Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung)

Anleitung zur Erfassung der Daten für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 7 RSAV.

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.4 ist gültig für das Schlüsseljahr 2021/2022.
Die vorliegende Anlage 1.4 mit Stand vom 26.07.2021 ersetzt die Anlage 1.4 zum laufenden Schlüsseljahr mit dem Stand 14.12.2020 aufgrund bestehender Neuregelungen im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 19.07.2021.

1. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Daten der Versicherten nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 RSAV (Satzart 100 – Versichertenstammdaten –) für das zurückliegende Kalenderjahr einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums. Die Erhebung der Satzart 100 ist frühestens ab 15.02. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durchzuführen.

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

Die Krankenkassen stellen die Daten der Satzarten 100, 400, 500, 600, 700 und 703 für die einzelnen Berichtsjahre spätestens bis 31.07. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres dem GKV-Spitzenverband gemäß den Regelungen der Anlage 2.1 zur Verfügung. Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband der Krankenkassen diese Daten spätestens bis zum 15.08. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit.

Die Meldung der Satzart 610 ist abweichend von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres ausgesetzt.

Für die Korrekturmeldung der Satzarten 100, 400, 500 und 600 nach § 4 Abs. 2 übermitteln die Krankenkassen bis zum 31.05. des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres die Daten an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.06. des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres an das BAS. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit.

Die Krankenkassen übermitteln die Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten (Satzart 110) nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV bis zum 31.03. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilisierung und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.04. an das BAS. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit.

Die Krankenkassen übermitteln die Korrekturmeldungen der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV (Satzart 710) sowie nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 3 RSAV (Satzart 713) bis zum 31.03. des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilisierung und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.04. an das BAS. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit.[1]

Die Krankenkassen melden die Versicherungszeiten der Versicherten für den monatlichen Ausgleich (§ 9 RSAV) versichertenbezogen bis spätestens zum 15.08. für den Berichtszeitraum Januar bis Juni und bis zum 15.02. des Folgejahres für den Berichtszeitraum Januar bis Dezember an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband leitet die Daten bis zum 31.08. bzw. 28.02. des Folgejahres an das BAS weiter.

[1] Die hier bereits erwähnten Korrekturmeldungen der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV (Satzart 710) sowie nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 3 RSAV (Satzart 713) sind erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

Nach Plausibilisierung übermittelt der GKV-Spitzenverband zusätzliche Datenmeldungen über auf Hauptleistungsbereiche aggregierte Ausgaben und Erstattungen gemäß den Jahresrechnungen (KJ1) jeder Einzelkasse (Satzart 701) bis spätestens 30.06. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BAS.

Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen; für Datenmeldungen der Satzart 111 ist abweichend hiervon der letzte Tag des Berichtzeitraumes als Fusionsstand heranzuziehen (30.06. bzw. 31.12 des Berichtsjahres). Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt. Sollte eine Datenerhebung nicht aus einem einheitlichen Datenbestand möglich sein, kann die Krankenkasse die getrennt erhobenen Datenmeldungen zusammenführen. Beim Zusammenschluss zweier Krankenkassen ist darauf zu achten, dass für Versicherte mit bundeseinheitlicher KV-Nummer der Pseudonymteil P1 bzw. für Versicherte ohne bundeseinheitliche KV-Nummer das Pseudonym innerhalb des gleichen Schlüsseljahres nicht geändert wird.

3. Verpflichtung zur Meldung

Die Daten sind dem BAS für jede Einzelkasse durch den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten[2]:

1. für die Versichertenstammdaten
   (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 11
   sowie § 15 Abs. 5 RSAV) = die Satzart 100,

2. für die Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
   (§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV) = die Satzart 110,

3. für die Versichertenstammdaten (mtl. Abschlagverfahren)
   (§ 9 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,

4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
   (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,

5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
   (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,

6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung
   (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,

7. für die Prozeduren und Operationen der ambulanten ärztlichen Versorgung
   (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,

8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
   (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV) = die Satzart 700,

8a. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen

[2] Die unter Abschnitt 8b und 8c erwähnten Korrekturmeldungen der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV (Satzart 710) sowie nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 3 RSAV (Satzart 713) sind erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV) = die Satzart 703,

8b. für die Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV) = die Satzart 710,

8c. für die Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV
i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 3 RSAV) = die Satzart 713,

9. für die Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ1
(gemäß § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V) = die Satzart 701.

Eine Krankenkasse meldet die Morbiditätsinformationen nach § 1 Abs. 2 und berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 1 Abs. 3 dann, wenn der Versicherte mindestens einen Tag im Berichtszeitraum versichert war. Davon abweichend können auch Morbiditätsinformationen und berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben von Versicherten gemeldet werden, für die keine Versichertenzeit vorliegt und die als Clearingfall identifiziert wurden. Diese Versicherten werden im Datenfeld 18 in der Satzart 100 entsprechend gekennzeichnet.

Die Meldungen der Morbiditätsinformationen richten sich nach den einschlägigen Vorgaben zur Übermittlung von Leistungsdaten (DTA-Verfahren insbesondere nach §§ 120, 295, 300, 301 SGB V sowie Daten nach § 303 SGB V) sowie den hierzu ergangenen ergänzenden Verlautbarungen wie z. B. den Rundschreiben und insbesondere dem MRSA-Fragenkatalog des GKV-Spitzenverbandes und ggf. anderer SV-Träger.

Morbiditätsinformationen, die Krankenkassen im Rahmen von Erstattungsfällen nach § 102 ff SGB X oder von anderen Versicherungsträgern erhalten haben, sind nicht zu melden.

In den Meldungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind alle Versicherungsleistungen zu melden, die entsprechend der Systematik des Kontenrahmens den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gemäß Anlage 1.1 dieser Bestimmung zuzurechnen sind. Auch Leistungsausgaben außerhalb der Versicherung in Fällen von Leistungsausgaben aufgrund nachgehenden Leistungsanspruchs und von im Nachhinein zu Unrecht erbrachten, nicht durch Dritte erstatteten Leistungen, sind grundsätzlich berücksichtigungsfähig, sofern der Versicherte mindestens einen Tag im Berichtszeitraum versichert war.

Die Betragsangaben in den Satzarten 700, 701, 703, 710 und 713 sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben.

Nicht verwendete Betragsfelder werden in den Satzarten 700, 701, 703, 710 und 713 mit der Ziffer „0“ belegt, im zugehörigen Vorzeichenfeld wird ein MINUS eingetragen. Numerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind rechtsbündig zu besetzen und mit NULLEN aufzufüllen. Alphanumerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind linksbündig zu besetzen und mit BLANK aufzufüllen. Grundsätzlich dürfen alphanumerische Felder in den Satzarten nur mit den Zeichen **A–Z**, **a–z** und **0–9 gefüllt werden**. Sonderzeichen sind **nicht** zulässig, es sei denn sie sind explizit aufgeführt.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, Nr. 8. bis 11 sowie § 15 Abs. 5 RSAV –

1. Versichertenstammdaten (Satzart 100)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „100“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
5	KV-Nr-Kennzeichen	54	54	1	numerisch	1 = bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor, 0 = sonst
6	Geburtsjahr	55	58	4	numerisch	Geburtsjahr des Versicherten gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
7	Geschlecht	59	59	1	numerisch	Geschlecht des Versicherten gemäß § 7 Abs. 1 Satz Nr. 1 RSAV: 1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Geschlechtsangabe, 4 = divers
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
9	Erwerbsminderung	63	65	3	numerisch	Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV[3]
10	extrakorporale Blutreinigung	66	66	1	numerisch	für den Versicherten wurde im Berichtsjahr mindestens eine gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV extrakorporale Blutreinigung erbracht: 1 = extrakorporale Blutreinigung, 0 = sonst
11	Verstorben	67	67	1	numerisch	Versicherter ist im Berichtsjahr verstorben: 1 = verstorben, 0 = sonst

[3] Mit Inkrafttreten des GKV-FKG erhalten die Krankenkassen nach § 266 Abs. 11 SGB V die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2019 und 2020 nach Maßgaben der §§ 266 bis 270 SGB V in der bis zum Tag der Verkündung des GKV-FKG geltenden Fassung.

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
12	DMP-Tage	68	70	3	numerisch	Anzahl der DMP-Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 15 Abs.5 RSAV
13	Versichertentage Ausland	71	73	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV
14	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V	74	76	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV
15	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V	77	79	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV
16	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	80	82	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 RSAV
17	Kennzeichen Alters-/ Geschlechtswechsel [4]	83	83	1	numerisch	0 = Es bestehen keine Änderungen. 1 = Es wird ein Alters- und/oder Geschlechtswechsel bestätigt. 9 = Krankenkasse meldet das Kennzeichen nicht.

[4] Das Kennzeichen wird optional in der Satzart 100 gemeldet. In der Korrekturmeldung ist nur der Wert „9“ zu melden. In der Erstmeldung können alternativ dazu die Werte „0“ und „1“ gemeldet werden. Die Berücksichtigung des Kennzeichens wird im Datenbereinigungskonzept des Bundesamtes für Soziale Sicherung festgelegt.

18	RSA-Clearingkennzeichen	84	84	1	numerisch	1 = Versicherter war Bestandteil des RSA-Clearingverfahrens und es liegen keine Versichertentage vor, 0 = sonst
19	Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum	85	85	1	numerisch	1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert. 0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.
20	Länderkennzeichen des Wohnstaates	86	88	3	alphanumerisch	Länderkennzeichen in 1 bis 3-stelliger Form. [5]
21	Amtlicher Gemeindeschlüssel	89	96	8	numerisch	Das Feld ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 mit dem amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten zu befüllen. 00000000 = Ausland. 99999999 = nicht zugeordnet.

[5] Die Meldung des Länderkennzeichens des Wohnstaates wird für die Satzart 100 Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022 ausgesetzt. Die Datenmeldungen der Satzart 100 erfolgen in der Datensatzstruktur der Anlage 1.4 mit dem Stand vom 14.12.2020. Das Länderkennzeichen wird erstmals in der Satzart 110 für das Berichtsjahr 2020 im Meldejahr 2022 gemeldet. In der Satzart 110 des Berichtsjahres 2019 wird das Datenfeld 20 mit BLANK gemeldet.

Erläuterungen zur Satzart 100 (Versichertenstammdaten)

Vorbemerkung:

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Versichertenstammdaten ist die Satzart "100" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen.
Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten, nach § 1 Abs. 1 RSAV, wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Versicherte, für die keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorlag, werden von der Krankenkasse selbst pseudonymisiert. Pseudonyme für Versicherte ohne bundeseinheitliche KV-Nummer werden im Feld 4 linksbündig befüllt. Die ersten 8 Stellen erhalten die Betriebsnummer der Krankenkasse. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Die Stellen 9-19 enthalten das vergebene Pseudonym und die Stellen 20-38 werden mit „Blanks“ aufgefüllt (siehe auch Anlage 1.3).

e) Zu Datenfeld 5 (KV-Nr-Kennzeichen)

Wurde das Pseudonym anhand der bundeseinheitlichen KV-Nummer erzeugt, ist das Feld mit dem Wert 1 zu füllen, ansonsten mit dem Wert 0.

f) Zu Datenfeld 6 (Geburtsjahr)

Es ist das vierstellige Geburtsjahr des Versicherten im Format „JJJJ“ zu melden, welches der Angabe im Versichertenverzeichnis nach § 288 SGB V zum Zeitpunkt der Satzarterstellung entspricht. Die Erhebung des Geburtsjahres erfolgt gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV.

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Das Geschlecht des Versicherten wird wie folgt gemeldet:

1 = weiblich
2 = männlich
3 = fehlende Geschlechtsangabe
4 = divers

Die Erhebung des Geschlechts erfolgt gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV. Die Geschlechtsangabe 4 = divers ist erstmals im Schlüsseljahr 2019/2020 in der Datenmeldung zulässig.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV).

Bei der Erhebung der Versicherungszeit ist zu beachten, dass eine Versicherungszeit mit dem Tage beginnt, an dem die mitgliedschaftsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen; eine Versicherungszeit endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen wegfallen.

Bei einer Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) beginnt die Versicherungszeit frühestens mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für eine Familienversicherung vorliegen; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Abs. 6 SGB V oder § 289 Satz 2 und 3 SGB V zu belegen.

Versicherungszeiten von Versicherten, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V ruhen, sind nicht mit einzubeziehen.

i) Zu Datenfeld 9 (Erwerbsminderung)

Es ist die Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a). Der unter § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannte „Bezug einer Erwerbsminderungsrente" bedeutet, dass die Tage zu melden sind, an denen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist – unabhängig davon, ob eine EM-Rente tatsächlich gezahlt wird.

Die Versicherungszeit für EM-Rentner auf Zeit beginnt mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, frühestens mit dem ersten Tag des Berichtsjahres.

Für Versicherte gemäß § 267 Abs. 2 SGB V dürfen die EMR-Versichertentage nur bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des Regelalters im Sinne der Regelaltersgrenze nach § 235 SGB VI gemeldet werden.

j) Zu Datenfeld 10 (extrakorporale Blutreinigung)

Unter dem Begriff „extrakorporale Blutreinigung" werden alle extrakorporalen Blutreinigungsverfahren sowie alle Formen der Dialyse verstanden. Das Erbringen einer extrakorporalen Blutreinigung wird wie folgt gekennzeichnet:

1 = für den Versicherten wurde in der Berichtsperiode mindestens eine extrakorporale Blutreinigung erbracht
0 = sonst

Als Leistungen der extrakorporalen Blutreinigung gelten alle in den Kontenarten 402, 448, 466*, 488, 572 und in den Konten 5763* bis 5765* zu buchenden Leistungen.
Die Erhebung erfolgt gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV.

*Es ist sicherzustellen, dass das Kennzeichen Extrakorporale Blutreinigung aufgrund der Abrechnung eines teilstationären Entgeltes der extrakorporalen Blutreinigung als Hauptleistung erfolgt.

Die unter Kontenart 466 verbuchten teilstationären Behandlungen in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765) sind anhand der folgenden Entgeltschlüssel zu identifizieren:

Entgeltschlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichtsjahr 2019	Berichtsjahr 2020
7070L90B	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse	DRG-Fallpauschale	J	J
7470L90B	Teilstatonäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
7070L90C	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz,	DRG-Fallpauschale	J	J

	teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse			
7470L90C	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
7170L90B	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse	Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD	J	J
7170L90C	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne	Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD	J	J

	Peritonealdialyse			
85000064	Tagesklinik Kinderne-phrologie	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär bundesweit	J	J
84000064	Tagesklinik Kinderne-phrologie	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
85000087	Teilstationäre Dialyse	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
84000087	Teilstationäre Dialyse	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
85000094	Teilstationäre LDL-Apherese	Tagesbezogenes Entgelt (BE, nicht kalkulierte Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, teilstationär Bundesweit	J	J
84000094	Teilstationäre LDL-Apherese	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
85000095	CAPD teilstationär	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J

84000095	CAPD teilstationär	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
85000102	Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
84000102	Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
8500L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	DRG tagesbezogen bundesweit	J	J
8400L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	N	J
85090059	Teilstationär CAPD	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bayern	J	J
85120003	Teilstationäre Dialyse	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Brandenburg	J	J
8600L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter <	DRG fallbezogen bundesweit	J	J

	15 Jahre			
8450L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag – Pflegeanteil für fallbezogene Entgelte	N	J
8700L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	OGVD Zuschlag DRG fallbezogen bundesweit	J	J
8800L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	Verlegungsabschlag DRG fallbezogen bundesweit	J	J
8900L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	UGVD Abschlag DRG fallbezogen bundesweit	J	J

k) Zu Datenfeld 11 (Verstorben)

Das Kennzeichen „Verstorben“ wird wie folgt gemeldet:

1 = im Berichtsjahr verstorben
0 = sonst

l) Zu Datenfeld 12 (DMP-Tage)

Es ist die Anzahl der Versichertentage gemäß § 15 Abs. 5 RSAV im Berichtsjahr zu erheben, in denen der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

m) Zu Datenfeld 13 (Versichertentage Ausland)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland zu erheben.

Die Abgrenzung der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland erfolgt gemäß den Grundsätzen zur Durchführung der Krankenversicherung im Ausland. Beginn und Ende der Versicherungszeit ergeben sich demnach ausschließlich aus

(a) den für die EU-/EWR-Staaten, das Vereinigte Königreich[6] und die Schweiz gültigen Vordrucke nach Berichtsjahren:

Anspruchsschein	Berichtsjahr 2019	Berichtsjahr 2020
E 106	J	J
E 108	J	J
E 109	J	J
E 120	J	J
E 121	J	J
S017	J	J
S019	J	J
S073	J	J
PD S1[7]	J	J

[6] Das Vereinigte Königreich ist zum 31.01.2020 aus der EU ausgetreten. Auf Grundlage des Austrittsabkommens sind die genannten Vordrucke für das Vereinigte Königreich bis zum 31. Dezember 2020 weiterhin zu berücksichtigen.
[7] Die Bescheinigung PD S1 ist spätestens mit der Satzart 110 der Berichtsjahre 2019/2020 nicht mehr zu berücksichtigen.

(b) den jeweiligen Vordrucken der Abkommensstaaten nach Berichtsjahren:

Land	Anspruchsschein	Berichtsjahr 2019	Berichtsjahr 2020
Bosnien-Herzegowina	BH 11/1	J	J
Bosnien-Herzegowina	BH 11/2	J	J
Bosnien-Herzegowina	BH 11/3	J	J
Bosnien-Herzegowina	BH 3 a	J	J
Bosnien-Herzegowina	BH 3 b	J	J
Serbien	SRB 106 DE	J	J
Serbien	SRB 108 DE	J	J
Serbien	SRB 109 DE	J	J
Serbien	SRB 120 DE	J	J
Serbien	SRB 121 DE	J	J
Montenegro	MNE / DE 106	J	J
Montenegro	MNE / DE 108	J	J
Montenegro	MNE / DE 109	J	J
Montenegro	MNE / DE 120	J	J
Montenegro	MNE / DE 121	J	J
Nordmazedonien	RM/D 108	J	J
Nordmazedonien	RM/D 109	J	J
Nordmazedonien	RM/D 120	J	J
Nordmazedonien	RM/D 121	J	J
Türkei	T/A 20	J	J
Türkei	T/A 21	J	J
Türkei	T/A 21/1	J	J
Türkei	T/A 9	J	J
Türkei	T/A 9/1	J	J
Türkei	T/A 6	J	J
Tunesien	TN/A 21	J	J
Tunesien	TN/A 21/1	J	J
Tunesien	TN/A 9	J	J
Tunesien	TN/A 9/1	J	J

Die Versicherungszeit im Ausland endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen. Die Krankenkasse prüft den Beginn, die Verlängerung und das Ende des Wohnsitzes bzw. des gewöhnlichen Aufenthalts im Ausland und berücksichtigt diesen in der Datenmeldung.

Für die Feststellung der Versichertentage im Ausland sind die im jeweiligen Berichtsjahr vom GKV-Spitzenverband, DVKA veröffentlichten Vordrucke maßgeblich.

Soweit erforderlich werden die unter a) und b) genannten Vordrucke vom GKV-Spitzenverband, DVKA regelmäßig aktualisiert. Die Aktualisierung erfolgt als Änderung zur RSA-Bestimmung per Rundschreiben.

n) Zu Datenfeld 14 (Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu erheben, sofern die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zumindest den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (ohne Zahnärzte) vollständig umfasst.

o) Zu Datenfeld 15 (Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V zu erheben, sofern die Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V zumindest den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (ohne Zahnärzte) vollständig umfasst. Es dürfen nur solche Versichertentage nach § 53 Abs. 4 SGB V gezählt werden, die nicht zeitgleich mit den Versichertentagen mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V bestehen.

p) Zu Datenfeld 16 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch zu erheben. Die Ermittlung der Versichertentage mit Krankengeldanspruch von Versicherten, deren Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erhalten bleibt, richtet sich nach dem Versicherungsverhältnis vor Beginn der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V. Krankengeldanspruchstage für Versicherte, denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit rückwirkend für einen Zeitraum bewilligt wird, sind für diesen Zeitraum nur dann zu melden, wenn an den jeweiligen Tagen der Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach bestanden hat.[8] Versichertentage mit Krankengeldanspruch sind in der passiven Phase der Alterszeit nur dann zu melden, wenn für den Versicherten der allgemeine Beitragssatz erhoben wird.

[8] Die in der GKV gesondert konsentierten Fallkonstellationen werden unter Frage Nr. 53 des MRSA-Fragenkatalogs ab dem Stand vom 24.10.2018 aufgenommen.

q) Zu Datenfeld 17 (Kennzeichen Alter-/ Geschlechtswechsel)

Sofern die Krankenkasse grundsätzlich Änderungen der Alters- und/oder Geschlechtsdaten der Versicherten im Vergleich zu vorangegangenen Datenmeldung(en) der SA100 im gleichen Schlüsseljahr kennzeichnet, ist das Feld versichertenbezogen wie folgt zu befüllen:

0 = Es bestehen keine Änderungen

1 = Es wird ein Alters- und/oder Geschlechtswechsel bestätigt

Mit Meldung des Wertes 1 bestätigt die Krankenkasse die Richtigkeit der Änderung der gemeldeten Alters- und/oder Geschlechtsdaten auf Basis des aktuellen Versichertenverzeichnisses.

Macht die Krankenkasse keinen Gebrauch von der Kennzeichnung von Alters- und/oder Geschlechtswechseln in der aktuellen Datenmeldung, wird das Feld für alle Versicherten wie folgt belegt:

9 = Krankenkasse meldet das Kennzeichen nicht

r) Zu Datenfeld 18 (RSA-Clearingkennzeichen)

Das Kennzeichen ist dann mit dem Wert 1 zu befüllen, sofern eine Krankenkasse Versicherte mit Null Tagen meldet, die im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens zu klären waren und deren Versicherungszeit vollständig storniert wurde. Das Melden von Versicherten mit Null Tagen ist für die Krankenkasse optional. Wenn die Option wahrgenommen wird, sind alle der Krankenkasse vorliegenden Fälle nach Satz 1 sowie die in Verbindung stehenden Morbiditätsinformationen und Leistungsausgaben vollständig zu melden. Die Wahl der Option gilt für das jeweilige Schlüsseljahr.

Sonst wird das Feld mit dem Wert 0 gefüllt.

s) Zu Datenfeld 19 (Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum)

1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert
0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.

t) Zu Datenfeld 20 (Länderkennzeichen des Wohnstaates)

Es ist je Versicherten zur Versicherungszeit im Ausland und entsprechend den Vorgaben zu Datenfeld 13 gehörige ein- bis dreistellige Länderkennzeichen des Wohnstaates des Versicherten entsprechend Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung" des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 29.06.2016 in der Fassung vom 22.09.2020 anzugeben.
Liegen zu einem Versicherten Angaben nach Anlage 8 zum o. a. Rundschreiben zu mehreren Wohnstaaten im Berichtsjahr vor, ist das Länderkennzeichen des Wohnstaates der zeitlich letzten Versicherungszeit im Ausland unter Beachtung der Vorgaben zu Datenfeld 13 zu melden. Werden in einem Berichtsjahr die Voraussetzungen zu Datenfeld 13 nicht erfüllt, ist das Datenfeld Länderkennzeichen mit drei BLANKS zu melden. Das Datenfeld ist linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen.

Zuordnungstabelle: Länderangaben zu Auslandsvordrucken des Datenfeldes 13 der Satzart 100:

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung"	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Belgien	B	BEL	BE
Bulgarien	BG	BGR	BG
Dänemark	DK	DNK	DK

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Estland	EST	EST	EE
Finnland	FIN	FIN	FI
Frankreich	F	FRA	FR
Griechenland	GR	GRC	GR
Großbritannien[9]	GB	GBR	GB
Irland	IRL	IRL	IE
Italien	I	ITA	IT
Kroatien	HR	HRV	HR
Lettland	LV	LVA	LV
Litauen	LT	LTU	LT
Luxemburg	L	LUX	LU
Malta	M	MLT	MT
Niederlande	NL	NLD	NL
Österreich	A	AUT	AT
Polen	PL	POL	PL
Portugal	P	PRT	PT
Rumänien	RO	ROU	RO

[9] Die Meldungen der zuständigen Träger können auch die Kennbuchstaben „UK“ (Vereinigtes Königreich) enthalten. Auch in diesen Fällen ist „GB“ als Länderkennzeichen in der Satzart 100 zu melden.

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Schweden	S	SWE	SE
Slowakei	SK	SVK	SK
Slowenien	SLO	SVN	SI
Spanien	E	ESP	ES
Tschechische Republik	CZ	CZE	CZ
Ungarn	H	HUN	HU
Zypern	CY	CYP	CY
Schweiz	CH	CHE	CH
Island	IS	ISL	IS
Liechtenstein	FL	LIE	LI
Norwegen	N	NOR	NO
Bosnien Herzegowina	BIH	BIH	BA
Serbien	SRB	SRB	RS
Montenegro	MNE	MNE	ME
Nordmazedonien	MK	MKD	MK
Türkei	TR	TUR	TR
Tunesien	TN	TUN	TN

u) Zu Datenfeld 21 (amtlicher Gemeindeschlüssel)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV der amtliche Gemeindeschlüssel des Wohnorts zu erheben. Die Ermittlung des amtlichen Gemeindeschlüssels erfolgt durch die Krankenkasse auf Basis der im Versichertenverzeichnis nach § 288 SGB V zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 288 Satz 2 SGB V gespeicherten Adresse des Versicherten, wobei die zum Zeitpunkt des Datenabzugs aktuellste zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 288 Satz 2 SGB V gespeicherte Adresse des Versicherten zu verwenden ist.

Für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland wird der Wert 00000000 gemeldet. Lässt sich einem Versicherten kein amtlicher Gemeindeschlüssel zuordnen, wird der Wert 99999999 vergeben.

Die Zuordnungen vorliegender Postleitzahlen zu amtlichen Gemeindeschlüsseln erfolgen auf der Basis eines regelhaften Datenaustauschverfahrens zwischen dem statistischen Bundesamt (Destatis) und der Deutschen Post.[10]

Als Grundlage zur Überprüfung der amtlichen Gemeindeschlüssel in der Satzart 100 / Satzart 110 werden die vom statistischen Bundesamt monatlich veröffentlichten Gemeindeverzeichnisse (GV100AD) vom 28. Februar, 31. Mai und 30. November verwendet. Die Zuordnung für die Überprüfungen der zulässigen Gemeindeschlüssel wird in Anlage 1.5 (Teil 1) in den Abschnitten der jeweiligen Datenmeldung beschrieben.

[10] Die Daten des Destatis (Dateibezeichnung: GV100AD) werden monatlich unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/_inhalt.html veröffentlicht und enthalten die 12 und 8-Stelligen amtlichen Gemeindeschlüssel. Aus lizenzrechtlichen Gründen ist in den Daten des statistischen Bundesamtes keine vollständige Liste aller Postleitzahlen enthalten und es werden nur Postleitzahlen von Verwaltungssitzen angegeben. Ein mit den Daten des statistischen Bundesamtes korrespondierendes Postleitzahlenverzeichnis, in dem alle gültigen Postleitzahlen im Bundesgebiet enthalten sind, kann nur über die Deutsche Post bezogen werden und bezieht sich auf die oben genannten Monatsmeldungen. Weitere Details sind der Dokumentation des Destatis zu entnehmen.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV –

2. Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Satzart 110)

Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 100 des Schlüsseljahres.[11] Das Feld 1 „Satzart“ wird abweichend zu den Regelungen der Satzart 100 konstant mit dem Wert „110“ befüllt.

Das Datenfeld 10 „Extrakorporale Blutreinigung“ wird abweichend von der Satzart 100 mit dem Wert „9“ gemeldet.

Das Datenfeld 17 (Kennzeichen Alter-/ Geschlechtswechsel) kann für beide Berichtsjahre der Satzart 110 entsprechend den gleichen Regeln der Satzart 100 Erstmeldung gemeldet werden.

Das Datenfeld 20 (Länderkennzeichen des Wohnstaates) wird für das Berichtsjahr 2020 entsprechend der Definition in Abschnitt 1, t) inhaltlich gemeldet. Für das Berichtsjahr 2019 wird das Datenfeld 20 mit BLANKS befüllt.

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

(Abschlagsverfahren)

– Meldung nach § 9 Satz 1 RSAV –

3. Versichertenstammdaten (Satzart 111)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „111“

[11] Der unter Abschnitt 1. „Versichertenstammdaten (Satzart 100)“ beschriebene Datensatzaufbau der Satzart 100, wird im Schlüsseljahr 2021/2022 erstmals mit der Erhebung der Satzart 110 gemeldet. Die Erhebung der Satzart 100 erfolgt noch in der Datensatzstruktur entsprechend der Anlage 1.4 mit dem Stand 14.12.2020.

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	KV-Nr-Kennzeichen	54	54	1	numerisch	1 = Bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor, 0 = sonst
6	Geburtsjahr	55	58	4	numerisch	Geburtsjahr des Versicherten
7	Geschlecht	59	59	1	numerisch	1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Geschlechtsangabe, 4 = divers
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 3 Abs. 1und 2 RSAV
9	Verstorben	63	63	1	numerisch	1 = verstorben 0 = sonst
10	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	64	66	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld
11	Kennzeichen letzter Tag des Berichtszeitraums	67	67	1	numerisch	1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert. 0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.
12	Erwerbsminderung	68	70	3	numerisch	Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 3 Abs. 1 und 2 RSAV
13	DMP-Tage	71	73	3	numerisch	Anzahl der DMP Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 15 Abs. 5 RSAV

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
14	Amtlicher Gemeindeschlüssel	74	81	8	numerisch	Das Feld ist gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 RSAV mit dem amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten zu befüllen. 00000000 = Ausland. 99999999 = nicht zugeordnet.[12]

Erläuterungen zur Satzart 111 (Versichertenstammdaten – Abschlagsverfahren)

Vorbemerkung:

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

[12] Die Meldung der Satzart 111 A des 1. Halbjahres 2021 erfolgt in der Datensatzstruktur nach den Vorgaben der Anlage 1.4 mit dem Stand vom 14. Dezember 2020. Die Meldung des amtlichen Gemeindeschlüssels erfolgt erstmals mit der Erhebung der Satzart 111 B (Ganzjahresmeldung für das Berichtsjahr 2021) im Schlüsseljahr 2021/2022.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Versichertenstammdaten – Abschlagsverfahren – ist die Satzart "111" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen.
Für den Berichtszeitraum Januar bis Dezember sind die Daten von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 31.12. des Berichtsjahres vorzulegen. Die Meldung für den Berichtszeitraum Januar bis Juni erfolgt auf dem Fusionsstand 30.06. des Meldejahres. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten nach § 1 Abs. 1 RSAV wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Versicherte, für die keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorlag, werden von der Krankenkasse selbst pseudonymisiert. Pseudonyme für Versicherte ohne bundeseinheitliche KV-Nummer werden im Feld 4 linksbündig befüllt. Die ersten 8 Stellen erhalten die Betriebsnummer der Krankenkasse. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Die Stellen 9-19 enthalten das vergebene Pseudonym und die Stellen 20-38 werden mit „Blanks“ aufgefüllt (siehe auch Anlage 1.3).

e) Zu Datenfeld 5 (KV-Nr-Kennzeichen)

Wurde das Pseudonym anhand der bundeseinheitlichen KV-Nummer erzeugt, ist das Feld mit dem Wert 1 zu füllen, ansonsten mit dem Wert 0.

f) Zu Datenfeld 6 (Geburtsjahr)

Es ist das vierstellige Geburtsjahr des Versicherten im Format „JJJJ“ zu melden, welches der Angabe im Versicherungsverzeichnis nach § 288 SGB V zum Zeitpunkt der Satzarterstellung entspricht.

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Das Geschlecht des Versicherten wird wie folgt gemeldet:

1 = weiblich
2 = männlich
3 = fehlende Geschlechtsangabe
4 = divers

Die Geschlechtsangabe 4 = divers ist erstmals im Schlüsseljahr 2019/2020 in der Datenmeldung zulässig.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind für den jeweiligen Berichtszeitraum die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV gilt entsprechend.

Bei der Erhebung der Versicherungszeit ist zu beachten, dass eine Versicherungszeit mit dem Tage beginnt, an dem die mitgliedschaftsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen; eine Versicherungszeit endet mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen wegfallen.

Bei einer Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) beginnt die Versicherungszeit frühestens mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen für eine Familienversicherung vorliegen; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Abs. 6 SGB V oder § 289 Satz 2 und 3 SGB V zu belegen.

Versicherungszeiten von Versicherten, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V ruhen, sind nicht mit einzubeziehen.

i) Zu Datenfeld 9 (Verstorben)

Das Kennzeichen „Verstorben“ wird wie folgt gemeldet:

1 = im Berichtszeitraum verstorben
0 = sonst

j) Zu Datenfeld 10 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

Es ist die Anzahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch zu erheben. Die Ermittlung der Versichertentage mit Krankengeldanspruch von Versicherten, deren Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erhalten bleibt, richtet sich nach dem Versicherungsverhältnis vor Beginn der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V. Krankengeldanspruchstage für Versicherte, denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit rückwirkend für einen Zeitraum bewilligt wird, sind für diesen Zeitraum nur dann zu melden, wenn an den jeweiligen Tagen der Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach bestanden hat.

Versichertentage mit Krankengeldanspruch sind in der passiven Phase der Alterszeit nur dann zu melden, wenn für den Versicherten der allgemeine Beitragssatz erhoben wird.

k) Zu Datenfeld 11 (Letzter Tag im Berichtszeitraum)

1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert
0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden

l) Zu Datenfeld 12 (Erwerbsminderung)

Es ist die Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a). Der unter § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannte „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ bedeutet, dass die Tage zu melden sind, an denen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist – unabhängig davon, ob eine EM-Rente tatsächlich gezahlt wird.

Die Versicherungszeit für EM-Rentner auf Zeit beginnt mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, frühestens mit dem ersten Tag des Berichtsjahres.

Für Versicherte gemäß § 267 Abs. 2 SGB V dürfen die EMR-Versichertentage nur bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des Regelalters im Sinne der Regelaltersgrenze nach § 235 SGB VI gemeldet werden.

m) zu Datenfeld 13 (DMP-Tage)

Es ist die Anzahl der Versichertentage gemäß § 15 Abs. 5 RSAV im Berichtszeitraum zu erheben, in dem der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

n) Zu Datenfeld 14 (amtlicher Gemeindeschlüssel)

Es ist gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 RSAV der amtliche Gemeindeschlüssel des Wohnorts zu erheben. Die Ermittlung des amtlichen Gemeindeschlüssels erfolgt durch die Krankenkasse auf Basis der im Versichertenverzeichnis nach § 288 SGB V zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 288 Satz 2 SGB V gespeicherten Adresse des Versicherten, wobei die zum Zeitpunkt des Datenabzugs aktuellste zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 288 Satz 2 SGB V gespeicherte Adresse des Versicherten zu verwenden ist.

Für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland wird der Wert 00000000 gemeldet. Lässt sich einem Versicherten kein amtlicher Gemeindeschlüssel zuordnen, wird der Wert 99999999 vergeben.

Die Zuordnungen vorliegender Postleitzahlen zu amtlichen Gemeindeschlüsseln erfolgen auf der Basis eines regelhaften Datenaustauschverfahrens zwischen dem statistischen Bundesamt (Destatis) und der Deutschen Post.[13]

Als Grundlage zur Überprüfung der amtlichen Gemeindeschlüssel in der Satzart 111 werden die vom statistischen Bundesamt monatlich veröffentlichten Gemeindeverzeichnisse (GV100AD) vom 30. November verwendet. Die Zuordnung für die Überprüfungen der zulässigen Gemeindeschlüssel

[13] Die Daten des Destatis (Dateibezeichnung: GV100AD) werden monatlich unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/_inhalt.html veröffentlicht und enthalten die 12 und 8-Stelligen amtlichen Gemeindeschlüssel. Aus lizenzrechtlichen Gründen ist in den Daten des statistischen Bundesamtes keine vollständige Liste aller Postleitzahlen enthalten und es werden nur Postleitzahlen von Verwaltungssitzen angegeben. Ein mit den Daten des statistischen Bundesamtes korrespondierendes Postleitzahlenverzeichnis, in dem alle gültigen Postleitzahlen im Bundesgebiet enthalten sind, kann nur über die Deutsche Post bezogen werden und bezieht sich auf die oben genannten Monatsmeldungen. Weitere Details sind der Dokumentation des Destatis zu entnehmen.

wird in Anlage 1.5 (Teil 1) beschrieben.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV –

4. Daten der Arzneimittelversorgung (Satzart 400)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „400“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Verordnungsdatum	54	61	8	numerisch	JJJJMMTT (§ 7 Abs. 1 Satz 2 RSAV)
6	Pharmazentralnummer	62	69	8	numerisch	Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V und Sonderkennzeichen (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)
7	Anzahl Einheiten oder Faktor	70	78	9	numerisch	Verwendungsmenge der PZN in Promille (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)

Erläuterungen zur Satzart 400 (Daten der Arzneimittelversorgung)

Vorbemerkung:

Für Arzneimittel wird je Verordnungsdatum ein Datensatz gemeldet. Das Arzneimittel wird mit der Pharmazentralnummer (PZN) bzw. einer Sonderkennzeichennummer gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV übermittelt. Finden Korrekturen im Rahmen der Abrechnungsprüfung statt, so sind die korrigierten Daten zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Daten der Arzneimittelversorgung ist die Satzart "400" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen. Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für dieses Berichtsjahr gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Verordnungsdatum)

Es ist das Verordnungsdatum gemäß § 7 Abs. 1 Satz 2 RSAV anzugeben. Liegt kein Verordnungsdatum vor, wird das Abrechnungsdatum bzw. der letzte Tag des Abrechnungsmonats angegeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Pharmazentralnummer)

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV ist das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V für das Arzneimittel einzutragen. Dabei sind alle Pharmazentralnummern aus dem EFP-Segment (Feldposition EFP-02) bzw. ZDP-Segment (Feldposition ZDP-02) der technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (TA 03) zu melden. Ausgenommen hiervon sind Pharmazentralnummern des ZDP-Segments der TA 03, wenn gleichzeitig im Feld „Faktorkennzeichen“ (Feldposition ZDP-03) der Wert „99“ (Verwurf) eingetragen ist. Nicht achtstellige PZN sind mit führender „0“ rechtsbündig zu übermitteln.
Pharmazentralnummern und Sonderkennzeichen für nicht über DTA übermittelte Arzneimittel sind nur zu melden, wenn diese in begründeten Ausnahmefällen (z. B. bei technischen Schwierigkeiten) nach § 303 Abs. 3

SGB V nacherfasst wurden und soweit ärztliche Verordnungen und Pharmazentralnummern der abgegebenen und nacherfassten Präparate vorhanden und prüfbar sind.
In der Satzart 400 sind Pharmazentralnummern, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V vorliegen und in der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V gesondert gekennzeichnet werden, nicht zu melden. Entsprechende Ersatzverordnungen können anhand der Sonder-PZN „06461067“ identifiziert werden.

g) Zu Datenfeld 7 (Anzahl Einheiten oder Faktor gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)

Für jede Pharmazentralnummer (PZN) wird die Abgabemenge in Promille der Packung angegeben. Für PZN aus dem EFP-02-Segment ist somit die Anzahl der Einheiten aus dem EFP-Segment (Feldposition EFP-03) der technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V mit 1000 zu multiplizieren. Für PZN aus dem ZDP-02-Segment ist die Angabe aus dem Feld „Faktor“ des ZDP-Segments (Feldposition ZDP-04) der technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V unverändert zu übernehmen. Soweit die gleichen Pharmazentralnummern zum gleichen Verordnungsdatum mehrfach übermittelt werden, so ist die Anzahl der Einheiten zu addieren.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV -

5. Diagnosen der Krankenhausversorgung (Satzart 500)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „500“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Entlassungsmonat	54	59	6	numerisch	JJJJMM (§ 7 Abs. 1 Satz 2 RSAV)
6	Fallzähler	60	61	2	numerisch	Ordnungszahl zur Fallunterscheidung.
7	Diagnose, kodiert	62	68	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM bei Krankenhausentlassung (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV)
8	Lokalisation	69	69	1	numerisch	1 = beidseitig, 0 = sonst
9	Art der Diagnose	70	70	1	numerisch	1 = Hauptdiagnose, 2 = Nebendiagnose
10	Art der Behandlung	71	71	1	numerisch	1 = Behandlung erfolgte vollstationär, 2 = teilstationär 3 = ambulante OP im Krankenhaus 4 = stationsäquivalente psychiatrische Behandlung 0 = sonst

Erläuterungen zur Satzart 500 (Diagnosen der Krankenhausversorgung)

Vorbemerkung:

Es dürfen nur Krankenhausdiagnosen von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gemeldet werden.
Für jede einem Krankenhausfall in der Entlassungsmitteilung zugeordnete maßgebliche Haupt- oder Nebendiagnose wird jeweils ein Datensatz gemeldet, d. h. es dürfen keine zwei identischen Datensätze gemeldet werden. Die stationären Diagnosen sind unabhängig davon, ob zum Zeitpunkt der Daten-

meldung der SA 500 eine Abrechnung des Krankenhauses vorliegt, als Morbiditätsinformation zu melden. Gleichermaßen ist es unerheblich, ob der Abrechnungsbetrag oder Fallwert 0 EUR beträgt bzw. nicht vorhanden ist.

Krankenhausdiagnosen werden für das Berichtsjahr gemeldet, in dem der Entlassungstag liegt. Dies gilt auch für jahresübergreifende Krankenhausfälle.

Bei ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V wird je Behandlungsdiagnose ein Datensatz gemeldet, anstelle des Entlassungstages wird der Zugangstag übermittelt.

Diagnosen nach § 301 SGB V aus dem Nachrichtentyp „AMBO“ für ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V, die das Qualifizierungsmerkmal „A“, „V“ oder „Z“ aufweisen, werden für die Satzart 500 ausgeschlossen. Zugelassen sind hier nur Diagnosen mit dem Qualifizierungsmerkmal „G“ bzw. ohne Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit.

Es sind die Diagnosen der Krankenhausversorgung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

   Für die Diagnosen der Krankenhausversorgung ist die Satzart „500“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

   Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

   Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen. Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für dieses Berichtsjahr gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Entlassungsmonat nach § 7 Abs. 1 Satz 2 RSAV)

Es ist der Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus einzutragen, der mit der Entlassungsmitteilung übermittelt wurde. Bei ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V ist der Zugangsmonat anzugeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Fallzähler)

Es wird ein 2-stelliger Wert eingetragen. Hier ist eine eindeutige Ordnungszahl anzugeben, die unterschiedliche Krankenhausfälle innerhalb eines Monats mit einer unterschiedlichen Ordnungszahl belegt.

g) Zu Datenfeld 7 (Diagnose, kodiert nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV)

Die Diagnosen, die bei der Entlassung aus dem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus dokumentiert und an die Krankenkassen übermittelt werden, sind in der am Aufnahmetag gültigen ICD 10 GM Version hier anzugeben. Dabei sind die Diagnosen der vollstationären und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der ambulanten Operationen im Krankenhaus zu melden. Die Diagnosen der ausschließlichen vor- oder nachstationären Behandlung sind hingegen nicht zu übermitteln.

Sofern Sonderzeichen vorhanden sind, müssen diese mitgemeldet werden. Beispiel: S01.84! („Weichteilschaden ersten Grades...“)

Diagnosen der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V sind nur dann in der Satzart 500 zu melden, wenn es sich um eine Entlassungsdiagnose handelt.

Diagnosen für nicht über DTA abgerechnete Krankenhausleistungen nach § 303 Abs. 3 SGB V sind nur zu melden, wenn die rechnungsbegründenden Unterlagen eine Verschlüsselung der Diagnose nach ICD-10-GM aufweist.

Es werden für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie der Frührehaphase A und B die Diagnosen gemeldet, die in der Entlassungsmitteilung des Krankenhauses als maßgebliche Diagnosen angegeben werden. Hierbei handelt es sich gem. Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 5, bei Krankenhausfällen ohne interne Verlegung ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnose des ETL-Segmentes und der zugehörigen NDG-Segmente aus der Segmentgruppe SG1 der einzigen behandelnden Fachabteilung bzw. bei Krankenhausfällen mit interner Verlegung, Rückverlegung oder Wiederaufnahme ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnosen des ETL-Segments und der zugehörigen NDG-Segmente der Pseudofachabteilung „0000“ der Segmentgruppe SG1. Bei ambulanten Operationen handelt es sich um die Behandlungsdiagnose. Fälle der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V werden in der Aufnahmeanzeige durch den Aufnahmegrund ‚10‘ als eigenständige Krankenhausfälle gekennzeichnet. Die Diagnosemeldung richtet sich nach den Vorgaben für vollstationäre Krankenhausfälle.

Zur Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnosen vgl. Ausführungen zu Datenfeld 9 (Art der Diagnose).
Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A -Z) enthalten.
Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.
Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "*", "+", "-" und "#".

h) Zu Datenfeld 8 (Lokalisation)

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig
0 = sonst

i) Zu Datenfeld 9 (Art der Diagnose)

Die Diagnosen werden wie folgt in Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden:

1 = Hauptdiagnose
2 = Nebendiagnose

zu 1: Bei voll- und teilstationären Krankenhausfällen sowie Fällen der Frührehaphase A und B wird diejenige Diagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet, die als maßgebliche, primäre Hauptdiagnose in der Entlassungsanzeige ausgewiesen ist. Bei ambulanten Operationen wird die erste Behandlungsdiagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet.

zu 2: Alle anderen gemeldeten, für den Krankenhausfall maßgeblichen Diagnosen der Entlassungsmitteilung bzw. des Rechnungssatzes „Ambulante Operation" werden als Nebendiagnosen gekennzeichnet.

j) Zu Datenfeld 10 (Art der Behandlung)

Die Leistungen der Krankenhausbehandlung werden je nach Art der Behandlung wie folgt gekennzeichnet:

1 = vollstationäre Krankenhausbehandlung
2 = teilstationäre Krankenhausbehandlung
3 = ambulante Operation im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V
4 = stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V
0 = sonstige

Die Behandlungsart 4 = stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V gilt ab dem Berichtsjahr 2018 der Datenmeldung.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV -

6. Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Satzart 600)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „600"
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Leistungsquartal	54	54	1	numerisch	Q (Q = 1 für 1. Quartal usw.)
6	Diagnose, kodiert	55	61	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV)
7	Qualifizierung	62	62	1	alphanumerisch	V = Verdachtsdiagnose, Z = Zustand nach der betreffenden Diagnose, A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose, 0 = sonst.
8	Lokalisation	63	63	1	numerisch	1 = beidseitig, 0 = sonstige

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
9	Datenweg	64	65	2	Numerisch	01 = Diagnose aus § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 02 = Diagnose aus Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V 03 = Diagnose aus Besonderer ambulanter ärztlicher Behandlung nach § 73c SGB V (alte Fassung) 04 = Diagnose aus Versorgung nach § 140a-d SGB V (alte Fassung) bzw. § 140a SGB V (neue Fassung) 05 = Diagnose aus Ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V (alte Fassung) bzw. Ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V (neue Fassung) 06 = Diagnose aus Hochschulambulanz nach § 117 Abs. 1 bis 3 SGB V 07 = Diagnose aus PIA nach § 118 SGB V 08 = Diagnose aus SPZ nach § 119 SGB V 09 = Diagnosen aus medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V 10 = Diagnose aus § 120 Abs. 1a SGB V 99 = Sonstige Datenwege

Erläuterungen zur Satzart 600 (Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung)

Vorbemerkung:

Die Diagnosen umfassen alle Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung unabhängig vom Abrechnungsweg und dem Leistungserbringer. Ist ein Pseudonym mehr als einmal mit derselben Diagnose und denselben anderen Kennzeichen innerhalb desselben Quartals vorhanden, ist dieser Fall nur einmal in der SA 600 aufzuführen.

Es sind nur Diagnosen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

   Für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Satzart „600“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

   Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

   Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen.
   Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

   Für jeden Versicherten wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für dieses Berichtsjahr gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Leistungsquartal)

Es ist das Quartal des Berichtsjahres einzutragen, für das die ärztliche Leistung abgerechnet wurde. Wurde eine ärztliche Leistung für einen Zeitraum abgerechnet, der mehr als ein Quartal umfasst, sind die Diagnosen nur einem Quartal zuzuordnen.

Q = 1, d. h. 1. Quartal des Berichtsjahres
Q = 2, d. h. 2. Quartal des Berichtsjahres
Q = 3, d. h. 3. Quartal des Berichtsjahres
Q = 4, d. h. 4. Quartal des Berichtsjahres

f) Zu Datenfeld 6 (Diagnose, kodiert nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV))

Die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung sind in der ICD 10 GM Version zu melden. Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung sind auch dann zu melden, wenn der Fallwert „0“ beträgt.

Sofern Sonderzeichen vorhanden sind, müssen diese mitgemeldet werden. Beispiel: S01.84! („Weichteilschaden ersten Grades...“)

Diagnosen für nicht über DTA abgerechnete ambulante vertragsärztliche Leistungen nach § 303 Abs. 3 SGB V sind nur zu melden, wenn die rechnungsbegründende Unterlage eine Verschlüsselung der Diagnose nach ICD-10-GM aufweist.

Eine Diagnose der Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V ist dann in der Satzart 600 zu melden, wenn es sich um eine Diagnose aus ambulanter ärztlicher Versorgung handelt, die nach ICD 10-GM verschlüsselt ist.

Diagnosen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sind nur dann zu melden, wenn gemäß der Technischen Anlagen ASV das Datenfeld „Diagnoseart“ mit 1 = „Behandlungsdiagnose / Ambulanzdiagnose[14]“ übermittelt wird.
Als Diagnosen aus Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und 2 SGB V sind die

[14] Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 1 = Behandlungsdiagnose wird mit der 14. Fortschreibung vom 22.05.2017 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 03.02.2016 mit Wirkung zum 01.01.2018 in 1 = „Behandlungsdiagnose / Ambulanzdiagnose“ umbenannt.

Diagnosen des BDG-Segmentes zu berücksichtigen, die im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V mit Diagnoseart 1 = „Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose“ und Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V“ übermittelt werden.[15]
Überweisungsdiagnosen (Diagnoseart 2) sind nicht zu berücksichtigen.
Als Diagnosen aus Einrichtungen nach § 118 SGB V sind Diagnosen des BDG-Segmentes zu berücksichtigen, die im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V mit der Diagnoseart 1 = Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose und Diagnoseart 4 = begleitende pathogenetisch somatische Diagnose" übermittelt werden.[16]

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A – Z) enthalten.
Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.
Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "*", "+", "-" und "#".

g) Zu Datenfeld 7 (Qualifizierung)

Das Diagnose-Zusatzkennzeichen „Qualifizierung“ wird wie folgt gemeldet:

V = Verdachtsdiagnose
Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
A = ausgeschlossene Diagnose
G = gesicherte Diagnose
0 = sonst

h) Zu Datenfeld 8 (Lokalisation)

---

[15] Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V“ wird mit der 14. Fortschreibung vom 22.05.2017 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 03.02.2016 mit Wirkung zum 01.01.2018 neu eingeführt.

[16] Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 4 = „begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose bei §118 Abs. 3 SGB V“ wird mit der 15. Fortschreibung vom 17.04.2018 (Nachtrag vom 03.12.2019) zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 3.2.2016 mit Wirkung zum 01.01.2020 neu eingeführt.

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig
0 = sonst

i) Zu Datenfeld 9 (Datenweg)

Die Diagnosen werden über den folgenden Datenweg gemeldet:

01 = Diagnose aus Regelversorgung nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.
02 = Diagnose aus Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V. Die Meldung der Daten erfolgt über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V.
03 = Diagnose aus Besonderer ambulanter ärztlicher Behandlung nach § 73c SGB V (gültig bis 22.07.2015). Die Meldung der Daten erfolgt über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V.
04 = Diagnose aus Versorgung nach § 140 a-d SGB V (alte Fassung bis 22.07.2015) bzw. § 140a SGB V (neue Fassung ab 23.07.2015).
05 = Diagnose aus ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V (alte und neue Fassung).
06 = Diagnose aus Hochschulambulanz nach § 117 Abs. 1 bis 3 SGB V.
07 = Diagnose aus PIA nach § 118 SGB V.
08 = Diagnose aus SPZ nach § 119 SGB V.
09 = Diagnosen aus medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V.
10 = Diagnose aus § 120 Abs. 1a SGB V.
99 = Diagnose Sonstige - Diagnose kann keinem der obigen Datenwege zugeordnet werden.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Abs. 1 Nr. 6 RSAV -

7. Prozeduren der ambulanten Behandlung (Satzart 610)

Die Meldung der Satzart 610 ist abweichend von § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres ausgesetzt.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV –

8. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 700)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „700“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Ärzte	54	67	14	numerisch	Ausgaben im HLB 1 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
6	Vorzeichen bzgl. Ärzte	68	68	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „–„ = negativer Wert
7	Zahnärzte	69	82	14	numerisch	Ausgaben im HLB 2 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
8	Vorzeichen bzgl. Zahnärzte	83	83	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „–„ = negativer Wert
9	Apotheken	84	97	14	numerisch	Ausgaben im HLB 3 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
10	Vorzeichen bzgl. Apotheken	98	98	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „–„ = negativer Wert
11	Krankenhäuser	99	112	14	numerisch	Ausgaben im HLB 4 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
12	Vorzeichen bzgl. Krankenhäuser	113	113	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „–„ = negativer Wert
13	Sonstige Leistungsausgaben	114	127	14	numerisch	Ausgaben im HLB 5 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
14	Vorzeichen bzgl. sonst. Leistungsausgaben	128	128	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-„ = negativer Wert
15	Sachkosten der extra-korporalen Blutreini-gung	129	142	14	numerisch	Sachkosten im HLB 7 nach Anlage 1.1 dieser Bestim-mung
16	Vorzeichen bzgl. LA extrak. Blutr.	143	143	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-„ = negativer Wert
17	Ausgaben Krankengeld	144	157	14	numerisch	Ausgaben im HLB 6 nach Anlage 1.1 dieser Bestim-mung
18	Vorzeichen bzgl. Ausga-ben Krankengeld	158	158	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-„ = negativer Wert

Erläuterungen zur Satzart 700 (Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Vorbemerkung: Die Meldungen der Leistungsausgaben in der Satzart 700, 703, 710 und 713 erfolgen grundsätzlich für ein Berichtsjahr (Für-Prinzip).

Es sind die Leistungsausgaben abzüglich der Erstattungen und Einnahmen dem Ausgleichsjahr (entspricht bei der Satzart 700, 703, 710 und 713 dem Berichtsjahr) zuzuordnen, auf das sie nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungs-vorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) vom 15. Juli 1999 in der im Erhebungsjahr geltenden Fassung und nach der Maß-gabe der Bestimmungen des Kontenrahmens entfallen („Für-Prinzip“, vgl. § 4 RSAV).

Hierbei kann die sich auf das Ausgleichsjahr beziehende Leistung auch erst nach Ablauf der Frist für die zeitliche Rechnungsabgrenzung bzw. nach Ab-schluss der Jahresrechnung (§ 77 SGB IV) für das betreffende Ausgleichsjahr nach Ablauf des Ausgleichsjahres gebucht worden sein. Die Zahlung oder Er-stattung muss jedoch bis zur Selektion der Datenmeldung erfolgt sein.

Zu Fallgestaltungen, zu denen der Kontenrahmen vom Für-Prinzip abweichende Regelungen enthält oder keine eindeutige Zuordnung trifft bzw. mehrere Optionen vorsieht, werden in dieser Bestimmung klarstellende bzw. ergänzende Regelungen getroffen.

Die in Anlage 1.1 Abschnitt B.1.2 aufgeführten Sachbuchkonten sind für die personenbezogene Datenmeldung der Satzart 700, 703, 710 und 713 zu verwenden.
Grundsätzlich sind alle bis zur Selektion der Satzart 700, 703, 710 und 713 geleisteten Zahlungen für ein Berichtsjahr zu berücksichtigen. Damit sind auch nach Schließung der Sachbücher für das zu selektierende Berichtsjahr gezahlte Beträge in der Satzart 700, 703, 710 und 713 zu berücksichtigen.

Nicht zu melden sind Beträge, die in der KJ1 als Forderungs- und Verpflichtungsbeträge enthalten sind und zum Zeitpunkt der Erstellung der Satzart 700, 703, 710 und 713 nicht zur Ein- bzw. Auszahlung gekommen sind. In der Satzart 700, 703, 710 und 713 sind nur tatsächlich ein- und ausgezahlte Beträge zu melden.

Es wird für jedes Pseudonym der Satzart 100 bzw. 110 ein Datensatz geliefert, auch wenn für dieses keine Leistungsausgaben vorliegen. Versicherten-bezogene Ausgaben für Leistungen nach § 92a SGB V (Innovationsfonds) sind nicht in der Satzart 700, 703, 710 und 713 zu melden.

Für Umlagen, die keinen direkten Versichertenbezug aufweisen und deren Kosten entsprechend festgelegter Schlüssel oder Kennzahlen ermittelt werden, hat die Meldung in der SA700, 703, 710 und 713 zu unterbleiben, da eine Zuordnung der Umlagen zu einzelnen Versicherten nicht eindeutig festgestellt werden kann.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ist die Satzart „700“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen.
Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für dieses Berichtsjahr gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeldern 5 - 18 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Die Zuordnung zu den Hauptleistungsbereichen erfolgt nach der für jedes Berichtsjahr in Anlage 1.1 Abschnitt B definierten Systematik.

f) Zu Datenfeld 5 (Ärzte)

Auf Basis von Formblatt 3 werden quartalsdurchschnittliche kassenindividuelle Punktwerte (PW) errechnet. Die Berechnung erfolgt indem aus der Übersicht Gesamtvergütung im Formblatt 3-Viewer die Werte

- zahlungsrelevante Vergütung (Vergütung),
- Leistungsbedarf lt. EBM in Punkten (LB_Punkte),
- Leistungsbedarf lt. Regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro (LB_EuroGO)

zugrunde gelegt werden.

Folgende Werte werden hieraus berechnet:

1. LB_Punkte_Vergütung = Vergütung - (LB_EURO_GO - LB_Punkte x Orientierungspunktwert[17])

Der zu verwendende Punktwert wird wie folgt berechnet:

LB_Punkte_Vergütung / LB_Punkte x 100

Mit diesen Punktwerten werden zur Ermittlung der Ausgabenvolumina die in Punktzahlen gemeldeten Daten bewertet und mit den in Euro gemeldeten Daten, ohne Dialysesachkosten, zusammengeführt.
Die Ermittlung der quartalsdurchschnittlichen Punktwerte für die Satzart 700 hat unter Berücksichtigung der aktuellsten bis zum Datum der Erstellung der Satzart eingegangenen Formblatt 3-Daten zu erfolgen.

g) Zu Datenfeld 7 (Zahnärzte)

Das Datenfeld ist von allen Krankenkassen mit pseudonymbezogenen Ausgaben des HLB 2 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung zu befüllen.

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge, welche sich aus den versichertenbezogenen Punktmengen, der vertraglichen Material- und Laborkosten, Sachkosten und Konstantkosten ergeben, abzüglich der vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen. Soweit die Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre. Die in der Bestimmung unter Nr. 2 des Kontenrahmens beschriebene Vorschrift zur Kontengruppe 412 bis 414 (KFO-Behandlung) ist für die Selektion der Satzart 700 einzuhalten.

h) Zu Datenfeld 9 (Apotheken)

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge abzüglich der vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungs-

17 Sofern der für eine KV-Region vereinbarte Punktwert zum bundesweiten Orientierungswert differiert, müssen Krankenkassen für ihre in dieser Region wohnhaften Versicherten den Punktwert aus dem KV-spezifischen Formblatt 3 verwenden. Bei Verwendung mehrerer Punktwerte sind die berechneten Werte für LB_Punkte_Vergütung zu summieren.

betrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre. In der Satzart 700 Datenmeldung nicht zu melden sind Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V entstehen[18].

Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebene Vorschrift zur Kontengruppe 43 (Arznei- und Verbandsmittel aus Apotheken / Arznei- und Verbandsmittel von Sonstigen) sind für die Selektion der Satzart 700 verbindlich einzuhalten.

[18] Ausgaben für PZN, die in der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V gesondert gekennzeichnet werden. Entsprechende Ersatzverordnungen können anhand der Sonder-PZN „06461067“ identifiziert werden.

i) Zu Datenfeld 11 (Krankenhäuser)

Geleistete Zuzahlungen sind jeweils in Abzug zu bringen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.
Beträge aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V sind nicht abzusetzen.
Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebenen Vorschriften unter zur Kontengruppe 46 (Krankenhausbehandlung) sowie zu 552 (Stationäre Entbindung) und 576 (Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V) sind für die Selektion der Satzart 700 verbindlich einzuhalten. Tritt bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, erfolgt die Zuordnung der Leistungsausgaben nach den Regelungen des Kontenrahmens.

j) Zu Datenfeld 13 (Sonstige Leistungen)

Das Datenfeld ist von allen Krankenkassen mit pseudonymbezogenen Ausgaben zu befüllen. Doppelfunktionale Hilfsmittel nach der Richtlinie § 40 Abs. 5 SGB XI sind dabei mit dem versichertenbezogenen Kostenanteil, der von der Krankenversicherung übernommen wurde, zu melden.

Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebene Vorschrift zur Kontengruppe 44 (Hilfsmittel) und 45 (Heilmittel) sowie Kontenart 556 (Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld) sind für die Selektion der Satzart 700 verbindlich einzuhalten.

k) Zu Datenfeld 15 (Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung)

Die Sachkosten für extrakorporale Blutreinigung nach Anlage 1.1 sind zu melden.

l) Zu Datenfeld 17 (Ausgaben Krankengeld)

Das Datenfeld ist mit den Ausgaben im HLB 6 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung zu befüllen. Die in der Bestimmung des Kontenrahmens aufgeführte Buchungsvorschrift zur Kontengruppe 47 (Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld) ist für die Selektion der Satzart 700 verbindlich einzuhalten.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV –

8a. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 703)

Vorbemerkung:

Die Vorbemerkung unter Abschnitt 8 zu den personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Satzart 700 gilt unter Abschnitt 8a für die Datenmeldungen der Satzarten 703 gleichermaßen.
Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 700 des Schlüsseljahres. Das Feld 1 „Satzart“ wird abweichend zu den Regelungen der Satzart 700 konstant mit dem Wert „703“ befüllt.

Das Datenfeld 9 (Nettoausgaben Arzneimittel) in der Satzart 703 wird abweichend vom Datenfeld 9 (Apotheken) aus der Satzart 700 wie folgt ermittelt:

Die in der Anlage 1.1 Abschnitt B.1.2 aufgeführten Sachbuchkonten des HLB 3 sind für die personenbezogene Datenmeldung der Satzart 703 abzüglich der in § 7 Abs.1 Satz 3 RSAV genannten Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen nach § 130b und Rabatte und Abschläge nach §§130, 130a SGB V und 130c SGB V zu verwenden.

Grundsätzlich sind alle bis zur Selektion der Satzart 703 geleisteten Zahlungen für ein Berichtsjahr zu berücksichtigen. Damit sind auch nach Schließung der Sachbücher für das zu selektierende Berichtsjahr gezahlte Beträge in der Satzart 703 zu berücksichtigen.
Es wird für jedes Pseudonym der Satzart 100 ein Datensatz geliefert, auch wenn für dieses keine Leistungsausgaben vorliegen. Versichertenbezogene Ausgaben für Leistungen nach § 92a SGB V (Innovationsfonds) sind nicht in

der Satzart 703 zu melden. Ebenso sind Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V entstanden sind, nicht zu melden.

Die Datenfelder 2 bis 8 und 11 bis 18 werden entsprechend nach den Vorgaben unter Abschnitt 8 dieser Anlage gemeldet.

e) Zu Datenfeld 9 (Nettoausgaben Apotheken)

Zu melden sind die versichertenbezogenen Nettoausgaben. Diese ergeben sich aus den versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträgen abzüglich der je Versicherten ermittelten Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen nach § 130b SGB V- bzw. Rabatte und Abschläge nach §§ 130, 130a, und 130c SGB V. Dabei sind die tatsächlich erzielten Ein- und Auszahlungen zu berücksichtigen. Forderungen und Verpflichtungen sind nicht zu berücksichtigen. Des Weiteren sind die vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.
Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebene Vorschrift zur Kontengruppe 43 (Arznei- und Verbandsmittel aus Apotheken / Arznei- und Verbandsmittel von Sonstigen) sind für die Selektion der Satzart 703 verbindlich einzuhalten.

Als Grundlage für die Ermittlung von versichertenbezogenen Rabattbeträgen bzw. Differenzbeträgen zu Erstattungsbeträgen dienen die Informationen der Datenmeldungen nach § 300 SGB V des jeweiligen Berichtsjahres.
Erfolgt die Abrechnung der oben genannten Ein- und Auszahlungen nicht gemäß § 300 SGB V (z. B. im Rahmen einer stationär erfolgten Arzneimitteltherapie), so sind als Grundlage für die Ermittlung dieser Beträge die der jeweiligen Abrechnung zugrunde liegenden Unterlagen heran zuziehen.

Die in Abzug zu bringenden Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen nach § 130b bzw. Rabatte und Abschläge nach §§ 130, 130a und 130c SGB V werden wie folgt ermittelt:

1. Gesetzliche Rabatte und Abschläge nach §§ 130 und 130a SGB V:
   Die in den Datenmeldungen nach § 300 SGB V gemeldeten Rabatte werden versichertenbezogen aufsummiert. Zu berücksichtigen sind hierbei die Beträge der Felder NPB-03 Betrag Zu-/Abschlag bzw. ZDB-03 Betrag der technischen Anlage 3 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V, wenn die Schlüsselnummern R001, R004, R005, R006 und R009 im Feld NPB-02 Zu-/Abschlag bzw. ZDB-02 Zu-/Abschlag eingetragen sind.
   Sollten sich durch Korrekturen Änderungen der Rabattbeträge ergeben, so sind diese zu berücksichtigen.

2. Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen im Rahmen des Verfahrens nach § 130 b SGB V:
   Die tatsächlich erzielten Differenzbeträge zu Erstattungsbeträgen je abgegebener Pharmazentralnummer (PZN) werden je Versicherten aufsummiert. Das Abgabedatum muss innerhalb des Erstattungszeitraums liegen.

   Weichen die tatsächlich erzielten Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen von den in Rechnung gestellten Forderungen ab, wird wie folgt verfahren:
   Die Beträge in der Spalte Nacherstattung/Forderung je PZN der Nacherstattungsdatei werden mit einem Nacherstattungsfaktor angepasst. Dieser berechnet sich aus dem Verhältnis von tatsächlich erzieltem Differenzbetrag/gefordertem Differenzbetrag.

Hinweis: Angaben zum Erstattungszeitraum sowie zur Höhe des Erstattungsbetrages je PZN ergeben sich aus den vom GKV-Spitzenverband im Rahmen des Verfahrens nach § 130b SGB V zu Abrechnungszwecken zur Verfügung gestellten Informationen (sog. „Nacherstattungsdatei“). Relevant sind hier die Spalten PZN, Nacherstattungszeitraum, Nacherstattung/Forderung je PZN.

3. Rabatte aus Verträgen nach § 130a Abs. 8, 8a und § 130c SGB V:

Bei der Selektion von PZN, die Bestandteil eines Vertrages nach 130a Abs. 8, 8a bzw. § 130c SGB V sind (rabattierte PZN), werden nur diejenigen PZN berücksichtigt, deren Abgabedatum innerhalb des Vertragszeitraums des Berichtsjahres liegt.

Die Ermittlung des Rabattbetrages je Versicherten für Rabatte aus Verträgen nach § 130a Abs. 8, 8a, § 130c erfolgt durch Umlage der Rabattsumme:

Die für das Berichtsjahr ermittelte Rabattsumme eines Rabattvertrages wird unabhängig von der Ausgestaltung des Rabattvertrages unter Berücksichtigung der Packungsgröße / Wirkstoffmenge und Anzahl der Packungen auf die jeweiligen rabattierten PZN der Datenmeldung nach § 300 SGB V aufgeteilt. Hieraus ergibt sich ein Rabattbetrag in Euro je rabattierter PZN. Bei der Aufteilung fließen alle im Vertragszeitraum des Berichtsjahres abgegebenen rabattierten PZN aus der vollständigen Datenmeldung nach § 300 SGB V ein.
Anschließend werden die Rabattbeträge je rabattierter PZN versichertenbezogen aufsummiert.

Ist für die gesamte Vertragslaufzeit eines oben genannten Vertrages je PZN ein fester Rabattbetrag oder Prozentsatz ohne weitere Vertragsbesonderheiten vereinbart, kann vom oben genannten Verfahren abgewichen und die Rabattbeträge können direkt je rabattierter PZN versichertenbezogen aufsummiert werden.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV –

8b. Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 710)[19]

[19] Die Satzart 710 ist erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 700 des Schlüsseljahres. Das Feld 1 „Satzart“ wird abweichend zu den Regelungen der Satzart 700 konstant mit dem Wert „710“ befüllt.

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 3 RSAV –

8c. Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 713)[20]

Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 703 des Schlüsseljahres. Das Feld 1 „Satzart“ wird abweichend zu den Regelungen der Satzart 703 konstant mit dem Wert „713“ befüllt.

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V –

9. Datensatz für die Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ1 (Satzart 701)

Gemäß § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V sind folgende Werte aus den Jahresrechnungen (KJ1) jeder Einzelkasse zu ermitteln und dem BAS durch den GKV-Spitzenverband mitzuteilen.

[20] Die Satzart 713 ist erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „701“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Summe der berücksichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld	16	29	14	numerisch	Summe der Felder 6, 8, 10, 12, 14 und 18
5	Vorzeichen Summe der berücksichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld	30	30	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
6	Ärzte	31	44	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 1 der Anlage 1.1
7	Vorzeichen Ärzte	45	45	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
8	Zahnärzte	46	59	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 2 der Anlage 1.1
9	Vorzeichen Zahnärzte	60	60	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
10	Apotheken	61	74	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 3 der Anlage 1.1 ohne Berücksichtigung KA 439 und 519
11	Vorzeichen Apotheken	75	75	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
12	Krankenhäuser	76	89	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 4 der Anlage 1.1
13	Vorzeichen Krankenhäuser	90	90	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
14	Sonstige Leistungsausgaben	91	104	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 5 der Anlage 1.1
15	Vorzeichen Sonstige Leistungsausgaben	105	105	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
16	Krankengeld	106	119	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 6 der Anlage 1.1
17	Vorzeichen Krankengeld	120	120	1	alphanumerisch	”+” = positiver Wert, ”-” = negativer Wert
18	Extrakorporale Blutreinigung-Su	121	134	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 7 der Anlage 1.1

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
19	Vorzeichen Extrakorporale Blutreinigung-Su	135	135	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
20	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	136	149	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, Konto 3215, Konto 3217
21	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	150	150	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
22	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	151	164	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, Konto 3218
23	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	165	165	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
24	Erstattung Übergangsgeld	166	179	14	numerisch	Erstattungen nach § 20 Abs. 4 SGB VI und Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V für Nicht-EM-Rentner, Konto 3213, Konto 3219
25	Vorzeichen Erstattung Übergangsgeld	180	180	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
26	Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	181	194	14	numerisch	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V für EM-Rentner, Konto 3214, Konto 3216
27	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	195	195	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
28	Sonstige Erstattungen	196	209	14	numerisch	Summe der Erstattungen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 20 Abs. 4 SGB VI, § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
29	Vorzeichen Sonstige Erstattungen	210	210	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
30	Arzneimittel- und Impfstoffrabatte	211	224	14	numerisch	Summe der Arzneimittelrabatte inkl. Impfstoffrabatte; §§ 130 und 130a SGB V; KA 439, KA 519*
31	Vorzeichen Arzneimittelrabatte	225	225	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
32	Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	226	239	14	numerisch	Saldo der Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und der Vorauszahlungen auf Zuzahlungen; KA 598
33	Vorzeichen Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	240	240	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
34	Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	241	254	14	numerisch	Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V; KA 589*
35	Vorzeichen Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	255	255	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
36	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	256	269	14	numerisch	Summe der sonstigen nicht zuordenbaren Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung; KA 588

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
37	Vorzeichen Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	270	270	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
38	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	271	284	14	numerisch	Summe der Einnahmen der Rabatte zur integrierten Versorgung; KA 587*
39	Vorzeichen Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	285	285	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
40	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	286	299	14	numerisch	Summe aus Konto 4606 (ohne 4608)*
41	Vorzeichen Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	300	300	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
42	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	301	314	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9995 Sp. 2
43	Vorzeichen Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	315	315	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
44	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	316	329	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9992 Sp. 2
45	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	330	330	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
46	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	331	344	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9999 Sp. 2

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
47	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	345	345	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
48	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutz-impfung-GKV-Leis-tungspflichtverord-nung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163)	346	359	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 5163 (Sp. 1 bis 3)
49	Vorzeichen Zahlungen aufgrund der Influen-zaschutzimpfung-GKV-Leistungspflicht-verordnung (Isch-GKVLV) (Schl.Nr. 5163)	360	360	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
50	jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13	361	374	14	numerisch	jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13
51	Vorzeichen jahres-durchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13	375	375	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
52	Datenfeld_52	376	389	14	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „99999999999999" zu befüllen
53	Vorzeichen Daten-feld_52	390	390	1	alphanumerisch	Das Feld ist mit dem Wert „+" zu befüllen.

*Der unter KA 439, KA 519, KA 587, 4606 und KA 589 gebuchte Betrag wird mit -1 multipliziert

C. Form der Datenlieferungen der Krankenkassen / Kassenorgani-

sationen an den GKV-Spitzenverband bzw. des GKV-Spitzenverbandes an das BAS

Die Datenlieferungen der Satzarten 100 bis 713[21] erfolgen entsprechend der Anlage 2.1 nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzarten 100 bis 713) sind jeweils in einer logischen Datei zu liefern.

Zur Prüfung der Vollständigkeit und Feststellung der Zuordnung der Daten, muss jede logische Datei aus

einem Vorlaufsatz
einer n-fachen Anzahl von Datensätzen einer Satzart
einem Nachlaufsatz

bestehen.

Jede logische Datei darf nur Daten der jeweiligen Satzart, jeweils mit einem Vorlaufsatz und einem Nachlaufsatz enthalten.

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart und ist in seinem Aufbau ab dem Meldejahr 2011 gültig.

[21] Die Satzarten 710 und 713 sind erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

Aufbau des Vorlaufsatzes

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚VOSZ' als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	100, 110, 111, 400, 500, 600, 610, 700, 701, 703, 710 oder 713 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Dateibezeichnung	12	20	9	alphanumerisch	Stelle 12-15 MORB Stelle 16-19 Meldejahr JJJJ Stelle 20-20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw. A = Datenmeldung der Satzart 111 Januar bis Juni B = Datenmeldung der Satzart 111 Januar bis Dezember
5	Erstellungsdatum	21	28	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen
7	Laufende Nummer	37	41	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Erhebungszyklus. Das Feld ist mit führenden Nullen auf 5 Stellen aufzufüllen.

2.2 Datensatz, Satzart 100

Der Satz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 1 vereinbart wurde.

2.3 Datensatz, Satzart 110

Der Satz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 2 vereinbart wurde.

2.4 Datensatz, Satzart 111

Der Satz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 3 vereinbart wurde.

2.5 Datensatz, Satzart 400

Der Satz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 4 vereinbart wurde.

2.6 Datensatz, Satzart 500

Der Satz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 5 vereinbart wurde.

2.7 Datensatz, Satzart 600

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 6 vereinbart wurde.

2.8 Datensatz, Satzart 610

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 7 vereinbart wurde.

2.9 Datensatz, Satzart 700

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 8 vereinbart wurde.

2.10 Datensatz, Satzart 701

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 9 vereinbart wurde

2.11 Datensatz, Satzart 703

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 8a vereinbart wurde.

2.12 Datensatz, Satzart 710

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 8b vereinbart wurde.

2.13 Datensatz, Satzart 713

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 8c vereinbart wurde.

2.14 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 100, 110, 111, 400, 500, 600, 610, 700, 701, 703, 710 bzw. 713 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzarten 100, 110, 111, 400, 500, 600 und 610

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ' als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	100, 110, 111, 400, 500, 600 oder 610 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	alphanumerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
5	Prüfsumme	21	29	9	numerisch	Summe des letzten Datenfeldes über alle Datensätze in der jeweiligen Satzart. Sofern ein Numeric Overflow auftritt, werden die überfälligen Stellen des Wertes links abgeschnitten.

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzarten 700, 703, 710 und 713

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ' als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	700, 703, 710 oder 713
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	alphanumerisch	Anzahl der Datensätze in der Satzart
5	Ärzte-Summe	21	34	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 5 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713
6	Zahnärzte-Summe	35	48	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 7 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713
7	Apotheken-Summe	49	62	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 9 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713
8	Krankenhäuser-Summe	63	76	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 11 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
9	Sonstige LA-Summe	77	90	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 13 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713
10	extrak. Blutr.-Summe	91	104	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 15 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713
11	Krankengeld-Summe	105	118	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 17 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703, 710 oder 713

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 701

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ' als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	701
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	alphanumerisch	Anzahl der Datensätze in der Satzart
5	Summe der berücksichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld	21	34	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in den Feldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18 gemeldeten Daten der Satzart 701

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
6	Ärzte-Su	35	48	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 6 gemeldeten Daten der Satzart 701
7	Zahnärzte-Su	49	62	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 8 gemeldeten Daten der Satzart 701
8	Apotheken-Su	63	76	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 10 gemeldeten Daten der Satzart 701
9	Krankenhäuser-Su	77	90	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 12 gemeldeten Daten der Satzart 701
10	Sonstige Leistungsausgaben-Su	91	104	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 14 gemeldeten Daten der Satzart 701
11	Krankengeld-Su	105	118	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 16 gemeldeten Daten der Satzart 701
12	Extrakorporale Blutreinigung-Su	119	132	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 18 gemeldeten Daten der Satzart 701

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
13	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	133	146	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 20 gemeldeten Daten der Satzart 701
14	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	147	160	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 22 gemeldeten Daten der Satzart 701
15	Erstattung Übergangsgeld	161	174	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 24 gemeldeten Daten der Satzart 701
16	Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	175	188	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 26 gemeldeten Daten der Satzart 701
17	Sonstige Erstattungen	189	202	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 28 gemeldeten Daten der Satzart 701
18	Arzneimittel- und Impfstoffrabatte	203	216	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 30 gemeldeten Daten der Satzart 701
19	Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	217	230	14	numerisch	Summe der Rück- und Vorauszahlungen aller in dieser Datei in Feld 32 gemeldeten Daten der Satzart 701
20	Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	231	244	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 34 gemeldeten Daten der Satzart 701
21	Sonstige nicht zuordnenbare Aufwendungen für die Leistungen der integrierten Versorgung	245	258	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 36 gemeldeten Daten der Satzart 701

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
22	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	259	272	14	numerisch	Summe der Rabatte aller in dieser Datei in Feld 38 gemeldeten Daten der Satzart 701
23	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	273	286	14	numerisch	Summe der Rabatte und Rückzahlungen aller in dieser Datei in Feld 40 gemeldeten Daten der Satzart 701
24	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	387	300	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 42 gemeldeten Daten der Satzart 701
25	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	301	314	14	numerisch	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen aller in dieser Datei in Feld 44 gemeldeten Daten der Satzart 701
26	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	315	328	14	numerisch	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten aller in dieser Datei in Feld 46 gemeldeten Daten der Satzart 701

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
27	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutz-impfung-GKV-Leis-tungspflichtverord-nung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163)	329	342	14	numerisch	Summe der Zahlungen aufgrund der Influenza-schutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverord-nung (IschGKVLV) aller in dieser Datei in Feld 48 gemeldeten Daten der Satzart 701
28	jahresdurchschnittli-che Zahl der Mitglie-der lt. KM 1/13	343	356	14	numerisch	Summe der jahresdurch-schnittlichen Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 aller in dieser Datei in Feld 50 gemeldeten Da-ten der Satzart 701
29	Datenfeld_29	357	370	14	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „99999999999999“ zu befüllen

3. Datenübermittlung

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BAS zu Abholung bereitgestellt. Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die bestehende Adresse rsa.verfahren@bas.bund.de.

Die Weiterleitungsdateien werden pro Krankenkasse und Satzart bereitgestellt. Der Dateiname einer Weiterleitungsdatei setzt sich aus Satzart, Betriebsnummer, Ausgleichsjahr, Berichtsjahr sowie einem Zeitstempel zusammen. Die Felder werden jeweils durch einen Unterstrich voneinander getrennt.

Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit:

E-Mail: rsa.verfahren@bas.bund.de