkasse vorgenommen, sollte dieser Prozess und eine Archivierung möglichst frühzeitig im Geschäftsprozess und zwar in jedem Fall vor der Sachbearbeitung (Fachverfahren) erfolgen.

Weiterhin müssen die Krankenkassen durch organisatorische Maßnahmen den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität erbringen. Daten und damit auch die Images sind grundsätzlich authentisch, wenn sie mit den Ursprungsdaten des Ausstellers übereinstimmen und ihnen die Identität des Ausstellers zugeordnet werden kann.

Daten sind grundsätzlich integer (Integrität), wenn sie vollständig sind und nachweislich keine Veränderungen oder Manipulationen an ihnen festgestellt werden können. Darunter zu verstehen ist die (technische) Fähigkeit, die Unversehrtheit der elektronischen Information nachzuweisen. Die Daten müssen inhaltlich unverändert für die Dauer der geltenden

Aufbewahrungsfristen (siehe Punkt 1.9) verfügbar sein und in angemessener Frist lesbar gemacht werden können.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Anerkennung der Images nur auf die Durchführung der RSA-Prüfungen bezieht und die Originale entsprechend den rechtlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen weiterhin aufzubewahren sind. Bei fehlenden, nicht plausiblen oder nicht lesbaren Images können die Prüfdienste die entsprechenden Originalbelege anfordern.

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen der Krankenkassen, die dazu dienen, den Nachweis der Revisionssicherheit des Archivs im Hinblick auf Authentizität und Integrität zu erbringen, werden von den Prüfdiensten bewertet.

Fax

Für per Fax übermittelte Dokumente gilt, dass diese als „Fax“ zu kennzeichnen sind. Dies ist in der Regel durch die auf dem Fax aufgedruckten Übermittlungsdaten (Absenderin / Absender, Tag, Uhrzeit) gewährleistet. Sind entsprechende Daten auf dem Fax technisch nicht eingefügt worden, muss das Fax als solches gekennzeichnet und mit einem Eingangsvermerk versehen werden. Auf einem PC empfangene Faxe (Fax-Server) werden anerkannt, wenn sie qualifiziert elektronisch signiert sind oder mit den oben genannten Daten als Ausdruck vorliegen.

Durch elektronische Medien übermittelte Dokumente

<u>Grundvoraussetzungen</u>

Die für die Fachbearbeitung relevanten Informationen (statusrelevante Angaben) müssen durch authentifizierte Personen (Versicherte) abgegeben worden sein. Die Krankenkasse hat auch diesen Nachweis zu führen. Die eingegangenen Informationen sind vor der Bearbeitung im Fachverfahren unveränderbar gespeichert worden. Bei der elektronischen Übermittlung von Dokumenten (z. B. per E-Mail als .pdf-Datei übermittelt) sind immer folgende Anforderungen:

- Das Dokument stellt ein genaues Abbild des Originals dar. Nichtlesbarkeit/Unplausibilitäten sind frühzeitig zu klären (vor Abgabe der RSA-Datenmeldung an den GKV-SV zur Übermittlung an das BAS). Ansonsten gehen diese zu Lasten der Krankenkasse.

- Die für die Fachbearbeitung relevanten Informationen (statusrelevante Angaben) müssen durch authentifizierte Personen abgegeben worden sein. Die Krankenkasse hat auch diesen Nachweis zu führen.
- Die eingegangenen Informationen sind vor der Bearbeitung im Fachverfahren unveränderbar gespeichert worden.

Ausdruck der elektronisch übersandten Dokumente/Anlagen und deren Scannen

Wenn ein elektronisches Medium (z. B. einfache E-Mail) nur als reines Trägermedium für die Informationen in der Anlage dient, muss das Medium nicht gescannt / archiviert werden, wenn sich das Eingangsdatum des dem Medium angehängten Dokuments aus anderen Umständen ergibt. So wird z. B. der Anhang ausgedruckt und mit Eingangsstempel versehen bzw. sicher gescannt (z. B. mit qualifizierter / fortgeschrittener Signatur). Zusätzlich muss sich die Authentifizierung dann aus der Anlage selbst plausibel ergeben (handschriftliche Unterschrift).

Sind in dem Medium (z. B. E-Mail) selbst weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten, dann ist das Medium als Original im sicheren Speicherverfahren vor Einspielung in das Fachverfahren zu speichern bzw. als Ausdruck zu speichern. Eine Authentifizierung der einsendenden Person/Institution über das konkrete Medium ist plausibel nachzuweisen und zu belegen. Die Informationen müssen für die einsendende Person/Institution zudem als verbindlich angesehen werden und die einsendende Person/Institution darf die Übermittlung der Information nicht abstreiten können (Verbindlichkeit / Nichtabstreitbarkeit der Herkunft der Nachricht).

Sofern ein gesetzliches Unterschriftserfordernis / Schriftformerfordernis für die relevante Information vorliegt und nicht alle relevanten Informationen durch die unterschriebenen Informationen in der Anlage umfasst sind, sondern die E-Mail selbst die relevante Information darstellt bzw. die E-Mail relevante Informationen enthält, sind die in der E-Mail selbst enthaltenen Informationen in diesem Fall nur anerkennungsfähig, wenn diese mit einer De-Mail nach § 36a Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 SGB I an die Krankenkasse versandt wurden.

Übermittlung und rein elektronische Speicherung der Informationen

Wenn der elektronische Anhang – durch unmittelbare Weiterleitung an revisionssichere Speichersysteme ohne Änderungsmöglichkeit am Inhalt vom Eingang bei der Krankenkasse bis zum Eingang in das revisionssichere Speichermedium – nur rein elektronisch gespeichert werden soll (ohne Ausdruck / Scannen), dann muss auch das elektronische Medium in

sicherer Umgebung (mit Eingangsdatum) mit abgespeichert werden (Abspeicherung Anhang mit Authentifizierungsmerkmalen des elektronischen Mediums).

Dies ist nicht erforderlich, wenn der Eingang des Anhangs in das revisionssichere Speichersystem anderweitig sicher dokumentiert wird (z. B. Signatur / qualifizierter Zeitstempel / gleichwertige Maßnahmen) und sich die Authentifizierung aus dem Anhang ergibt (z. B. Unterschrift unter Dokument).

Die Authentifizierung im elektronischen Medium muss zumindest plausibel dargelegt sein, wenn im Medium selbst weitere, für die Fachbearbeitung relevante Informationen (statusrelevante Angaben) enthalten sind. In diesem Fall ist auch das elektronische Medium selbst im revisionssicheren Speichersystem abzuspeichern und muss auf dem Weg dorthin unveränderbar sein.

1.8.2 Elektronischer Datentransfer - Archivierung und Historienführung

Der Austausch von Daten zwischen Krankenkassen und deren Partnern erfolgt grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die in den Datensätzen enthaltenen Informationen werden häufig in verschiedene Datenbanken übernommen. Der Originaldatensatz als adäquates Gegenstück zum papiergebundenen Dokument (z. B. Originalrechnung) wird in der Regel nicht gespeichert bzw. nicht dauerhaft und unveränderbar gespeichert. Insbesondere erfordern es die RSA-Prüfungen, dass die Krankenkassen den Informationsstand zum Zeitpunkt der Abgabe der amtlichen Meldungen nachweisen können.

Die Übergangslösung zur Anerkennung von Datensätzen mit Belegcharakter wurde von den Prüfdiensten zum 31.12.2014 beendet. Es werden nunmehr nur noch Datensätze anerkannt, die nach dem Eingang direkt in sichere Archive übernommen wurden.

Krankenversicherungsträger, die auf elektronischem Wege Daten erhalten, haben die rechtlichen Anforderungen zur Datensicherheit und Archivierung zu schaffen und zu erfüllen.

Bei papiergebundenen Verfahren werden die Anforderungen durch eigenhändige Unterschrift unter dem Dokument sowie sicheren Versand erfüllt. Beim elektronischen Datenaustausch wird diese Sicherheit durch Verschlüsselung und elektronische Signatur erzielt.

Bei einem papiergebundenen Dokument können der Inhalt und der Zeitpunkt des Eingangs zweifelsfrei ermittelt werden. Bei einem Datensatz ist dies in der Regel nicht sichergestellt.

Theoretisch könnte er noch vor der Einsichtnahme angepasst worden sein. Damit geht die Beweiskraft der Information verloren.

Um den Nachweis der Datenintegrität erbringen zu können, sind die im § 110a Abs. 1 SGB IV gestellten Anforderungen zu beachten. Danach haben die Behörden Unterlagen, die für die öffentlich-rechtliche Verwaltungstätigkeit, insbesondere für die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens oder für die Feststellung einer Leistung erforderlich sind, nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Aufbewahrung sicher zu archivieren. Zu den „Unterlagen“ in diesem Sinne gehören auch Daten, die nur mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage erstellt worden sind.

Daraus folgt, dass die Krankenkassen / Datenstellen bei der Annahme elektronischer Datensätze diese im Original im Sinne der Aufbewahrungspflichten nach § 110a SGB IV dauerhaft und unveränderbar zu speichern haben. Hierzu sind geeignete Archivsysteme zu nutzen. Auf die Ausführungen im Prüfleitfaden der Prüfdienste „Elektronische Kommunikation und Digitalisierung in der Sozialversicherung“ wird verwiesen. Die Daten müssen für Revisionszwecke zeitnah zur Verfügung stehen.

Die Prüfdienste fordern daneben eine Erklärung der Kasse bzw. der Datenstelle zur Datenintegrität an und behalten sich vor, in Einzelfällen die Übereinstimmung mit den Originalen bzw. mit dem Originaldatensatz zu prüfen.

1.9 Aufbewahrungsfristen prüfrelevanter Unterlagen

Grundsatz

Die Prüfungen erfolgen unter Berücksichtigung der Aufbewahrungsfristen. Diese ergeben sich aus den Grundsätzen ordnungsmäßiger Aufbewahrung im Sinne des § 110a SGB IV, Voraussetzungen der Rückgabe und Vernichtung von Unterlagen sowie Aufbewahrungsfristen für Unterlagen für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (für das Ausgleichsjahr 2021 gültige Version 4.0 vom 8. Februar 2022).

Originalunterlagen der geprüften Fälle sind ggf. darüber hinaus aufzubewahren, bis die Bestandskraft des Bescheides des BAS über das Prüfungsende nach § 20 RSAV eingetreten ist.

Hinweis

Im Grundsatz gilt die Aufbewahrungsfrist entsprechend der RSA-Relevanz eines Beleges (zur Belegwirkung siehe Punkt 3.7 und Punkt 4.3 zweite Zeile der Grundsätze

ordnungsgemäßer Aufbewahrung, s.o.). Dies bedeutet, dass die Aufbewahrungsfrist (z. B. 6 Jahre) erst mit dem Ablauf des Jahres beginnt, für das der Beleg eine RSA-Zeit, eine Diagnose oder auch eine abgerechnete Gebührenordnungsposition nachweisen / belegen soll.

Unterlagen, die die Versicherung begründen (z. B. Feststellungen zur Versicherungspflicht / Versicherungsfreiheit, Heiratsurkunden, Geburtsurkunden, Scheidungsurteile) sollten darüber hinaus archiviert werden. Auch nach dem Ausscheiden aus der Versicherung sollten sie noch mindestens 6 Jahre aufbewahrt werden.

1.10 Dokumentation der Prüfergebnisse

Die Prüfdienste haben Fehler/Abweichungen sowie die entsprechenden Unterlagen / Nachweise für ihr Verwaltungsverfahren zu dokumentieren.

Fehler/Abweichungen sind gegenüber den Krankenkassen zu spezifizieren und zu dokumentieren.

1.11 Unterrichtung über das Ergebnis der Prüfung

Das BAS (Referat 317 im BAS), die geprüfte Krankenkasse sowie der GKV-SV erhalten vom zuständigen Prüfdienst bzw. Referat 317 im BAS entsprechend ihren Aufgaben Berichte über die Ergebnisse der durchgeführten Prüfung gemäß § 20 RSAV.

2. Fachlicher Teil

Ab dem Ausgleichsjahr 2021 erhalten die Krankenkassen jährlich für jeden Versicherten eine Vorsorgepauschale, wenn eine Mutterschaftsvorsorge-, Gesundheits- oder Früherkennungsuntersuchung, eine zahnärztliche Leistung der Früherkennungsuntersuchung oder Individualprophylaxe oder eine Schutzimpfung in Anspruch genommen und vom Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkasse erbracht und abgerechnet wurde (§ 270 Abs. 4 SGB V).

Das BAS ermittelt die Höhe der Pauschalen und weist die entsprechenden Mittel den Krankenkassen zu (§ 270 Abs. 4 Satz 2 SGB V). In § 15 Abs. 2 RSAV ist geregelt, dass die Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V durch das BAS auf Grundlage der festgelegten Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 87 SGB V (EBM) mit Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres und des bundeseinheitlichen Punktwerts oder auf Grundlage durchschnittlicher Punktwerte in drei Stufen eingeteilt werden, die zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Die Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 SGB V und Leistungen nach § 15 Abs. 1 Satz 1 RSAV, für die zum Stichtag 1. Januar des jeweiligen Ausgleichsjahres keine Bewertung im EBM festgelegt wurde, werden der Stufe mit der niedrigsten Höhe der Pauschale zugeordnet. Das BAS ermittelt die Höhe der Pauschale für jede Stufe nach den Vorgaben des § 15 Abs. 3 RSAV. Die Stufeneinteilung und die Höhe der Pauschalen gibt das BAS bis zum 30. April des jeweiligen Ausgleichsjahres bekannt (§ 15 Abs. 4 RSAV).

Für das Ausgleichsjahr 2021 ergeben sich folgende Pauschalen:

Stufe	Pauschale
1	0,890000000000 €
2	3,651460224431 €
3	21,209597036587 €

Eine Krankenkasse erhält für jede versicherte Person, die eine oder mehrere entsprechende Leistungen in Anspruch genommen hat, lediglich eine Vorsorgepauschale (bei Inanspruchnahme mehrerer Leistungen die der höchsten Stufe).

Die Abgrenzung der berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V erfolgt grundsätzlich anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM bzw. des BEMA.
Die Krankenkassen erhalten auch dann eine Zuweisung im Rahmen der Vorsorgepauschale, wenn die Leistungen nach § 270 Abs. 4 SGB V außerhalb der gesamtvertraglichen Regelversorgung erbracht und zulasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Voraussetzung ist

dann, dass der Leistungsinhalt der selektivvertraglichen Leistungen die benannten Leistungen der Regelversorgung umfasst.

Eine Auflistung der i. S. d. § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV berücksichtigungsfähigen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und der entsprechenden Gebührenordnungspositionen bzw. BEMA-Positionen und Dokumentationsziffern für Schutzimpfungen ergibt sich aus der Anlage zur Verfahrensbeschreibung (siehe Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021; Anlage C zum PHB).

Schutzimpfungen werden pauschal der niedrigsten Stufe zugeordnet.

Die Krankenkassen erhalten die Zuweisung aus dem RSA anhand der von ihr gemeldeten GOP in der Satzart 832.

Ziel der Prüfung ist es daher festzustellen, ob die von der Krankenkasse gemeldete GOP mit der originalen Abrechnungsziffer übereinstimmt. Ein Abgleich von weiteren Kriterien wie z.B. Alter oder Geschlecht zur Plausibilität der erbrachten Leistung erfolgt nicht.

2.0. Abgleich Satzart 832SV und Satzart 832P

Bei der maschinellen Prüfung können nur die Fälle maschinell richtig gewertet werden, bei denen die bundesweite GOP und die originale Abrechnungsziffer der Satzart 832SV mit denen der Satzart 832P übereinstimmen. Sobald die bundesweite GOP oder die originale Abrechnungsziffer aus der Satzart 832SV nicht mit ihrem Gegenpart bei der Satzart 832P übereinstimmen, ist der Fall manuell zu prüfen.
Diese Prüfung auf Übereinstimmung erfolgt systemseitig durch das Prüftool.

2.1. Maschinelle Prüfung

Im Rahmen der maschinellen Prüfung wird für jede stichprobenversicherte Person in der Satzart 832P das Feld GOP mit dem Feld originale Abrechnungsziffer abgeglichen. Bei Übereinstimmung wird der Datensatz maschinell als korrekt gekennzeichnet.
Bei Ungleichheit erfolgen weitere maschinelle Prüfungen in den einzelnen für die versicherte Person maßgebenden Stufen:

a) für die versicherte Person maßgebende höchste Stufe:
   mindestens eine Gleichheit = Fall korrekt
   (Alle weiteren gemeldeten Datensätze des Pseudonyms sind unerheblich und werden nicht berücksichtigt.)
b) für die versicherte Person maßgebende höchste Stufe:
   keine Gleichheit = Fall auffällig (manuelle Prüfung erforderlich)

2.2. Manuelle Prüfung

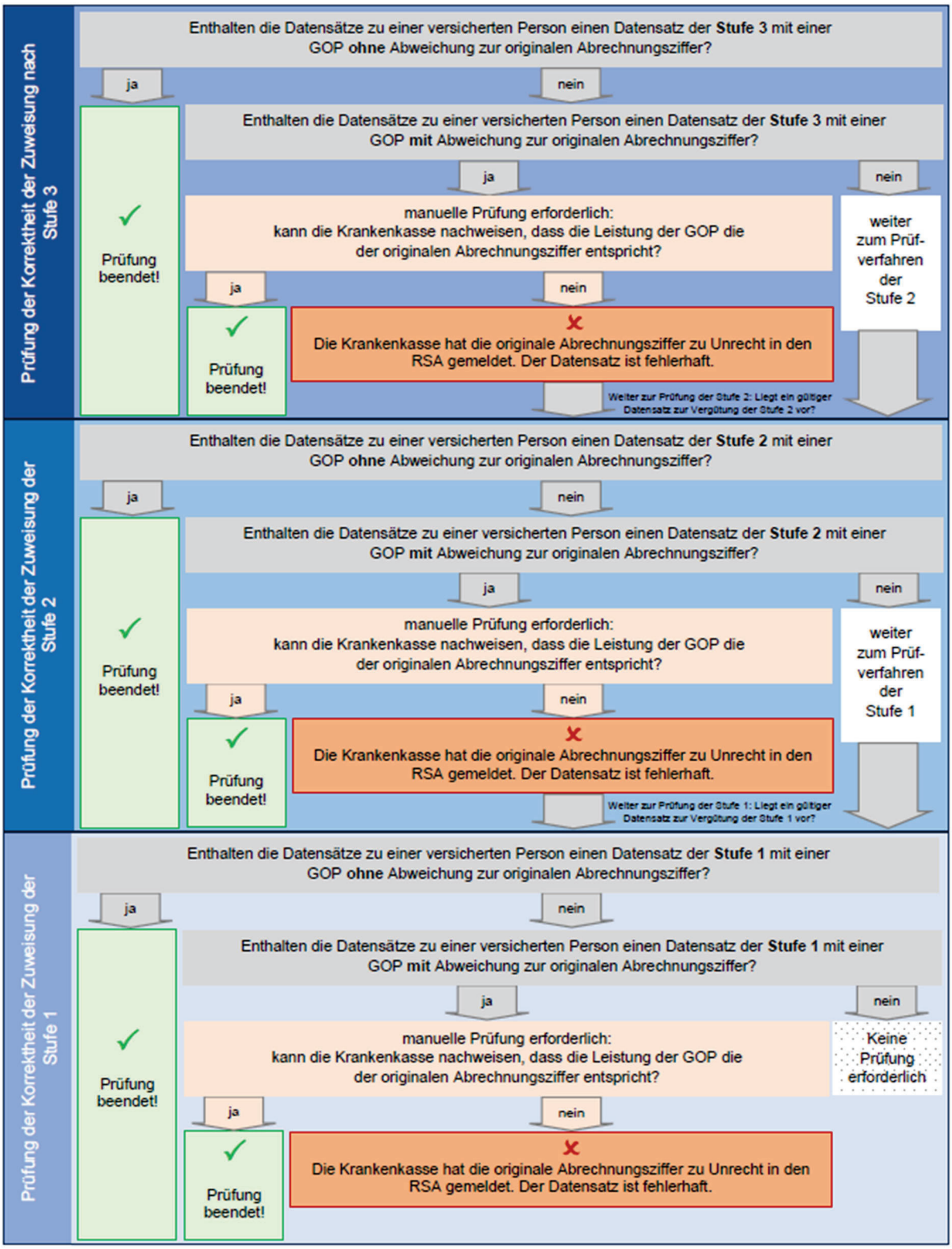
Abgleich, ob die von der Krankenkasse in den RSA gemeldete GOP mindestens mit den Inhalten der originalen Abrechnungsziffer übereinstimmt. Die Inhalte der originalen Abrechnungsziffer können sich ergeben aus dem EBM, dem BEMA, den Schutzimpfungs-Richtlinien/ SI-RL des G-BA, den maßgebenden Selektivverträgen oder den Einzelrechnungen im Rah-men der Kostenerstattung. In diesen Fällen sind bei der Krankenkasse die Originalabrech-nungsunterlagen (z.B. Datensatz der KV/KZV in visualisierter Form - Einzelfallnachweis, maßgeblicher Selektivvertrag) anzufordern. Beispiele zum Abgleich der Leistungsinhalte sind in der Anlage A dargestellt.

Stimmen die Inhalte überein, ist der Datensatz als korrekt zu kennzeichnen. Andernfalls ist ein Fehler festzustellen. Trotz Feststellung dieses Fehlers wird nun ermittelt, ob eine Zuweisung aus einer niedrigeren Stufe erfolgen kann. Hierzu wird durch das Tool automatisch die maschinelle Prüfung in der nächsthöchsten Stufe angestoßen.

a) Diese für die versicherte Person nun maßgebende höchste Stufe:
   mindestens eine Gleichheit = Datenmeldung korrekt
b) Diese für die versicherte Person nun maßgebende höchste Stufe:
   keine Gleichheit = Fall auffällig und Anzeige im Tool der schließlich letztmöglichen Stufe
c) Diese für die versicherte Person schließlich letztmögliche Stufe:
   mindestens eine Gleichheit = Datenmeldung korrekt;
d) andernfalls kann keine Zuweisung erfolgen.

Ein ggf. zu berechnender Korrekturbetrag wird im Anschluss an die Prüfung durch das RSA-Referat im BAS ermittelt.

Um das Verfahren zu verdeutlichen, wird auf das nachfolgende Ablaufschema verwiesen:



Quelle: eigene Darstellung.

Fallbeispiele zur Bewertung der Datensätze sind in der Anlage B dargestellt.

3. Prüfunterlagen

- Verträge mit den Leistungserbringern (z.B. Selektivverträge)
- kassenindividuelle z.B. vom Landes- / Spitzenverband geschlossene Verträge
- Abrechnungsunterlagen (z.B. im Rahmen der Kostenerstattung)
- ggf. Einzelfallnachweise (z.B. aus Quartalsabrechnungen der KV/KZV)

4. Hinweise

- Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021 (abrufbar als ZIP-Download unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/verfahrensbestimmungen/ sowie unter Anlage C im PHB)
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für das Jahr 2021 (vorzugsweise vierte Quartal), abrufbar unter https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ebm
- Schutzimpfungsrichtlinien für das Jahr 2021 (letzte Version in Kraft getreten am 15. Dezember 2021), abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2704/SI-RL_2021-10-21_iK-2021-12-15.pdf
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA). Aufgrund der fehlenden Transparenz in den Archiven für die gültige BEMA 2021 wird auf die aktuelle Version des BEMA unter https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/KZBV_BEMA_2025-07-01.pdf verwiesen.

Anlage A - Beispiele zur Prüfung der Leistungsinhalte

Beispiel 1

Originale Abrechnungsziffer 01745R ist zu prüfen:

Leistungsinhalte laut EBM		**Leistungsinhalte laut Vertrag**
GOP 01745		**originale Abrechnungsziffer 01745R**
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs		Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
Obligater Leistungsinhalt • Anamnese, • Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines, • Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung, • Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung über weitergehende Maßnahmen, • Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie	=	Obligater Leistungsinhalt • Anamnese, • Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines, • Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung, • Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung über weitergehende Maßnahmen, • Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

Ergebnis:

Die Leistungsinhalte laut Vertrag entsprechen den Leistungsinhalten laut EBM.

Beispiel 2

Originale Abrechnungsziffer 01745R ist zu prüfen:

Leistungsinhalte laut EBM **GOP 01745**		**Leistungsinhalte laut Vertrag** **originale Abrechnungsziffer 01745R**
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs		Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
Obligater Leistungsinhalt • Anamnese, • Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines, • Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung, • Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	≠	Obligater Leistungsinhalt • Anamnese, • Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut ? • Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung, • Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung über weitergehende Maßnahmen, • Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie		Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung über weitergehende Maßnahmen, • Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

Ergebnis:

Die Leistungsinhalte laut Vertrag entsprechen **nicht** den Leistungsinhalten laut EBM.
Es fehlt hier die visuelle Inspektion des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines.

Beispiel 3

Originale Abrechnungsziffer 01745R ist zu prüfen:

Leistungsinhalte laut EBM **GOP 01745**		**Leistungsinhalte laut Vertrag** **originale Abrechnungsziffer 01745R**
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs		Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
Obligater Leistungsinhalt • Anamnese, • Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines, • Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung, • Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	≠	Obligater Leistungsinhalt • Anamnese, • Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines, • Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung, • Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie • Total Body Mapping/ Ganzkörperscanning
Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung über weitergehende Maßnahmen, • Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie		Fakultativer Leistungsinhalt • Beratung über weitergehende Maßnahmen

Ergebnis:

Die Leistungsinhalte laut Vertrag entsprechen zwar **nicht** den Leistungsinhalten laut EBM. Jedoch handelt es sich bei dem Total Body Mapping/Ganzkörperscanning um eine höherwertige Leistung.

Anlage B - Fallbeispiele zur Bewertung von Datensätzen

Fall 1

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
1732	1732	2
89111	89111	1
89119R	89119R	1
1734	1734	1
1865	1865	1
89400E	89400R	1

Legende:

- Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
- Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
- Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 89400R mit der originalen Abrechnungsziffer 89400E zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 1 zugeordnet. Jedoch gibt es hier einen anderen Datensatz der Stufe 2, bei dem die GOP und die originale Abrechnungsziffer übereinstimmen und somit unauffällig ist.

Ergebnis:

Es ist keine manuelle Prüfung erforderlich, da bereits ein Datensatz der Stufe 2 mit Übereinstimmung vorliegt.

Fall 2

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
1732	1732	2
01746M	1746	2
1734	1734	1
1865	1865	1
1731	1731	1

Legende:

- Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
- Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
- Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 1746 mit der originalen Abrechnungsziffer 01746M zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 2 zugeordnet. Jedoch gibt es hier einen anderen Datensatz der Stufe 2, bei dem die GOP und die originale Abrechnungsziffer übereinstimmt und somit unauffällig ist.

Ergebnis:

Es ist keine manuelle Prüfung erforderlich, da bereits ein Datensatz der Stufe 2 mit Übereinstimmung vorliegt.

Fall 3

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
1732	1732	2
1761	1761	2
89102R	89102R	1
1762	1762	1
89301B	89301B	1
89400E	89400R	1

Legende:

- Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
- Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
- Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 89400R mit der originalen Abrechnungsziffer 89400E zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 1 zugeordnet. Jedoch gibt es hier zwei andere Datensätze der Stufe 2, bei denen die GOP und die originale Abrechnungsziffer übereinstimmen und somit unauffällig sind.

Ergebnis:

Es ist keine manuelle Prüfung erforderlich, da bereits Datensätze der Stufe 2 mit Übereinstimmung vorliegen.

Fall 4

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
01732V	1732	2

Legende:

	Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
	Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
	Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 1732 mit der originalen Abrechnungsziffer 01732V zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 2 zugeordnet. Hier gibt es keinen weiteren Datensatz.

Ergebnis:

Es ist eine manuelle Prüfung erforderlich.

Sofern die Kasse die Richtigkeit der RSA-Meldung (Stufe 2) nicht nachweisen kann, ist der Datensatz fehlerhaft. Es hätte keine Zuweisung erfolgen dürfen.

Fall 5

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
1732	1732	2
01746M	1746	2

Legende:

- Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
- Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
- Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 1746 mit der originalen Abrechnungsziffer 01746M zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 2 zugeordnet. Jedoch gibt es hier einen anderen Datensatz der Stufe 2, bei dem die GOP und die originale Abrechnungsziffer übereinstimmen und somit unauffällig ist.

Ergebnis:

Es ist keine manuelle Prüfung erforderlich, da bereits ein Datensatz der Stufe 2 mit Übereinstimmung vorliegt.

Fall 6

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
01745M	1745	2
1731	1731	1

Legende:

Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP

Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist

Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 1745 mit der originalen Abrechnungsziffer 01745M zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 2 zugeordnet. Hier gibt es lediglich einen Datensatz mit Übereinstimmung der GOP und der originalen Abrechnungsziffer, der jedoch der Stufe 1 zugeordnet ist.

Ergebnis:

Es ist eine manuelle Prüfung erforderlich.

Sofern die Krankenkasse die Richtigkeit der RSA-Meldung (Stufe 2) nicht nachweisen kann, ist der Datensatz fehlerhaft. In diesem Fall hätte die Krankenkasse aufgrund eines korrekten Datensatzes lediglich Anspruch auf eine Stufe 1-Zuweisung aus dem RSA.

Fall 7

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
1732	1732	2
01746M	1746	2
1865	1865	1
1734	1734	1
01740M	1740	1

Legende:

- Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
- Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
- Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person sind zwei Datensätze aufgrund von Ungleichheiten der GOP mit der originalen Abrechnungsziffer enthalten. Der eine Datensatz ist der Stufe 2 (GOP 1746, originale Abrechnungsziffer 0176M) und der andere der Stufe 1 (GOP 1740, originale Abrechnungsziffer 01746M) zugeordnet.
Jedoch gibt es hier einen anderen Datensatz der Stufe 2, bei dem die GOP und die originale Abrechnungsziffer übereinstimmt und somit unauffällig ist.

Ergebnis:

Es ist keine manuelle Prüfung erforderlich, da bereits ein Datensatz der Stufe 2 mit Übereinstimmung vorliegt.

Fall 8

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
1731	1731	1
773089111	89111	1

Legende:

Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP

Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist

Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 89111 mit der originalen Abrechnungsziffer 773089111 zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 1 zugeordnet. Jedoch gibt es hier einen anderen Datensatz der Stufe 1, bei dem die GOP und die originale Abrechnungsziffer übereinstimmt und somit unauffällig ist.

Ergebnis:

Es ist keine manuelle Prüfung erforderlich, da bereits ein Datensatz der Stufe 1 mit Übereinstimmung vorliegt.

Fall 9

originale Abrechnungsziffer	GOP	Stufenzuordnung
773001732	1732	2
89102R	89102R	1
1738	1738	1
773089111	89111	1
77389119R	89119R	1

Legende:

- Auffälliger Datensatz, da originale Abrechnungsziffer ungleich GOP
- Datensatz ist nachgewiesen, da eine gleiche oder höherwertige originale Abrechnungsziffer/GOP unauffällig ist
- Manuelle Prüfung erforderlich

Analyse:

Bei der versicherten Person ist ein Datensatz aufgrund der Ungleichheit der GOP 1732 mit der originalen Abrechnungsziffer 773001732 zunächst auffällig. Die GOP ist der Stufe 2 zugeordnet. Die weiteren Datensätze, bei denen die GOP mit der originalen Abrechnungsziffer identisch sind, sind der Stufe 1 zugeordnet.

Ergebnis:

Es ist eine manuelle Prüfung erforderlich.

Sofern die Krankenkasse die Richtigkeit der RSA-Meldung (hier Stufe 2) nicht nachweisen kann, ist dieser Datensatz fehlerhaft. In diesem Fall hätte die Krankenkasse aufgrund von zwei korrekten Datensätzen der Stufe 1 (GOP 89102R bzw. 1738, originale Abrechnungsziffer 89102R bzw. 1738) lediglich Anspruch auf eine Stufe 1-Zuweisung aus dem RSA.

Anlage C - Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021

Anlage zur Verfahrensbeschreibung Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen nach § 270 Abs. 4 SGB V i.V.m. § 15 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021
Zuordnungsliste für Vorsorge-Leistungen

Quelle	EBM-GOP/ BEMA-	EBM-GOP-Bezeichnung/ BEMA-Leistung/ Schutzimpfung	Euro-Leistungsbewertung	Stufe
EBM	01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Kinder-Richtlinie	3,110000000000 €	1
EBM	01703	Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	17,470000000000 €	1
EBM	01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	3,110000000000 €	1
EBM	01705	Neugeborenen-Hörscreening	17,470000000000 €	1
EBM	01706	Kontroll-AABR	27,700000000000 €	2
EBM	01707	Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	15,020000000000 €	1
EBM	01709	Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie	5,560000000000 €	1
EBM	01711	U1	14,020000000000 €	1
EBM	01712	U2	44,610000000000 €	2
EBM	01713	U3	44,720000000000 €	2
EBM	01714	U4	44,720000000000 €	2
EBM	01715	U5	44,720000000000 €	2
EBM	01716	U6	44,720000000000 €	2
EBM	01717	U7	44,720000000000 €	2
EBM	01718	U8	44,720000000000 €	2
EBM	01719	U9	44,720000000000 €	2
EBM	01720	J1	39,600000000000 €	2
EBM	01721	Besuch wegen U1 - U2	22,030000000000 €	2
EBM	01722	Sonographie der Säuglingshüften bei U3	18,910000000000 €	1
EBM	01723	U7a	44,720000000000 €	2
EBM	01724	Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screenings	24,580000000000 €	2
EBM	01725	Immunreaktives Trypsin	2,560000000000 €	1
EBM	01726	Pankreatitis-assoziiertes Protein	44,390000000000 €	2
EBM	01727	Molekulargenetische Untersuchung des CFTR-Gens	416,720000000000 €	3
EBM	01731	Krebsfrüherkennungs- Untersuchung beim Mann	16,020000000000 €	1
EBM	01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	36,270000000000 €	2
EBM	01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	11,460000000000 €	1
EBM	01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	6,340000000000 €	1
EBM	01738	Hämoglobin im Stuhl, immunologisch	8,340000000000 €	1
EBM	01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	12,900000000000 €	1
EBM	01741	Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	196,350000000000 €	3
EBM	01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	28,810000000000 €	2
EBM	01743	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	14,570000000000 €	1
EBM	01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	28,140000000000 €	2
EBM	01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	23,250000000000 €	2
EBM	01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	9,120000000000 €	1
EBM	01748	Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	13,790000000000 €	1
EBM	01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	62,070000000000 €	2
EBM	01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screening	10,230000000000 €	1
EBM	01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	4,560000000000 €	1
EBM	01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening	99,790000000000 €	2

EBM	01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening	70,080000000000 €	2
EBM	01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening	125,040000000000 €	3
EBM	01756	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	10,790000000000 €	1
EBM	01757	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	11,790000000000 €	1
EBM	01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	9,570000000000 €	1
EBM	01759	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma	32,150000000000 €	2
EBM	01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	17,690000000000 €	1
EBM	01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	24,030000000000 €	2
EBM	01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	9,010000000000 €	1
EBM	01763	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	17,020000000000 €	1
EBM	01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL	10,350000000000 €	1
EBM	01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. §§ 7 und 8 oKFE-RL	81,100000000000 €	2
EBM	01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	32,040000000000 €	2
EBM	01767	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	17,020000000000 €	1
EBM	01768	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	27,590000000000 €	2
EBM	01769	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 zur HPV-Genotypisierung	17,020000000000 €	1
EBM	01770	Betreuung einer Schwangeren	130,380000000000 €	3
EBM	01771	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770	46,500000000000 €	2
EBM	01772	Weiterführende Sonographie I	40,380000000000 €	2
EBM	01773	Weiterführende Sonographie II	62,850000000000 €	2
EBM	01774	Weiterführende Dopplersonographie I	83,320000000000 €	2
EBM	01775	Weiterführende Dopplersonographie II	49,840000000000 €	2
EBM	01776	Vortest auf Gestationsdiabetes	11,570000000000 €	1
EBM	01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT)	13,130000000000 €	1
EBM	01780	Planung der Geburtsleitung	38,710000000000 €	2
EBM	01781	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese	58,180000000000 €	2
EBM	01782	Blutentnahme aus der Nabelschnur	80,990000000000 €	2
EBM	01783	AFP-Bestimmung	6,670000000000 €	1
EBM	01784	Amnioskopie	6,230000000000 €	1
EBM	01785	Tokographie vor 28. Woche	12,130000000000 €	1
EBM	01786	CTG	15,240000000000 €	1
EBM	01787	Chorionzotten-Biopsie	83,770000000000 €	2
EBM	01793	Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	585,810000000000 €	3
EBM	01794	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer	78,200000000000 €	2
EBM	01795	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794	78,200000000000 €	2
EBM	01796	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 bei einer genetisch bedingten Erkrankung des Fötus	114,580000000000 €	3
EBM	01799	Beratung einer Schwangeren durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (SchKG)	7,230000000000 €	1
EBM	01800	TPHA/TPPA-Antikörper-Test	4,890000000000 €	1
EBM	01802	Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay	10,790000000000 €	1
EBM	01803	Röteln-IgM-Immunoassay	10,790000000000 €	1
EBM	01804	Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung	9,230000000000 €	1
EBM	01805	Untersuchung auf Dweak	7,230000000000 €	1
EBM	01806	Bestimmung der Rhesusformel	4,560000000000 €	1
EBM	01807	Antikörper-Suchtest	7,230000000000 €	1
EBM	01808	Antikörper-Differenzierung	15,350000000000 €	1
EBM	01809	Quantitativer Antikörpernachweis	8,900000000000 €	1
EBM	01810	HBs-Antigen-Test	6,120000000000 €	1
EBM	01811	HIV-Immunoassay	4,560000000000 €	1

EBM	01812	Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)	1,780000000000 €	1
EBM	01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	30,590000000000 €	2
EBM	01816	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Mutterschaftsrichtlinie	9,460000000000 €	1
BEMA	107a	Entfernen harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	18,562893436288 €	1
BEMA	174a	Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	23,248255486520 €	2
BEMA	174b	Mundgesundheitsaufklärung bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII erhalten	30,228258827572 €	2
BEMA	FLA	Fluoridlackanwendung zur Zahnschmelzhärtung	17,368914730356 €	1
BEMA	FU Pr	Praktische Anleitung der Betreuungsperson zur Mundhygiene beim Kind	12,629561120340 €	1
BEMA	FU1a	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 6. bis zum vollendeten 9. Lebensmonat	33,947724627180 €	2
BEMA	FU1b	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 10. bis zum vollendeten 20. Lebensmonat	34,062509833020 €	2
BEMA	FU1c	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 21. bis zum vollendeten 33. Lebensmonat	34,053900942582 €	2
BEMA	FU2	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 34. bis zum vollendeten 72. Lebensmonat	31,358680539900 €	2
BEMA	IP1	Mundhygienestatus	25,050808348600 €	2
BEMA	IP2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern	21,293187096310 €	2
BEMA	IP4	Lokale Fluoridierung der Zähne	15,027934226808 €	1
BEMA	IP5	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen…	20,030443549472 €	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89100A	Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder u. Jugendliche bis 17 Jahre: erste Dosen eines Impfzyklus,bzw.unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89100B	Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder u. Jugendliche bis 17 Jahre: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89100R	Diphtherie (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder u. Jugendliche bis 17 Jahre: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89101A	Diphtherie (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89101B	Diphtherie (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89101R	Diphtherie (Indikationsimpfung): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89102A	Frühsommermeningo-Enzephalitis (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89102B	Frühsommermeningo-Enzephalitis (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89102R	Frühsommermeningo-Enzephalitis (Indikationsimpfung): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89102V	Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) - berufl. bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89102W	Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) - berufl. bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: letzte Dosis eines Impfzyklus n.Fachinfo od.abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89102X	Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89103A	Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89103B	Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) Säuglinge und Kleinkinder: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89104A	Haemophilus influenzae Typ b (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89104B	Haemophilus influenzae Typ b (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89105A	Hepatitis A (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89105B	Hepatitis A (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89105R	Hepatitis A (Indikationsimpfung): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89105V	Hepatitis A - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89105W	Hepatitis A berufl. bzw. Reiseindikation nach §11 Abs. 3: letzte Dosis e. Impfzyklus n. Fachinfo od. abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89105X	Hepatitis A - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89106A	Hepatitis B (Standardimpfung) Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89106B	Hepatitis B (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89107A	Hepatitis B (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89107B	Hepatitis B (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89107R	Hepatitis B (Indikationsimpfung): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89107V	Hepatitis B berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89107W	Hepatitis B berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: letzte Dosis e. Impfzyklus n. Fachinfo od. abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89107X	Hepatitis B berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89108A	Hepatitis B Dialysepatienten: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89108B	Hepatitis B Dialysepatienten: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1

Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89108R	Hepatitis B Dialysepatienten: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89110A	Humane Papillomviren (HPV) - Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 14 Jahren: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Humane Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89110B	Humane Papillomviren (HPV) - Kinder und Jugendliche im Alter von 9 bis 14 Jahren: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89111	Influenza (Standardimpfung) - Personen ab 60 Jahre: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89112	Influenza (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89112Y	Influenza - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollst. Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89113	Masern (Standardimpfung) Erwachsene: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89113A	Masern (Standardimpfung) Kinder ab dem Alter von 11 Monaten: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89113B	Masern (Standardimpfung) Kinder ab dem Alter von 11 Monaten: letzte Dosis eines Impfzyklus n. Fachinfo od. abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89113V	Masern berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89113W	Masern berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: letzte Dosis e. Impfzyklus n. Fachinfo od. abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89114	Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89115A	Meningokokken (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89115B	Meningokokken (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89115R	Meningokokken (Indikationsimpfung): Auffrischung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89115V	Meningokokkenimpfung - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollst. Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89115W	Meningokokkenimpfung - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinfo oder abgeschlossener Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89115X	Meningokokken - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89118A	Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) Kinder bis 24 Monate: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89118B	Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder bis 24 Monate: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89119	Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89119R	Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89120	Pneumokokken (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89120R	Pneumokokken (Indikationsimpfung): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89120V	Pneumokokken - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89120X	Pneumokokken - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89121A	Poliomyelitis (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89121B	Poliomyelitis (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89121R	Poliomyelitis (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89122A	Poliomyelitis (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89122B	Poliomyelitis (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89122R	Poliomyelitis (Indikationsimpfung): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89122V	Poliomyelitis - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89122W	Poliomyelitis - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformationen	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89122X	Poliomyelitis - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89124A	Tetanus: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89124B	Tetanus: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89124R	Tetanus: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89125A	Varizellen (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89125B	Varizellen (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89126A	Varizellen (Indikationsimpfung): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89126B	Varizellen (Indikationsimpfung): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89126V	Varizellen - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89126W	Varizellen - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinfo oder abgeschlossener Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89127A	Rotavirus (RV): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie Rotavirus	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89127B	Rotavirus (RV): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89128A	Herpes zoster (Standardimpfung) - Personen ab 60 Jahren: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89128B	Herpes zoster (Standardimpfung) - Personen ab 60 Jahren: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1

Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89129A	Herpes zoster (Indikationsimpfung) - Personen ab 50 Jahren: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89129B	Herpes zoster (Indikationsimpfung) - Personen ab 50 Jahren: letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89130V	Cholera - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89130W	Cholera - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: letzte Dosiseines Impfzyklus n. Fachinfo oder abgeschlossener Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89130X	Cholera - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89131Y	Gelbfieber - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89132V	Tollwut - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89132W	Tollwut - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: letzte Dosis eines Impfzyklus n. Fachinfo oder abgeschlossener Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89132X	Tollwut - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89133V	Typhus oral - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89133W	Thyhus oral - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlosseme Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89133Y	Typhus Inj. - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89134V	Japanische Enzephalitis - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89134W	Japanische Enzephalistis - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlosseme Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89134X	Japanische Enzephalistis - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89201A	Diphtherie, Tetanus (Td): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89201B	Diphtherie, Tetanus (Td): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89201R	Diphtherie, Tetanus (Td): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89202A	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB), nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hapatitis A und eine Hepatitis B Impfung: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89202B	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB), nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hapatitis A und eine Hepatitis B Impfung: letzte Dosis eines Impfzyklus n. Fachinfo od. abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89202R	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB), nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hapatitis A und eine Hepatitis B Impfung: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89202V	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) - berufliche bzw. Reiseindikation nach §11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89202W	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) - berufliche bzw. Reiseindikation nach §11 Abs. 3: letzte Dosis eines Impfzyklus n. Fachinfo oder abgeschlossener Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89202X	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) - berufliche bzw. Reiseindikation nach §11 Abs. 3: Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89300A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89300B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89301A	Masern, Mumps, Röteln (MMR): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89301B	Masern, Mumps, Röteln (MMR): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89301V	Masern, Mumps, Röteln (MMR) - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89301W	Masern, Mumps, Röteln (MMR) - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL: letzte Dosis eines Impfzyklus n. Fachinf od. abgeschl. Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89302	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89302R	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89303	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89303R	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89303Y	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap) - berufliche bzw. Reiseindikation für Pertussis-Impfung nach § 11 Abs. 3: Erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89400	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV): erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89400R	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV): Auffrischungsimpfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89401A	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89401B	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89401V	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV) - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89401W	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV) - berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3: letzte Dosis eines Impfzyklus n. Fachinfo od. abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89500A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89500B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89600A	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB): erste Dosen eines Impfzyklus, bzw. unvollständige Impfserie	keine Bewertung	1
Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL	89600B	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB): letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossene Impfung	keine Bewertung	1

Anlage D - Checkliste RSA-Hotline

Nr.	Hinweis:	Erläuterung:
1.	**Keine Einzelanfragen**	Auch wenn die einzelnen geprüften Fälle die Grundlage für eine Hotline-Anfrage bilden, sind Anfragen nur bei **grundsätzlicher Bedeutung** zu tätigen und die Sachverhalte allgemeingültig darzustellen. (s. PHB, Allgemeiner Teil, Nr. 1.4: „Die Hotline ist Anlaufstelle für Anfragen von **grundsätzlicher Bedeutung** zur jeweils laufenden Prüfung. […] Einzelfälle werden nicht in der Hotline behandelt.)
2.	**Angaben** ausschließlich **in allgemeiner**, **anonymisierter** - zumindest aber pseudonymisierter - **Form**	Es sollten **weder Kassennamen noch Abkürzungen für Versicherte, Arbeitgeber oder weitere mögliche Betroffene** aufgeführt werden.
3.	**Klar verständliche und nachvollziehbare Darstellung**	Das **Ticket** sollte **aus sich heraus klar verständlich** sein, ohne dass die Arbeitskreise zur Beantwortung über mögliche Fallgestaltungen spekulieren müssten. Hierfür sind eine **vollständige, eindeutige und nachvollziehbare Sachverhaltsdarstellung und eine chronologische Darstellung der Fallhistorie** unabdingbar. Zur vollständigen Sachverhaltsdarstellung zählen auch Details und Nachweise von ggf. vorliegenden „Unplausibilitäten“ in Fallakten.
4.	**Beifügen aller fallrelevanten Unterlagen**	**Fallrelevante Unterlagen** sollten zur Vermeidung von Rückfragen durch den zuständigen AK und damit ggf. verbundenen Verzögerungen bei der Beantwortung des betroffenen Tickets **gleichzeitig mit Ticketerstellung in anonymisierter Form** (s.o.) **eingestellt** werden.