

**Bestimmung
des GKV–Spitzenverbandes
nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V
vom 05.02.2018**

(inkl. der Anlagen 6.2 und 6.3 i.d.F. des RS 2018/094 des GKV–SV vom
22.02.2018)

**inkl. Beschreibung des Datenmeldeverfahrens
zur Durchführung des
Einkommensausgleichs
nach § 270a SGB V i.V.m. § 43 Abs. 2 und 4
RSAV, sowie inkl. Beschreibung der
Sonderdatenerhebung nach § 269 Abs. 3b
und 3c SGB V**

Gliederungsübersicht:

| | |
|--|-----------|
| Definitionen..... | 6 |
| Vorbemerkung..... | 7 |
| Erster Abschnitt: Datenerhebung nach §§ 30 und 32 RSAV | 8 |
| § 1 Individualdaten..... | 8 |
| § 2 Statusmerkmale..... | 9 |
| § 3 Versicherungszeiten | 10 |
| § 4 Erhebungsturnus | 11 |
| § 5 Erhebungsregion | 12 |
| § 6 aufgehoben..... | 12 |
| § 7 Pseudonymisierung | 12 |
| § 8 Meldeverfahren..... | 13 |
| § 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung..... | 13 |
| Zweiter Abschnitt: Datenmeldung zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V | 14 |
| § 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz | 14 |
| § 11 Erhebungsgebiet | 14 |
| § 12 Erhebungsturnus | 14 |
| § 13 Meldeverfahren..... | 15 |
| § 14 Plausibilitätsprüfungen | 15 |
| Dritter Abschnitt: Datenmeldung nach § 303b Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 SGB V | 15 |
| § 15 Meldung der Versichertenpseudonyme und Postleitzahlen..... | 15 |
| § 16 Erhebungsgebiet | 16 |
| § 17 Erhebungsturnus | 16 |



| | |
|---|-----------|
| § 18 Meldeverfahren..... | 16 |
| § 19 Pseudonymisierung | 16 |
| § 20 Plausibilitätsprüfungen | 17 |
| Vierter Abschnitt: „Sonderdatenerhebung nach § 269 | |
| Abs. 3b und 3c SGB V“ | 17 |
| § 21 Datenerhebung..... | 17 |
| § 22 Erhebungsgebiet | 17 |
| § 23 Erhebungsturnus | 17 |
| § 24 Meldeverfahren..... | 18 |
| § 25 Pseudonymisierung | 18 |
| § 26 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen | 18 |
| Fünfter Abschnitt: Schlussvorschriften | 20 |
| § 27 Aufbewahrungsfristen | 20 |
| § 28 Bindungswirkung..... | 20 |
| § 29 Inkrafttreten und Kündigung..... | 20 |
| Anlagen zu dieser Bestimmung..... | 21 |



Abkürzungen

| | |
|------------------|--|
| AGG | = Alters-Geschlechts-Gruppe |
| AGS | = Amtlicher Gemeindeschlüssel |
| AJ | = Ausgleichsjahr |
| AQ | = Ausschöpfungsquote |
| BVA | = Bundesversicherungsamt |
| BVG | = Bundesversorgungsgesetz |
| DEÜV | = Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung |
| DIMDI | = Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DMP | = Disease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme) nach § 137f SGB V |
| DÜBAK | = Datenübermittlung Bundesagentur für Arbeit/Krankenkassen |
| EBM | = Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| EM | = Erstmeldung |
| EM-Rentner/EMR | = Erwerbsminderungsrentner |
| GKV | = Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-SolG | = GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz |
| GSG | = Gesundheitsstrukturgesetz |
| HHVG | = Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz |
| HLB | = Hauptleistungsbereich |
| IfSG | = Infektionsschutzgesetz |
| IV | = Integrierte Versorgung |
| KA | = Kontenart |
| KG | = Krankengeld |
| KJ1 | = Jahresrechnung |
| KM | = Korrekturmeldung |
| KM1, KM1/13, KM6 | = Mitgliederstatistiken |
| KV | = Krankenversicherung |
| KVdR | = Krankenversicherung der Rentner |
| KVLG | = Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte |
| LA | = Leistungsausgaben |
| LB | = Leistungsbedarf |



| | |
|-------|---|
| PTW | = Pro-Tag-Wert |
| PW | = Punktwert |
| RSA | = Risikostrukturausgleich |
| RSAV | = Risikostruktur-Ausgleichsverordnung |
| SGB | = Sozialgesetzbuch |
| SRVwV | = Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung |
| VZ | = Versicherungszeiten |



Definitionen

Ausgleichsjahr ist das Jahr, für das der Jahresausgleich durchgeführt wird. Ab dem Jahresausgleich 2009 umfasst es die monatlichen Abschläge, die im laufenden Jahr gezahlt werden, die Korrekturzahlungen zu den Strukturanpassungen I und II, sowie die Zahlungen zur Strukturanpassung III und des Jahresausgleiches, der im folgenden Kalenderjahr durchgeführt wird.

Berichtsjahr ist das Jahr, auf das sich die Datenmeldung bezieht.

Korrekturjahr ist ein zurückliegendes abgeschlossenes Ausgleichsjahr, für das in nachfolgenden Jahren Korrekturen vorgenommen werden.

Korrekturmeldung ist die nochmalige Meldung der Daten eines Berichtsjahres in einem der Erstmeldung folgenden Meldejahr.

Berichtigungsmeldung ist die Datenmeldung, die innerhalb eines Erhebungszyklus eine vorhergegangene Meldung ersetzt. Sie wird von der Krankenkasse dann geliefert, sofern in der übermittelten Datenlieferung Unstimmigkeiten durch die Krankenkasse festgestellt wurden.

Meldejahr ist das Jahr, in dem die Datenmeldung erfolgt.

Schlüsseljahr beginnt am 15.04 eines Jahres und endet am 14.04. des Folgejahres, entsprechend der Gültigkeit des Pseudonymisierungsschlüssels.



Vorbemerkung

Für die Weiterentwicklung und Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 SGB V bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) nach § 30 RSAV das Nähere über das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung.

Dies betrifft gleichermaßen das Datenmeldeverfahren nach § 303b SGB V, das der GKV-Spitzenverband, das Bundesversicherungsamt sowie die nach § 303a Abs. 1 Satz 2 SGB V bestimmten Stellen (DIMDI) vereinbaren. Dieses Verfahren wird nach § 303b Abs. 2 Satz 2 SGB V Teil dieser Bestimmung.

Ergänzend wird in dieser Bestimmung im Abschnitt 2 das Verfahren zum Einkommensausgleich nach § 270a SGB V berücksichtigt. In den Anlagen 3.1 und 3.2 werden die Regelungen zum monatlichen Verfahren der Datenerhebung nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV sowie das jährliche Meldeverfahren für die Anwendung des § 43 Abs. 4 RSAV beschrieben.

Für die Sonderdatenerhebung nach § 269 Abs. 3b und 3c SGB V i.V.m. § 33a RSAV, eingeführt durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung vom 04.04.2017 (BGBl I Nr. 19, S. 778, HHVG) bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) zur Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V für das Schlüsseljahr 2018/2019 das Nähere über das Verfahren der Sonderdatenerhebung und -übermittlung für die Berichtsjahre 2016 und 2017.

Die Sonderdatenerhebung für das Folgegutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, nach § 269 Abs. 3c SGB V (Sondererhebung zu Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnli-



chem Aufenthalt im Ausland) für das Schlüsseljahr 2018/2019 wird in der Anlage 6.1 der Bestimmung geregelt.

Die Sonderdatenerhebung für das Folgegutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3b SGB V (Sondererhebung zum Krankengeldbezug) für das Schlüsseljahr 2018/2019 wird in der Anlage 6.2 der Bestimmung geregelt.

Die Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen der betreffenden Satzarten werden in der Anlage 6.3 der Bestimmung geregelt.

Erster Abschnitt: Datenerhebung nach §§ 30 und 32 RSAV

§ 1 Individualdaten

(1) Die gemäß §§ 30 und 32 RSAV zu erhebenden Individualdaten umfassen die Versichertenstammdaten, die Morbiditätsinformationen und die Leistungsausgaben für Versicherte nach § 1 Abs. 1 RSAV. Die Individualdaten der Versicherten werden pseudonymisiert. Eine nicht pseudonymisierte versichertenbezogene Zusammenführung der erhobenen Daten über mehrere Leistungsbereiche ist unzulässig. Die Weiterleitung und Zusammenführung der Individualdaten mit weiteren Erhebungsdaten erfolgt ausschließlich in pseudonymisierter Form.

(2) Für Versicherte nach § 1 Abs. 1 RSAV werden die Morbiditätsinformationen für die Bereiche Arzneimittelversorgung, Krankenhausversorgung, extrakorporale Blutreinigungen und ambulante ärztliche Versorgung pseudonymisiert erhoben. Zu den zu erhebenden Morbiditätsinformationen gehören insbesondere Angaben zu Diagnosen, extrakorporalen Blutreinigungen und verordneten Arzneimitteln. Die ambulanten Prozeduren und Operationen wer-



den abweichend zu § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres nicht erheben.

(3) Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 RSAV werden als Vollerhebung versichertenbezogen erhoben. Die Zuordnung der Leistungsausgaben zu den jeweiligen Hauptleistungsbereichen erfolgt nach Maßgabe der Anlage 1.1.

(4) Morbiditätsinformationen und Leistungsausgaben, die im Rahmen von Leistungen gem. § 11 Abs. 6 SGB V dokumentiert werden, sind in den Individualdaten nach Absatz 2 und 3 nicht zu erheben. Das Nähere zu den Inhalten, zur zeitlichen Abgrenzung sowie zum Datenmeldeformat der zu übermittelnden Individualdaten ist in Anlage 1.4 geregelt.

§ 2 Statusmerkmale

Die nach § 30 RSAV zu ermittelnden Versichertenstammdaten werden unter Berücksichtigung der §§ 1 und 2 RSAV selektiert. Zu nach Satz 1 selektierten Versichertentagen ermittelt die Krankenkasse folgende Statusmerkmale:

1. Die Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist (ehemals Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und die Bezieher einer Rente für Bergleute – nachfolgend Erwerbsminderungsrentner genannt),

2. Versicherte nach § 30 Abs. 1. Satz 1 Nr. 8 RSAV, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland haben,

3. Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V,



4. Versicherte mit Krankengeldanspruch nach §§ 44 und 45 SGB V,

5. Versicherte, die RSA-wirksam nach § 28d RSAV in ein nach § 137g SGB V zugelassenes Disease-Management-Programm eingeschrieben sind.

§ 3 Versicherungszeiten

(1) Es ist für das Berichtsjahr die Dauer der Versicherungszeit in Tagen nach § 30 Abs. 1 Nr. 1 RSAV sowie die Dauer der Zugehörigkeit zu einem Statusmerkmal (§ 2) in Tagen zu ermitteln (Versicherungszeit). Beginn und Ende der Zugehörigkeit zum jeweiligen Statusmerkmal richten sich nach den einschlägigen Meldeverfahren (insbesondere DEÜV-, KVdR-, DÜBAK- Meldeverfahren, Studenten-KV-Meldeverordnung, Bestimmung nach § 10 Abs. 6 SGB V sowie den hierzu ergangenen ergänzenden Verlautbarungen des GKV-Spitzenverbandes und ggf. anderer SV-Träger). Das Nähere dazu regelt die RSAV.

(2) Ändert sich bei einem Versicherten ein in § 2 Nr. 1 genanntes Statusmerkmal, ist für die Zugehörigkeit zu diesem Versichertenstatus bei Beziehen einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung der erste Tag des sechsten Monats vor Beginn der Rente, bei Beziehen einer Dauerrente das Datum des Rentenbeginns lt. Rentenbescheid maßgebend, frühestens jedoch jeweils der 1. Januar des jeweiligen Erhebungszeitraumes.

(3) Versichertentage werden auch dann gemeldet, wenn die Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erhalten bleibt oder für die Versicherten die Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 3a SGB V ruhen.

(4) Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB V ruhen, Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Abs. 4a SGB V gilt und deren nach § 10 SGB V versicherten Angehörige sowie Mitglieder, deren Leis-



tungsansprüche nach § 256a Absatz 4 SGB V ruhen¹, sind nach § 3 Abs. 3 i.V.m. § 2 Abs. 5 RSAV nicht zu selektieren.

§ 4 Erhebungsturnus

(1) Die Datenerhebung der Erstmeldung nach § 30 Abs. 1 RSAV wird jährlich und auf das Ausgleichsjahr bezogen vorgenommen. Die Erstmeldung erfolgt bis zum 15. August an das BVA.

(2) Die Korrekturmeldung gem. § 30 Abs. 4 Satz 2 RSAV erfolgt bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BVA. Die Korrekturmeldung erfolgt ausschließlich für die Satzarten 100, 400, 500 und 600. Das Nähere hierzu ist in Anlage 1.4 geregelt.

(3) Die Meldung der Datenerhebung zum monatlichen Ausgleichsverfahren nach § 32 RSAV für den Berichtszeitraum Januar bis Juni erfolgt bis zum 31. August des Berichtsjahres und für den Berichtszeitraum Januar bis Dezember bis zum 28. Februar des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

(4) Die Datenerhebung gem. § 30 Abs. 4 Satz 2. Halbsatz 2 RSAV erfolgt bis zum 15. April des Meldejahres. Damit werden die Satzart 100-Versichertenstammdaten des gleichen Schlüsseljahres korrigiert. Die Korrektur der Versichertenstammdaten wurde in Form der Satzart 110 erstmalig für die Berichtsjahre 2009 und 2010 erhoben. Das Nähere dazu ist in Anlage 1.4 geregelt.

¹ Davon ausgenommen sind Fälle des Beitragserlasses nach § 256a Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V.



§ 5 Erhebungsregion

Die Erhebungen sind bundesweit vorzunehmen.

§ 6 aufgehoben

§ 7 Pseudonymisierung

(1) Sämtliche versichertenbezogenen Daten werden vor ihrer Weiterleitung pseudonymisiert. Ein Rückschluss auf einzelne Versicherte ist nicht möglich.

(2) Die Pseudonymisierung muss für jeden Versicherten eindeutig sein. Das schlüsselabhängige Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zum 15. April stellt sicher, dass jedem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeordnet wird und die Daten über zwei Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Für jeden Versicherten kann innerhalb eines Schlüsseljahres das gleiche Pseudonym verwendet werden. Grundsätzlich sind im Falle von Kassenfusionen innerhalb eines Schlüsseljahres die Daten mit dem individuellen Schlüsselteil der aufnehmenden Kasse zu verschlüsseln.

(3) Sollte für Versicherte keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegen, so ist das Pseudonym wie folgt zu bilden:

Es ist als 19stelliges Pseudonym zu erzeugen, indem die Betriebsnummer der Krankenkasse in den ersten acht Stellen des Pseudonyms abgebildet wird. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die der Hauptkasse handeln. Die verbleibenden Stellen des Pseudonyms enthalten eine kassenintern vergebene Kennung, die den Versicherten von allen anderen Versicherten der Krankenkasse unterscheidet und in allen Berichtsjahren des Schlüsseljahres, in denen für den Versicherten keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegt, identisch



sein muss. Beim Zusammenschluss zweier Krankenkassen ist darauf zu achten, dass innerhalb des gleichen Schlüsseljahres ein Pseudonym nicht geändert wird.

(4) Das Nähere zum Pseudonymisierungsverfahren ist in Anlage 1.3 geregelt.

§ 8 Meldeverfahren

(1) Alle Satzarten, mit Ausnahme der Satzart 111, sind einheitlich auf dem Fusionsstand 1. Januar des Meldejahres zu melden. Für die Satzart 111 des 1. Halbjahres ist der Fusionsstand 30.6. des Berichtsjahres, für die Satzart 111 des gesamten Jahres ist der 31.12. des Berichtsjahres heranzuziehen.

(2) Die für die Datenübermittlung benötigten Datensätze sowie deren Erläuterungen sind der Anlage 1.4 und 1.4a zu entnehmen.

§ 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung

Gemäß § 30 Abs. 4 Satz 1 i.V.m. § 3 Abs. 4 Satz 2 RSAV hat der GKV-Spitzenverband die nach § 30 Abs. 1 RSAV erhobenen Daten vor Weiterleitung an das BVA auf Plausibilität und Vollständigkeit zu prüfen und stellt in diesem Rahmen sicher, dass die Daten von den Krankenkassen nach einheitlichen Grundsätzen erhoben werden. In der Praxis auftretende Fragestellungen im Zusammenhang mit den rechtlichen Vorgaben zur Datenerhebung werden durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen eines für die Krankenkassen verbindlichen MRSA-Fragenkataloges geklärt. Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband prüfen vor Weitergabe der Daten die Ergebnisse der Erhebungen auf Plausibilität nach den in Anlage 1.5 definierten Kriterien. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Ergebnisse seiner Plausibilitätsprüfung an das BVA gemäß der in Anlage 1.5 definierten Form.



Zweiter Abschnitt: Datenmeldung zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V

§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz

(1) Zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV erhebt der GKV-Spitzenverband monatlich den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz seiner Mitgliedskassen zusammen mit den in der KM1 gemeldeten Mitgliedern des Vormonats zum Meldemonat und leitet diese Informationen an das BVA weiter. Zur Durchführung des § 43 Abs. 4 RSAV (Jahresausgleich) übermitteln die Krankenkassen einmal jährlich die monatlichen kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze des Ausgleichsjahres sowie die Zahl der Mitglieder zum 15. eines Monats.

(2) Details zu den Datenmeldungen sind in den Anlagen 3.1 und 3.2 enthalten.

§ 11 Erhebungsgebiet

Die Erhebungen sind je Krankenkasse bundesweit vorzunehmen.

§ 12 Erhebungsturnus

(1) Die Erhebung der Daten nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV beginnt im Januar 2015 und wird folgend monatlich durchgeführt.

(2) Die Erhebung der Daten zur Anwendung von § 43 Abs. 4 RSAV wird von den Krankenkassen jährlich durchgeführt und beginnt im Meldejahr 2016.



§ 13 Meldeverfahren

Der GKV-Spitzenverband meldet die Daten nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV zum 5. eines Monats an das BVA. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach § 43 Abs. 4 RSAV bis zum 31.07. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten bis spätestens 15.08. des Meldejahres an das Bundesversicherungsamt.

§ 14 Plausibilitätsprüfungen

(1) Die Krankenkassen überprüfen die Daten nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV auf Richtigkeit und nehmen entsprechende Korrekturen vor, bevor die Daten vom GKV-Spitzenverband an das BVA übermittelt werden. Details zum Verfahren werden in der Anlage 3.1 dieser Bestimmung beschrieben.

(2) Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband prüfen die Daten nach § 43 Abs. 4 RSAV auf Plausibilität. Details zu den Prüfungen werden in Anlage 1.5 dieser Bestimmung beschrieben.

Dritter Abschnitt: Datenmeldung nach § 303b Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 SGB V

§ 15 Meldung der Versichertenpseudonyme und Postleitzahlen

(1) Die unter § 303b SGB V benannten Daten werden für die nach § 303e SGB V genannten Zwecke erhoben. Die Meldungen nach § 303b SGB V erfolgen für jede Krankenkasse versichertenbezogen.

(2) Die Krankenkassen ermitteln die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten (Regionalkennzeichen) zusammen mit den ermittelten Pseudonymen des jüngeren Berichtsjahres der Datenmeldung nach § 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz



2 RSAV. Die Informationen über den Wohnort (Postleitzahl) und die dazu ermittelten Versichertenpseudonyme werden in separaten Dateien übermittelt.

(3) Das Nähere zum Datenmeldeverfahren ist in der Anlage 5.1 dieser Bestimmung geregelt.

§ 16 Erhebungsgebiet

Die Erhebungen sind je Krankenkasse bundesweit vorzunehmen.

§ 17 Erhebungsturnus

Die Erhebung der Daten nach § 303b SGB V wird jährlich und auf das Kalenderjahr bezogen durchgeführt. Die Datenerhebung findet erstmals im Meldejahr 2016 statt und erfolgt zusammen mit den Datenmeldungen der Satzart 110 dieser Bestimmung.

§ 18 Meldeverfahren

Die Krankenkassen übermitteln die Daten bis zum 31.03. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten bis spätestens 15.04. des Meldejahres an das Bundesversicherungsamt.

§ 19 Pseudonymisierung

Sämtliche versichertenbezogene Daten werden vor ihrer Weiterleitung pseudonymisiert. Ein Rückschluss auf einzelne Versicherte ist nicht möglich. Näheres hierzu ist in Anlage 1.3 dargestellt.



§ 20 Plausibilitätsprüfungen

Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband prüfen die Daten nach § 303b SGB V auf Plausibilität. Details zu den Prüfungen werden in Anlage 1.5 dieser Datenbestimmung beschrieben.

Vierter Abschnitt: „Sonderdatenerhebung nach § 269 Abs. 3b und 3c SGB V“

§ 21 Datenerhebung

(1) Für das Folgegutachten nach § 269 Abs. 3c SGB V zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, erheben die Krankenkassen die in der Anlage 6.1 definierten Daten.

(2) Für das Folgegutachten nach § 269 Abs. 3b SGB V zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld erheben die Krankenkassen die in der Anlage 6.2 definierten Daten.

§ 22 Erhebungsgebiet

Die unter § 21 Abs. 1 und 2 genannten Erhebungen sind je Krankenkasse bundesweit vorzunehmen.

§ 23 Erhebungsturnus

Die Erhebungen der Daten nach § 21 Abs. 1 und 2 erfolgen im Rahmen einer Sondererhebung einmalig und finden im Schlüsseljahr 2018/2019 statt.



§ 24 Meldeverfahren

(1) Die Krankenkassen übermitteln die Daten für das Berichtsjahr 2016 nach § 269 Abs. 3b und 3c bis zum 31.05. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten bis spätestens 15.06. des Meldejahres an das Bundesversicherungsamt.

(2) Die Krankenkassen übermitteln die Daten für das Berichtsjahr 2017 nach § 269 Abs. 3b und 3c bis zum 31.07. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten bis spätestens 15.08. des Meldejahres an das Bundesversicherungsamt.

(3) Die Krankenkassen übermitteln die Daten für das Berichtsjahr 2016 und 2017 nach § 269 Abs. 3c bis zum 31.03. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Die Daten werden dadurch korrigiert. Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten bis spätestens 15.04. des Meldejahres an das Bundesversicherungsamt.

(4) Alle Satzarten sind einheitlich auf dem Fusionsstand 1. Januar des Meldejahres zu melden.

§ 25 Pseudonymisierung

Sämtliche versichertenbezogenen Daten werden vor ihrer Weiterleitung pseudonymisiert. Ein Rückschluss auf einzelne Versicherte ist nicht möglich. Näheres hierzu ist in Anlage 1.3 dargestellt.

§ 26 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen

Die Krankenkassen überprüfen die Daten nach § 269 Abs. 3b und 3c SGB V auf Richtigkeit und nehmen entsprechende Korrekturen vor, bevor die Daten



vom GKV-Spitzenverband an das BVA übermittelt werden. Details zum Verfahren werden in der Anlage 6.3 beschrieben.



Fünfter Abschnitt: Schlussvorschriften

§ 27 Aufbewahrungsfristen

Der § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV regelt die Aufbewahrungsfrist für alle im Rahmen der Durchführung des Risikostrukturausgleichs maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen im Sinne dieser Bestimmung.

§ 28 Bindungswirkung

Die in dieser Bestimmung geregelten Verpflichtungen der Krankenkassen oder auf Grundlage dieser Bestimmung getroffenen Entscheidungen des GKV-Spitzenverbandes sind für alle am RSA beteiligten Krankenkassen bindend.

§ 29 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Bestimmung tritt am 15.04.2018 in Kraft und gilt für das Schlüsseljahr 2018/2019.

(2) Der GKV-Spitzenverband wird in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Bestimmung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erkenntnisse verbessert oder infolge veränderter Verhältnisse angepasst werden muss.

(3) Die Bestimmung tritt außer Kraft mit dem Inkrafttreten einer anderen sie ersetzenden Bestimmung.

(4) Die Anpassung der Anlage 1.1 erfolgt nach Erlassstand und ist nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes durch das BVA bekanntzugeben.



Anlagen zu dieser Bestimmung

- Anlage 1.1₂₀₁₇: Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
- Anlage 1.1₂₀₁₈: Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
- Anlage 1.2: aufgehoben
- Anlage 1.3: Pseudonymisierung (zu §§ 7, 19 und 25 der Bestimmung)
- Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung)
- Anlage 1.4a: Erwerbsminderungsrentenarten (zu § 8 der Bestimmung)
- Anlage 1.5: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu §§ 9, 14 und 20 der Bestimmung)
- Anlage 2.1: Allgemeines zum Meldeverfahren nach §§ 8, 13, 18 und 24 der Bestimmung
- Anlage 3.1: Meldeverfahren zu § 43 Abs. 2 und 3 RSAV
- Anlage 3.2: Meldeverfahren zu § 43 Abs. 4 RSAV
- Anlage 5.1: Meldung der Postleitzahl an das DIMDI
- Anlage 6.1: Meldeverfahren zu § 269 Abs. 3c SGB V
- Anlage 6.2: Meldeverfahren zu § 269 Abs. 3b SGB V
- Anlage 6.3: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen zu § 26 der Bestimmung



Anlage 1.1₂₀₁₇:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2017

Ziel der Anlage 1.1₂₀₁₇ ist die Darstellung der gesamten berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Sie werden in Teil A dieser Anlage in berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für „standardisierte Leistungsausgaben“ (Spalte 1), „Satzungs- und Ermessensleistungen“ (Spalte 2), und „Verwaltungskosten“ (Spalte 3) unterteilt. Zusätzlich werden in Spalte 4 „strukturierte Behandlungsprogramme“ betreffende Konten nachrichtlich dargestellt.

Die in Teil A ausgewiesenen Konten in Spalte 1 werden entsprechend ihrer Ziffer von den Krankenkassen im jeweiligen Hauptleistungsbereich im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Sofern ein Konto mit P gekennzeichnet ist, werden die Einnahmen bzw. Ausgaben des Kontos pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

Zusätzlich zur Spalte 1 ist die Berücksichtigungsfähigkeit für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in den Spalten 2 und 3 in Teil A dieser Anlage mit „X“ gekennzeichnet. Die Kennzeichnung in Spalte 4 soll dem GKV-Spitzenverband bei der Festlegung der Höhe der DMP-Programmkostenpauschale gem. § 38 RSAV als Orientierung dienen.

Entsprechend dem jeweils aktuellen Erlass des BMGs zum GKV-Kontenrahmen, wird die Anlage 1.1 zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem BVA abgestimmt und vom BVA zeitnah veröffentlicht.

- A. Übersicht über die berücksichtigungsfähigen bzw. nicht berücksichtigungsfähigen Konten im Gesundheitsfonds nach §§ 36, 37 und 38 RSAV**
- A. 1 Kontenklasse 3 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Mittel aus dem Zusatzbeitrag, Vermögenserträge und sonstige Einnahmen der Krankenversicherung**

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------------------------|------|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) Standardisierte Leistungsaus- gaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 30 ¹ | | Vermögenserträge | | | |
| | 301 | Zinsen aus Geldanlagen | | | |
| | 3010 | -- | -- | -- | -- |
| | 3012 | -- | -- | -- | -- |
| | 303 | Zinsen aus Mitteln der Rückstellungen | | | |
| | 3030 | -- | -- | -- | -- |
| | 3031 | -- | -- | -- | -- |
| | 3033 | -- | -- | -- | -- |
| | 309 | Sonstige Vermögenserträge | | | |
| | 3090 | -- | -- | -- | -- |
| 31 ² | | Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe | | | |

¹ Erträge und Aufwendungen der eigenen betrieblichen Aktivitäten in Kontengruppe 30 bleiben unberücksichtigt.

² Erträge und Aufwendungen der eigenen betrieblichen Aktivitäten in Kontengruppe 31 bleiben unberücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|-------------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 310 | Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe | | | | |
| | 3100 | Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe | -- | -- | -- | -- |
| 32 | | Erstattungen und Einnahmen nach dem BVG, dem SGB V, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Art. 63 GRG | | | | |
| | 320 | Erstattungen nach dem BVG | | | | |
| | 3200 ³ | Erstattungen nach § 19 BVG a. F. | P | -- | -- | -- |
| | 3202 | Erstattungen nach § 19 BVG a. F. - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 321 ⁴ | Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB V | | | | |
| | 3214 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr | P | -- | -- | -- |
| | 3215 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre | P | -- | -- | -- |
| | 3216 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr | P | -- | -- | -- |
| | 3217 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre | P | -- | -- | -- |
| | 3218 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Altersrenten | P | -- | -- | -- |
| | 3219 | Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bei Übergangsgeld | P | -- | -- | -- |
| | 322 | Erstattungen und Einnahmen nach dem KVLG 1989 | | | | |
| | 3220 | Erstattungen nach § 13 Abs. 4 KVLG 1989 i.V.m. § 50 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3222 | Zuschüsse für Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 3223 | Zuschüsse nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 3224 | Einnahmen aus dem Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 323 | Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz | | | | |
| | 3230 | Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz | P | -- | -- | -- |
| | 3232 | Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 325 | Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. | | | | |
| | 3250 | Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. | P | -- | -- | -- |
| | 3252 | Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 326 | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V | | | | |
| | 3260 | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V | -- | -- | -- | -- |

³ Konto 3200 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

⁴ KA 321, Konten 3230 und 3250 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|-------------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 3262 | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 33 | | Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V | | | | |
| | 330 | Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden | | | | |
| | 3300 | Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden | -- | -- | -- | -- |
| | 332 | Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V | | | | |
| | 3320 | Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3322 | Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 335 | Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen | | | | |
| | 3350 | Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen | -- | -- | -- | -- |
| | 3352 | Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 336 | Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | | | | |
| | 3360 | Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | -- | -- | -- | -- |
| | 3362 | Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 338 | Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld | | | | |
| | 3380 | Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld | -- | -- | -- | -- |
| | 3382 | Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler - (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 34 | | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden | | | | |
| | 340 | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte | | | | |
| | 3400 ⁵ | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte | P | -- | -- | -- |
| | 3402 | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 341 | Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V | | | | |

⁵ Die Konten 3400 und 3410 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 3410 | Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V | P | -- | -- | -- |
| | 3412 | Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 35 | | Bußgelder und Vertragsstrafen | | | | |
| | 350 | Bußgelder und Vertragsstrafen | | | | |
| | 3500 | Bußgelder und Vertragsstrafen | -- | -- | -- | -- |
| 36 | | Gewinne durch Wertsteigerungen der Aktiva und Wertminderungen der Passiva | | | | |
| | 360 | Gewinne der Aktiva | | | | |
| | 3600 | Gewinne der Aktiva | -- | -- | -- | -- |
| | 365 | Gewinne der Passiva | | | | |
| | 3650 | Gewinne der Passiva | -- | -- | -- | -- |
| 37 | | Einnahmen aus Finanzausgleichen, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Mittel aus dem Zusatzbeitrag, Mittel aus dem Innovationsfonds, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle | | | | |
| | 370 | Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989 | | | | |
| | 3700 | Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 372 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle | | | | |
| | 3720 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen | -- | -- | -- | -- |
| | 3723 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3724 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3725 | Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 375 | Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V | | | | |
| | 3750 | Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V | -- | X | -- | -- |
| | 3752 | Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V - Altenteiler | -- | -- | -- | -- |
| | 376 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V | | | | |
| | 3760 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V - Abschlagsverfahren | -- | -- | -- | -- |
| | 3761 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich | -- | -- | -- | -- |
| | 3762 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag (ohne 3760 und 3761) – Forderungen/Verpflichtungen | -- | -- | -- | -- |
| | 377 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - | | | | |
| | 3770 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- |
| | 3771 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- |
| | 3772 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|----|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsaus- gaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 3773 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- | |
| 3775 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 40 RSAV - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- | |
| 378 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Spitzbetrag Jahresausgleich / Korrekturbeträge - | | | | | |
| 3780 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3781 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3782 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3783 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3785 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3786 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbetrag - | -- | -- | -- | -- | |
| 3787 | Korrekturbeträge nach § 39a Abs. 5 und § 42 Abs. 7 RSAV | -- | -- | -- | -- | |
| 379 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne 377 und 378) - Forderungen / Verpflichtungen - | | | | | |
| 3790 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - ohne 3770 und 3780 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3791 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - ohne 3771 und 3781 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3792 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - ohne 3772 und 3782 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3793 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - ohne 3773 und 3783 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3795 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – ohne 3775 und 3785 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3796 | Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 3797 | Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 3798 | Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen | -- | -- | -- | -- | |
| 38 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen | | | | | |
| 380 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen | | | | | |
| 3800 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen | -- | -- | -- | -- | |
| 3802 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 39 | Sonstige Einnahmen | | | | | |
| 393 | Verzugszinsen | | | | | |
| 3930 | Verzugszinsen | -- | -- | -- | -- | |
| 3932 | Verzugszinsen – Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|--|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 395 | | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel | | | | |
| 3950 | | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel | -- | -- | -- | -- |
| 3952 | | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 396 | | Erstattungen für Heilmittel | | | | |
| 3960 | | Erstattungen für Heilmittel | -- | -- | -- | -- |
| 3962 | | Erstattungen für Heilmittel - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 399 | | Übrige Einnahmen | | | | |
| 3990 | | Übrige Einnahmen | -- | -- | -- | -- |
| 3992 | | Übrige Einnahmen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |

A.2 Kontenklasse 4/5 – Leistungsaufwand der Krankenversicherung

Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (zu § 1 Abs. 3 der Bestimmung nach § 267 SGB V)

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---------------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 40 | | Ärztliche Behandlung | | | | |
| | 400 | Ärztliche Behandlung | | | | |
| | 4000 bis 4002 | Ärztliche Behandlung (ohne 4003 bis 4005) | | | | |
| | 4000 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4001 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4002 | Rentner und ihre Familienangehörige | 1 | -- | -- | -- |
| | 4003 bis 4005 | Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen | | | | |
| | 4003 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4004 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4005 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 401 | Ambulantes Operieren (ohne 462) | | | | |
| | 4010 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4011 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4012 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 402 | Dialyse-Sachkosten | | | | |
| | 4020 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| | 4021 | Familienangehörige der Mitglieder | 7 | -- | -- | -- |
| | 4022 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| | 403 | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen | | | | |
| | 4030 bis 4032 | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V | | | | |
| | 4030 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4031 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4032 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 4033 bis 4035 | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V | | | | |
| | 4033 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4034 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4035 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|--|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 4036 bis 4038 | Ambulante Behandlung in Hochschulambu- lanzen nach § 117 SGB V | | | | | |
| 4036 | Mitglieder ohne Rentner | | 1 | -- | -- | -- |
| 4037 | Familienangehörige der Mitglieder | | 1 | -- | -- | -- |
| 4038 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 1 | -- | -- | -- |
| 404 | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme | | | | | |
| 4040 bis 4042 | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043 bis 4045) | | | | | |
| 4040 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | -- | -- | X |
| 4041 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | -- | -- | X |
| 4042 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | -- | -- | X |
| 4043 bis 4045 | Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V | | | | | |
| 4043 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | -- | -- | X |
| 4044 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | -- | -- | X |
| 4045 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | -- | -- | X |
| 405 | Soziotherapie nach § 37a SGB V | | | | | |
| 4050 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4051 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4052 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 406 | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung | | | | | |
| 4060 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4061 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4062 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 408 | Leistungen nach § 73b SGB V | | | | | |
| 4080 | Mitglieder ohne Rentner | | 1 | -- | -- | -- |
| 4081 | Familienangehörige der Mitglieder | | 1 | -- | -- | -- |
| 4082 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 1 | -- | -- | -- |
| 409 | Leistungen nach § 73c SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | | |
| 4090 | Mitglieder ohne Rentner | | 1 | -- | -- | -- |
| 4091 | Familienangehörige der Mitglieder | | 1 | -- | -- | -- |
| 4092 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 1 | -- | -- | -- |
| 41 | Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz - | | | | | |
| 410 | Konservierend-chirurgische Behandlung | | | | | |
| 4100 | Mitglieder ohne Rentner | | 2 | -- | -- | -- |
| 4101 | Familienangehörige der Mitglieder | | 2 | -- | -- | -- |
| 4102 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 2 | -- | -- | -- |
| 411 | Verhütung von Zahnkrankheiten nach § 22a SGB V | | | | | |
| 4110 | Mitglieder ohne Rentner | | 2 | -- | -- | -- |
| 4111 | Familienangehörige der Mitglieder | | 2 | -- | -- | -- |
| 4112 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 2 | -- | -- | -- |
| 412 | KfO-Behandlung | | | | | |
| 4120 bis 4122 | KfO-Behandlung - Honorar | | | | | |
| 4120 | Mitglieder ohne Rentner | | 2 | -- | -- | -- |
| 4121 | Familienangehörige der Mitglieder | | 2 | -- | -- | -- |
| 4122 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 2 | -- | -- | -- |
| 4123 bis 4125 | KfO-Behandlung - Pauschalzahlungen | | | | | |
| 4123 | Mitglieder ohne Rentner | | 2 | -- | -- | -- |
| 4124 | Familienangehörige der Mitglieder | | 2 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4125 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 413 | KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors | | | | |
| 4130 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4131 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4132 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 414 | KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors | | | | |
| 4140 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4141 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4142 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 415 | Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – Kinder (FU) | | | | |
| 4150 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4151 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4152 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 416 | Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre) | | | | |
| 4160 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4161 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4162 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 417 | Fissurenversiegelung | | | | |
| 4170 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4171 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4172 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 418 | Parodontose-Behandlung | | | | |
| 4180 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4181 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4182 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 419 | Sonstige zahnärztliche Leistungen | | | | |
| 4190 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4191 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4192 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 42 | Zahnersatz | | | | |
| 426 | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V | | | | |
| 4260 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4261 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4262 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 427 | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V | | | | |
| 4270 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4271 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4272 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 428 | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V | | | | |
| 4280 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4281 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4282 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 43 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen | | | | |
| 430 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4300 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4301 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4302 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 433 | Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter | | | | |
| 4330 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4331 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------------------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4332 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 434 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | | | | |
| 4340 bis 4342 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung | | | | |
| 4340 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4341 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4342 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 4343 bis 4345 | Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | | | | |
| 4343 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4344 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4345 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 4346 bis 4348 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | | | | |
| 4346 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4347 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4348 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 435 | Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4350 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4351 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4352 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 436 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4360 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4361 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4362 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 437 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung | | | | |
| 4370 bis 4372 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung | | | | |
| 4370 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4371 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4372 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 4373 bis 4375 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | | | | |
| 4373 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4374 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4375 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 438 | Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung | | | | |
| 4380 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4381 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4382 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 439 ⁶ | Arzneimittelrabatte | | | | |

⁶ Kontenart 439 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 3 berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---------------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 4390 bis 4392 | Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer | | | | |
| | 4390 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| | 4391 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| | 4392 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| | 4393 bis 4395 | Gesetzliche Rabatte von Apotheken | | | | |
| | 4393 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| | 4394 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| | 4395 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| | 4396 bis 4398 | Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern | | | | |
| | 4396 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| | 4397 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| | 4398 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 44 | | Hilfsmittel | | | | |
| | 440 | Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | | | | |
| | 4400 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4401 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4402 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 441 | Hilfsmittel der Orthopädietechnik | | | | |
| | 4410 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4411 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4412 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 444 | Hilfsmittel der Medizintechnik | | | | |
| | 4440 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4441 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4442 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 445 | Hilfsmittel der Rehathechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel | | | | |
| | 4450 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4451 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4452 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 446 | Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare) | | | | |
| | 4460 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4461 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4462 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 447 | Hörhilfen | | | | |
| | 4470 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | - | -- | -- |
| | 4471 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4472 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 448 | Sachleistungen bei Dialyse | | | | |
| | 4480 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| | 4481 | Familienangehörige der Mitglieder | 7 | -- | -- | -- |
| | 4482 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| | 449 | Sonstige Hilfsmittel | | | | |
| | 4490 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4491 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4492 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 45 | | Heilmittel | | | | |
| | 450 | Physikalische Therapie –vertragsärztliche /vertragszahnärztliche Versorgung - | | | | |
| | 4500 bis 4502 | Physikalische Therapie – nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| | 4500 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|--|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 4501 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4502 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 4503 bis 4505 | Physikalische Therapie – nur vertragszahn- ärztliche Versorgung - | | | | |
| 4503 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4504 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4505 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 453 | Behandlung durch sonstige Heilpersonen (oh- ne 450, 454, 455, 459) | | | | |
| 4530 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4531 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4532 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 454 | Ergotherapeutische Leistungen – nur ver- tragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4540 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4541 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4542 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 455 | Logopädische/sprachtherapeutische Leistun- gen –vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung - | | | | |
| 4550 bis 4552 | Logopädische/sprachtherapeutische Leistun- gen – nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4550 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4551 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4552 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 4553 bis 4555 | Logopädische/sprachtherapeutische Leistun- gen – nur vertragszahnärztliche Versorgung - | | | | |
| 4553 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4554 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4555 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 457 | Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spe- zialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V | | | | |
| 4570 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4571 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4572 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 458 | Podologische Leistungen – nur vertragsärztli- che Versorgung - | | | | |
| 4580 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4581 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4582 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 459 | Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertrags- ärztlichen Versorgung -sowie Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Pal- liativversorgung (SAPV) | | | | |
| 4590 bis 4592 | Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertrags- ärztlichen Versorgung - | | | | |
| 4590 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4591 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4592 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 4593 bis 4595 | Heilmittel im Rahmen der spezialisierten am- bulanten Palliativversorgung | | | | |
| 4593 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4594 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4595 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|-------------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 46 | | Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 460 | Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4600, bis 4602 | Krankenhausbehandlung ohne 4603 bis 4606 und 4608 | | | | |
| | 4600 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4601 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4602 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 4603 bis 4605 | Stationäre psychiatrische Behandlung | | | | |
| | 4603 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4604 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4605 | Rentner ohne Familienangehörige | 4 | -- | -- | -- |
| | 4606 und 4608 | Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern | | | | |
| | 4606 ⁷ | Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (ohne 4608) | P | -- | -- | -- |
| | 4608 | Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Altenteiler - nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 461 | Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4610 bis 4612 | Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615) | | | | |
| | 4610 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4611 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4612 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 4613, bis 4615 | Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4613 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4614 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4615 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 462 | Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) | | | | |
| | 4620 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4621 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4622 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 463 | Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4630 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4631 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4632 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 464 | Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 5760 bis 5762) | | | | |
| | 4640 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4641 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4642 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 465 | Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 5760 bis 5762) | | | | |
| | 4650 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4651 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4652 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |

⁷ Konto 4606 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 4 berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 466 | Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765) | | | | | |
| 4660 | Mitglieder ohne Rentner | | 7 | -- | -- | -- |
| 4661 | Familienangehörige der Mitglieder | | 7 | -- | -- | -- |
| 4662 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 7 | -- | -- | -- |
| 469 | Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG | | | | | |
| 4690 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 4691 | Familienangehörige der Mitglieder | | 4 | -- | -- | -- |
| 4692 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 4 | -- | -- | -- |
| 47 | Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld | | | | | |
| 470 | Krankengeld (ohne 471 und 472) | | | | | |
| 4700 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 471 | Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes | | | | | |
| 4710 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 472 | Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch | | | | | |
| 4720 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 478 | Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld | | | | | |
| 4780 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 48 | Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht | | | | | |
| 480 | Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand | | | | | |
| 4800 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4801 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4802 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 481 | Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V | | | | | |
| 4810 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4811 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4812 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 482 | Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht | | | | | |
| 4820 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4821 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4822 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 483 | Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V | | | | | |
| 4830 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4831 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 484 | Behandlung im Ausland - Mehrleistung | | | | | |
| 4840 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | X | -- | -- |
| 4841 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | X | -- | -- |
| 4842 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | X | -- | -- |
| 485 | Arznei- und Verbandmittel im Ausland | | | | | |
| 4850 | Mitglieder ohne Rentner | | 3 | -- | -- | -- |
| 4851 | Familienangehörige der Mitglieder | | 3 | -- | -- | -- |
| 4852 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 3 | -- | -- | -- |
| 486 | Krankenhausbehandlung im Ausland | | | | | |
| 4860 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 4861 | Familienangehörige der Mitglieder | | 4 | -- | -- | -- |
| 4862 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 4 | -- | -- | -- |
| 487 | Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht | | | | | |
| 4870 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4871 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4872 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 488 | Dialysebehandlung im Ausland | | | | |
| 4880 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| 4881 | Familienangehörige der Mitglieder | 7 | -- | -- | -- |
| 4882 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| 489 | Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140 e SGB V | | | | |
| 4890 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4891 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4892 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 49 | Fahrkosten | | | | |
| 492 | Flugrettung | | | | |
| 4920 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4921 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4922 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 493 | Krankentransportwagen | | | | |
| 4930 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4931 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4932 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 494 | Rettungswagen | | | | |
| 4940 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4941 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4942 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 495 | Notarztwagen | | | | |
| 4950 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4951 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4952 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 496 | Taxen und Mietwagen | | | | |
| 4960 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4961 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4962 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 499 | Sonstige Fahrkosten | | | | |
| 4990 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4991 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4992 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 50 | Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter | | | | |
| 500 | Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistungen - (ohne 579 und 581) | | | | |
| 5000 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5001 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5002 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 501 | Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581) | | | | |
| 5010 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5011 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5012 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 502 | Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581) | | | | |
| 5020 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5021 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5022 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 503 | Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) - | | | | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5030 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5031 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5032 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 504 | Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579) | | | | |
| 5040 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5041 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5042 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 505 | Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504 und 579) | | | | |
| 5050 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5051 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5052 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 506 | Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579) | | | | |
| 5060 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5061 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5062 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 508 | Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579) | | | | |
| 5080 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5081 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5082 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 509 | Persönliche Budget nach § 17 SGB IX | | | | |
| 5090 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5091 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5092 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 51 | Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe | | | | |
| 510 | Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133) | | | | |
| 5100 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5101 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5102 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 511 | Primäre Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V – verhaltensbezogene Prävention | | | | |
| 5110 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5111 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5112 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 512 | Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern | | | | |
| 5120 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5121 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5122 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 513 | Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss | | | | |
| 5130 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5131 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5132 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 514 | Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss | | | | |
| 5140 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5141 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5142 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 515 | Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren | | | | |
| 5155 | Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V - Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|---|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5156 | Mittel nach § 20b Absatz 4 SGB V | 5 | -- | -- | -- |
| 516 | Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) sowie Zahlungen nach der Isch-GKVLV | | | | |
| 5160 bis 5162 | Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) | | | | |
| 5160 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 5161 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 5162 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 5163 bis 5165 | Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISch-GKVLV) | | | | |
| 5163 | Mitglieder ohne Rentner | X | -- | -- | -- |
| 5164 | Familienangehörige der Mitglieder | X | -- | -- | -- |
| 5165 | Rentner und ihre Familienangehörigen | X | -- | -- | -- |
| 517 | Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung | | | | |
| 5170 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5171 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5172 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 518 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Ermessensleistung | | | | |
| 5180 bis 5182 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen) | | | | |
| 5180 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5181 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5182 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 5183 bis 5185 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar | | | | |
| 5183 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5184 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5185 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 5186 bis 5188 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe) | | | | |
| 5186 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 5187 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 5188 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 519 ⁸ | Rabatte auf Impfstoffe | | | | |
| 5190 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| 5191 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5192 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 52 | Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben / Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin | | | | |
| 520 | Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern | | | | |
| 5200 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5201 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5202 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 521 | Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen | | | | |
| 5210 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5211 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |

⁸ KA 519 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 3 berücksichtigt.

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5212 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 522 | Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern | | | | |
| 5220 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5221 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5222 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 523 | Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten | | | | |
| 5230 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5231 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5232 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 524 | Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V | | | | |
| 5240 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5241 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5242 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 525 | Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V | | | | |
| 5250 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5251 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5252 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 526 | Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben | | | | |
| 5260 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5261 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5262 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 527 | Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie besonderer Therapieformen (§§ 65b und 65d SGB V) | | | | |
| 5270 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5271 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5272 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 528 | Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V | | | | |
| 5280 | Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V - ambulanter Bereich | | | | |
| 5280 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5281 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5282 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 5283 | Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V - stationärer Bereich | | | | |
| 5283 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5284 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5285 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 53 | Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch | | | | |
| 530 | Ärztliche Beratung und Behandlung | | | | |
| 5300 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5301 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5302 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 531 | Krankenhausbehandlung | | | | |
| 5310 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5311 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5312 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 532 | Arznei- und Verbandmittel | | | | |
| 5320 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 5321 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 5322 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 537 | Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG | | | | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---------------|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 5370 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- |
| | 5371 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- |
| | 5372 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- |
| | 539 | Übrige Aufwendungen | | | |
| | 5390 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- |
| | 5391 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- |
| | 5392 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- |
| 54 | | Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen | | | |
| | 540 | Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden | | | |
| | 5400 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- |
| | 5401 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- |
| | 5402 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- |
| | 541 | Rehabilitationssport | | | |
| | 5410 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- |
| | 5411 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- |
| | 5412 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- |
| | 542 | Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583) | | | |
| | 5420 | Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | |
| | 5420 | Mitglieder ohne Rentner | | X | -- |
| | 5421 | Familienangehörige der Mitglieder | | X | -- |
| | 5422 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | X | -- |
| | 5423 | Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 2 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | |
| | 5423 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- |
| | 5424 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- |
| | 5425 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- |
| | 543 | Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V / Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V | | | |
| | 5430 bis 5432 | Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V | | | |
| | 5430 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- |
| | 5431 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- |
| | 5432 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- |
| | 5433 | Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V | | | |
| | 5433 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- |
| | 5434 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- |
| | 5435 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- |
| | 544 | Behandlung in psychiatrischen / geriatrischen Institutsambulanzen | | | |
| | 5440 bis 5442 | Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V | | | |
| | 5440 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- |
| | 5441 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- |
| | 5442 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- |
| | 5443 | Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V | | | |
| | 5445 | | | | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5443 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5444 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5445 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 545 | Belastungserprobung und Arbeitstherapie | | | | |
| 5450 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5451 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5452 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 546 | Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547 und 579) | | | | |
| 5460 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5461 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5462 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 547 | Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546 und 578) | | | | |
| 5470 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5471 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5472 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 548 | Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX | | | | |
| 5480 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5481 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5482 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 549 | Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX | | | | |
| 5490 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5491 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5492 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 55 | Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft | | | | |
| 550 | Ärztliche Betreuung | | | | |
| 5500 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5501 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5502 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 551 | Hebammenhilfe | | | | |
| 5510 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5511 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5512 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 552 | Stationäre Entbindung | | | | |
| 5520 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5521 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5522 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 553 | Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung | | | | |
| 5530 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5531 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5532 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 554 | Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung | | | | |
| 5540 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5541 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5542 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 555 | Sonstige Sachleistungen | | | | |
| 5550 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5551 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5552 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---------------------|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| | 556 | Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutter- schaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld | | | | |
| | 5560 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5562 | Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 559 | Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG | | | | |
| | 5590 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 5591 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 5592 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 56 | | Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege | | | | |
| | 560 | Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung - | | | | |
| | 5600 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | -- |
| | 561 | Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung - | | | | |
| | 5610 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | -- |
| | 562 | Betriebshilfe - Mehrleistung - | | | | |
| | 5620 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | -- |
| | 5621 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | -- | -- | -- |
| | 563 | Behandlungspflege und Intensivpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V | | | | |
| | 5630 bis 5632 | Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (ohne 5633 bis 5635) | | | | |
| | 5630 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5631 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 5632 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 5633 bis 5635 | Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtun- gen | | | | |
| | 5633 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5634 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 5635 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 5636 bis 5638 | Intensivpflege ambulant | | | | |
| | 5636 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5637 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 5638 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 564 | Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung - | | | | |
| | 5640 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5641 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 5642 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 565 | Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung - | | | | |
| | 5650 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5651 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 5652 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 566 | Haushaltshilfe - Mehrleistung - | | | | |
| | 5660 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| | 5661 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| | 5662 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| | 567 | Häusliche Krankenpflege - Regelleistung - | | | | |
| | 5670 bis 5672 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | |
| | 5670 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 5671 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 5672 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|---|----|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5673 bis 5675 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 1 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | | |
| 5673 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- | |
| 5674 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- | |
| 5675 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- | |
| 568 | Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung | | | | | |
| 5680 bis 5682 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | | |
| 5680 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- | |
| 5681 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- | |
| 5682 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- | |
| 5683 bis 5685 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | | |
| 5683 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- | |
| 5684 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- | |
| 5685 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- | |
| 569 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V / Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V | | | | | |
| 5690 bis 5692 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V | | | | | |
| 5690 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- | |
| 5691 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- | |
| 5692 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- | |
| 5693 bis 5695 | Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V | | | | | |
| 5693 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- | |
| 5694 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- | |
| 5695 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- | |
| 57 | Besondere Versorgung nach § 140a SGB V / Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung (ohne 586, 587, 588 und 589) | | | | | |
| 570 | Ambulante ärztliche Behandlung | | | | | |
| 5700 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- | |
| 5701 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- | |
| 5702 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- | |
| 571 | Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz | | | | | |
| 5710 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- | |
| 5711 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- | |
| 5712 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- | |
| 572 | Sachleistungen bei Dialyse | | | | | |
| 5720 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- | |
| 5721 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- | |
| 5722 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- | |
| 573 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen | | | | | |
| 5730 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- | |
| 5731 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- | |
| 5732 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- | |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|--|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 574 | Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen | | | | | |
| 5740 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5741 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5742 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 575 | Hilfsmittel | | | | | |
| 5750 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5751 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5752 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 576 | Krankenhausbehandlung, stationäre An- schluss-Rehabilitation und teilstationäre Be- handlung in Dialysestationen | | | | | |
| 5760 | Krankenhausbehandlung und stationäre An- schluss-Rehabilitation im Rahmen der Verträ- ge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | | |
| 5760 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 5761 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 5762 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 4 | -- | -- | -- |
| 5763 | Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 gel- tenden Fassung | | | | | |
| 5763 | Mitglieder ohne Rentner | | 7 | -- | -- | -- |
| 5764 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | 7 | -- | -- | -- |
| 5765 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 7 | -- | -- | -- |
| 577 | Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen) | | | | | |
| 5770 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5771 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5772 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 578 | Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Lei- stungsausgaben | | | | | |
| 5780 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5781 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5782 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 579 | Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen | | | | | |
| 5790 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | X | -- | -- |
| 5791 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | | -- | X | -- | -- |
| 5792 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | X | -- | -- |
| 58 | Mehreleistungen im Rahmen DMP / Beson- dere Versorgung nach § 140a SGB V / In- tegrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung (oh- ne 57) / Projekte nach § 92a SGB V | | | | | |
| 581 | Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP | | | | | |
| 5810 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | -- | -- | X |
| 5811 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | -- | -- | X |
| 5812 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | -- | -- | X |
| 583 | Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP | | | | | |
| 5830 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | -- | -- | X |
| 5831 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | -- | -- | X |
| 5832 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | -- | -- | X |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|--------------------|---|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 584 ⁹ | Ausgaben für Projekte nach § 92a SGB V | | | | |
| 5840 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5841 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5842 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 586 | Leistungen nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V | | | | |
| 5860 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5861 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5862 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 587 ¹⁰ | Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung – Rabatte | | | | |
| 5870 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| 5871 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5872 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 588 ¹¹ | Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen nach § 140a SGB V und Leistungen nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | |
| 5880 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| 5881 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5882 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 589 | Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V | | | | |
| 5890 ¹² | Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V | P | -- | -- | -- |
| 5892 | Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V - Altenteiler (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 59 | Sonstige Leistungen | | | | |
| 590 | Medizinischer Dienst | | | | |
| 5900 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5901 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5902 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 591 | Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590) | | | | |
| 5910 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5911 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5912 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 592 | Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 26 Abs. 3 SGB IX) | | | | |
| 5920 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5921 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5922 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 593 | Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V | | | | |
| 5930 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | X | -- |
| 5931 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | X | -- |
| 5932 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | -- | X | -- |
| 594 | Zuschüsse zu stationären Hospizen | | | | |

⁹ KA 584 wird um KA 375 vermindert

¹⁰ KA 587 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹¹ KA 588 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹² Konto 5890 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------------------------------|--|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5940 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5941 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5942 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 595 | Förderung ambulanter Hospizdienste / Gesundheitliche Versorgungsplanung | | | | |
| 5950 bis 5952 | Förderung ambulanter Hospizdienste | | | | |
| 5950 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5951 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5952 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 5953 bis 5955 | Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V | | | | |
| 5953 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5954 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5955 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 596 | Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V | | | | |
| 5960 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5961 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5962 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 597 | Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V | | | | |
| 5970 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5971 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5972 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 598 | Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen | | | | |
| 5980 und 5982 ¹³ | Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 | | | | |
| 5980 | Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5982 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 5985 und 5987 ¹⁴ | Vorauszahlungen von Zuzahlungen | | | | |
| 5985 | Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5987 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 599 | Übrige Leistungen | | | | |
| 5990 bis 5992 | Übrige Leistungen | | | | |
| 5990 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5991 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5992 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 5993 bis 5995 | Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen | | | | |

¹³ Die Konten 5980 und 5982 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹⁴ Die Konten 5985 und 5987 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|--------------------------------------|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5993 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5994 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5995 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |

A.3 Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen der Krankenversicherung

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 60 | | Schuldzinsen und sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66) | | | | |
| | 601 | Schuldzinsen | | | | |
| | 6010 | Schuldzinsen | -- | -- | -- | -- |
| | 603 | Zuschreibungen zu Rückstellungen | | | | |
| | 6030 | Zuschreibungen zur Versorgungsrücklage | -- | -- | -- | -- |
| | 6031 | Zuschreibungen zu Rückstellungen für Verpflichtung aus Altersversorgungsversagen | -- | -- | -- | -- |
| | 6033 | Zuschreibungen zu Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 171e SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 609 | Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66) | | | | |
| | 6090 | Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66) | -- | -- | -- | -- |
| 61 | | Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe | | | | |
| | 610 | Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe | | | | |
| | 6100 | Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe | -- | -- | -- | -- |
| 62 | | Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG 1989 | | | | |
| | 620 | Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG 1989 | | | | |
| | 6202 | Zahlungen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| 63 | | Aufwendungen bei Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung sowie Aufwendungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V und Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V | | | | |
| | 630 | Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V | | | | |
| | 6300 | Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 6302 | Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V – Altenteiler - | -- | -- | -- | -- |
| | 632 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V | | | | |
| | 6320 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 6322 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 633 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen | | | | |
| | 6330 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen | -- | -- | -- | -- |
| | 6332 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen – Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 634 | Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen | | | | |
| 6340 | Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen | -- | -- | -- | -- |
| 6342 | Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 635 | Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V | | | | |
| 6350 | Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6352 | Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 636 | Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | | | | |
| 6360 | Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | -- | -- | -- | -- |
| 6362 | Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 638 | Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V | | | | |
| 6380 | Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6382 | Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 639 | Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) | | | | |
| 6390 | Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) | -- | -- | -- | -- |
| 6392 | Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 64 | Aufwendungen für Innovationsfonds und Strukturfonds | | | | |
| 640 | Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Innovationsfonds und Strukturfonds (Gesundheitsfonds) | | | | |
| 6400 | Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 6401 | Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| | 641 | Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds | | | |
| | 6410 | Finanzierungsanteil nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V der Krankenkassen am Innovationsfonds | -- | X | -- |
| | 6412 | Finanzierungsanteil der LKK am Innovationsfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V – Altenteiler - | -- | -- | -- |
| | 642 | Aufwendungen der Krankenkassen für den Strukturfonds (LKK) | | | |
| | 6420 | Finanzierungsanteil der LKK am Strukturfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | -- | -- | -- |
| | 6422 | Finanzierungsanteil der LKK am Strukturfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V – Altenteiler - | -- | -- | -- |
| 65 | | Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung | | | |
| | 650 | Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung | | | |
| | 6500 | Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung | -- | -- | -- |
| 66 | | Verluste durch Wertminderungen der Aktiva und durch Wertsteigerungen der Passiva | | | |
| | 660 | Verluste der Aktiva | | | |
| | 6600 | Verluste der Aktiva | -- | -- | -- |
| | 665 | Verluste der Passiva | | | |
| | 6650 | Verluste der Passiva | -- | -- | -- |
| 67 | | Ausgaben für Finanzausgleiche, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, Umlagebeiträge für Haftungsverbände | | | |
| | 670 | Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V | | | |
| | 6700 | Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V | -- | -- | -- |
| | 672 | Ausgaben für finanzielle Hilfen | | | |
| | 6720 | Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände | -- | -- | -- |
| | 6723 | Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V | -- | -- | -- |
| | 6724 | Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V | -- | -- | -- |
| | 6725 | Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- |
| | 676 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich (Gesundheitsfonds) | | | |
| | 6760 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – monatliches Verfahren - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|----|--|---|-------------------------------|---|
| | | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 6761 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Strukturanpassungen - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- | |
| 6762 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- | |
| 677 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - (Gesundheitsfonds) | | | | | |
| 6776 | Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – Gesundheitsfonds | -- | -- | -- | -- | |
| 6777 | Zuweisungen – Strukturanpassungen – Gesundheitsfonds | -- | -- | -- | -- | |
| 678 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds) | | | | | |
| 6787 | Korrekturbeträge nach § 39a Absatz 5 und § 42 Absatz 7 RSAV (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- | |
| 6789 | Zuweisungen – Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- | |
| 68 | Bonuszahlungen nach § 84 Abs. 4 und 8 SGB V | | | | | |
| 680 | Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V | | | | | |
| 6800 | Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 6802 | Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 681 | Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V | | | | | |
| 6810 | Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs.8 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 6812 | Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 69 | Sonstige Aufwendungen | | | | | |
| 691 | Zahlungen nach G 131 (ohne § 63 dieses Gesetzes) | | | | | |
| 6910 | Zahlungen nach G 131 (ohne § 63 dieses Gesetzes) | -- | -- | X | -- | |
| 692 | Zwangsgelder nach § 175 Abs. 2a SGB V / § 252 Abs. 6 SGB V | | | | | |
| 6920 | Zwangsgelder nach § 175 Abs. 2a SGB V / § 252 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 693 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X, § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV und § 66 SGB XI | | | | | |
| 6930 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X und § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV | -- | -- | -- | -- | |
| 6932 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X und § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 6933 | Zinsen an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung | -- | -- | -- | -- | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|---|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 694 | Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte | | | | |
| 6940 | Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte | -- | -- | X | -- |
| 695 | Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung | | | | |
| 6950 | Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung | -- | -- | X | -- |
| 696 | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation | | | | |
| 6960 | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation | -- | -- | -- | -- |
| 6962 | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 697 | Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte | | | | |
| 6970 | Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte | -- | -- | X | -- |
| 699 | Übrige Aufwendungen | | | | |
| 6990 | Übrige Aufwendungen | -- | -- | -- | -- |
| 6991 | Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |

A.4 Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwal- tungskosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 70 | | Persönliche Verwaltungskosten | | | |
| | 700 | Dienstbezüge, Gehälter und Löhne | | | |
| | 7000 | -- | -- | X | -- |
| | 7001 | -- | -- | X | -- |
| | 7003 | -- | -- | X | -- |
| | 7004 | -- | -- | X | -- |
| | 701 | Versicherungsbeiträge und Prämien | | | |
| | 7010 | -- | -- | X | -- |
| | 7011 | -- | -- | X | -- |
| | 7012 | -- | -- | X | -- |
| | 7015 | -- | -- | X | -- |
| | 7016 | -- | -- | X | -- |
| | 702 | Versorgungsaufwendungen, Aufwendungen für Altersteilzeit und Wertguthaben nach § 7b SGB IV | | | |
| | 7020 | -- | -- | X | -- |
| | 7021 | -- | -- | X | -- |
| | 7022 | -- | -- | X | -- |
| | 7023 | -- | -- | X | -- |
| | 7024 | -- | -- | X | -- |
| | 7025 | -- | -- | X | -- |
| | 7026 | -- | -- | X | -- |
| | 7027 | -- | -- | X | -- |
| | 7028 | -- | -- | X | -- |
| | 703 | Beihilfen, Unterstützungen und Fürsorgeleistungen | | | |
| | 7030 | -- | -- | X | -- |
| | 7031 | -- | -- | X | -- |
| | 7032 | -- | -- | X | -- |
| | 7033 | -- | -- | X | -- |
| | 704 | Sonstige persönliche Verwaltungskosten | | | |
| | 7040 | -- | -- | X | -- |
| | 7042 | -- | -- | X | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 7044 | Zuschüsse im Rahmen der Wohnungsfürsorge | -- | -- | X | -- |
| 7049 | Übrige persönliche Verwaltungskosten | -- | -- | X | -- |
| 705 | Aufwandsentschädigungen für Werbemaßnahmen | | | | |
| 7050 | Aufwandsentschädigung an Mitarbeiter | -- | -- | X | -- |
| 7051 | Aufwandsentschädigungen an andere | -- | -- | X | -- |
| 71 | Sächliche Verwaltungskosten | | | | |
| 710 | Allgemeine Sachkosten der Verwaltung | | | | |
| 7100 | Geschäftsbedarf | -- | -- | X | -- |
| 7101 | Bücher und Zeitschriften | -- | -- | X | -- |
| 7102 | Post- und Fernmeldegebühren | -- | -- | X | -- |
| 7103 | Berufliche Bildung des Personals | -- | -- | X | -- |
| 7104 | Reisekostenvergütung (ohne 72) | -- | -- | X | -- |
| 7105 | Außergewöhnlicher Aufwand des hauptamtlichen Vorstandes/der Geschäftsführung | -- | -- | X | -- |
| 7106 | Aufklärungsmaßnahmen (ohne KG 51) | -- | -- | X | -- |
| 7107 | Dienst- und Schutzkleidung | -- | -- | X | -- |
| 7108 | Werbemaßnahmen | -- | -- | X | -- |
| 7109 | Sonstige Sachkosten der Verwaltung | -- | -- | X | -- |
| 711 | Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | | | | |
| 7110 | Bewirtschaftung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | -- | -- | X | -- |
| 7111 | Mieten und Pachten für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen | -- | -- | X | -- |
| 7112 | Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | -- | -- | X | -- |
| 7113 | Abschreibungen für Gebäude | -- | -- | X | -- |
| 7114 | Sonstige Kosten der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | -- | -- | X | -- |
| 7115 | Abschreibungen von technischen Anlagen | -- | -- | X | -- |
| 7119 | Frei für Zwecke der Krankenkassen | -- | -- | X | -- |
| 712 | Fahrzeuge | | | | |
| 7120 | Betrieb von Kraftfahrzeugen (ohne 7121) | -- | -- | X | -- |
| 7121 | Abschreibungen von Kraftfahrzeugen | -- | -- | X | -- |
| 713 | Gegenstände der beweglichen Einrichtung | | | | |
| 7130 | Kosten der Gegenstände der beweglichen Einrichtung | -- | -- | X | -- |
| 7131 | Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung | -- | -- | X | -- |
| 7132 | Mieten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung | -- | -- | X | -- |
| 7133 | Kosten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen (ohne 7134 und 7135) | -- | -- | X | -- |
| 7134 | Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen | -- | -- | X | -- |
| 7135 | Mieten für Gegenstände der beweglichen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen | -- | -- | X | -- |
| 7138 | Abschreibungen auf undifferenzierte Sammelposten | -- | -- | X | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 72 | | Aufwendungen für die Selbstverwaltung | | | | |
| | 720 | Aufwendungen für die Wahl der Organe | | | | |
| | 7200 | Aufwendungen für die Wahl der Organe | -- | -- | X | -- |
| | 721 | Aufwendungen für den Vorstand | | | | |
| | 7210 | Aufwendungen für den Vorstand (nur KBS, LKK / ohne 7240) | -- | -- | X | -- |
| | 722 | Aufwendungen für die Vertreterversammlung/den Verwaltungsrat | | | | |
| | 7220 | Aufwendungen für die Vertreterversammlung/den Verwaltungsrat (ohne 7240) | -- | -- | X | -- |
| | 723 | Aufwendungen für die Versichertenältesten und Vertrauensmänner | | | | |
| | 7230 | Aufwendungen für die Versichertenältesten und Vertrauensmänner | -- | -- | X | -- |
| | 724 | Außergewöhnliche Aufwendungen für die Organe | | | | |
| | 7240 | Außergewöhnliche Aufwendungen für die Organe | -- | -- | X | -- |
| 73 | | Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke | | | | |
| | 730 | Vergütungen an andere Krankenkassen | | | | |
| | 7300 | Vergütungen an andere Krankenkassen | -- | -- | X | -- |
| | 731 | Prüfungskosten nach § 274 SGB V | | | | |
| | 7310 | Prüfungskosten nach § 274 SGB V | -- | -- | X | -- |
| | 732 | Beiträge an Verbände und Vereine | | | | |
| | 7320 | Beiträge an Krankenkassenverbände | -- | -- | X | -- |
| | 7321 | Beiträge an sonstige Verbände und Vereine | -- | -- | X | -- |
| | 7326 | Anteilige Werbungskosten an den Beiträgen an Krankenkassenverbände | -- | -- | X | -- |
| | 7327 | Anteilige Werbungskosten an den Beiträgen zu Vereinen, Arbeitsgemeinschaften und anderen Verbänden | -- | -- | X | -- |
| | 733 | Prüfungs- und Beratungskosten | | | | |
| | 7330 | Prüfungs- und Beratungskosten | -- | -- | X | -- |
| | 734 | Kosten für Abrechnungsprüfungen | | | | |
| | 7340 | Kosten für Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung | -- | -- | X | -- |
| | 735 | Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX | | | | |
| | 7350 | Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX | -- | -- | X | -- |
| | 736 | Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen | | | | |
| | 7360 | Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen | -- | -- | X | -- |
| | 737 | Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 e SGB V | | | | |
| | 7370 | Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 e SGB V | -- | -- | X | -- |
| | 738 | Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK) | | | | |
| | 7380 | Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 739 | Sonstige Vergütungen an andere | | | | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ | |
|-----------|------|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|----|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) | |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme | |
| | 7390 | Sonstige Vergütungen an andere | -- | -- | X | -- |
| | 7391 | Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 7392 | Weiterleitung von Zuweisungen für Verwaltungskosten gem. § 147 Abs. 2a SGB V | -- | -- | X | -- |
| | 7393 | DMP-Vorhaltekosten gem. § 137g Abs. 1 Satz 11 SGB V (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 74 | | Kosten der Rechtsverfolgung | | | | |
| | 740 | Kosten der Vorverfahren | | | | |
| | 7400 | Kosten der Vorverfahren | -- | -- | X | -- |
| | 741 | Kosten der Sozialgerichtsverfahren | | | | |
| | 7410 | Kosten der Sozialgerichtsverfahren | -- | -- | X | -- |
| | 742 | Kosten der sonstigen Gerichtsverfahren | | | | |
| | 7420 | Kosten der sonstigen Gerichtsverfahren | -- | -- | X | -- |
| | 743 | Außergerichtliche Kosten | | | | |
| | 7430 | Außergerichtliche Kosten | -- | -- | X | -- |
| | 744 | Erstattung von Gerichtskosten | | | | |
| | 7440 | Erstattung von Gerichtskosten an die Kassenärztlichen Vereinigungen einschl. Pauschale | -- | -- | X | -- |
| | 7441 | Erstattung von Gerichtskosten an die Krankenhäuser einschl. Nebenkosten | -- | -- | X | -- |
| 75 | | Kosten der Ausschüsse und Schiedsämter | | | | |
| | 750 | Kosten der Zulassungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte | | | | |
| | 7500 | Kosten der Zulassungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte | -- | -- | X | -- |
| | 751 | Kosten der anderen Landesausschüsse | | | | |
| | 7510 | Kosten der anderen Landesausschüsse | -- | -- | X | -- |
| | 755 | Kosten der Schiedsämter | | | | |
| | 7550 | Kosten der Schiedsämter | -- | -- | X | -- |
| 76 | | Von anderen erstattete Verwaltungskosten | | | | |
| | 760 | Erstattungen von anderen Krankenkassen | | | | |
| | 7600 | Erstattungen von anderen Krankenkassen | -- | -- | X | -- |
| | 761 | Erstattungen von der Alterssicherung der Landwirte | | | | |
| | 7610 | Erstattungen von der Alterssicherung der Landwirte | -- | -- | -- | -- |
| | 762 | Erstattungen von Trägern der allgemeinen Rentenversicherung | | | | |
| | 7620 | Erstattungen von Trägern der allgemeinen Rentenversicherung | -- | -- | X | -- |
| | 763 | Erstattungen von der Pflegeversicherung | | | | |
| | 7630 | Erstattungen von der Pflegeversicherung | -- | -- | X | -- |
| | 764 | Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit | | | | |
| | 7640 | Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit (ohne 7641) | -- | -- | X | -- |
| | 7641 | Aufwändungsersatz für überhöht gezahlte Beiträge ALG II | -- | -- | X | -- |
| | 765 | Erstattungen von der Unfallversicherung | | | | |
| | 7650 | Erstattungen von der Unfallversicherung | -- | -- | X | -- |
| | 766 | Erstattungen vom Bund und vom Gesundheitsfonds | | | | |
| | 7660 | Erstattungen vom Bund | -- | -- | X | -- |
| | 7661 | Erstattungen vom Gesundheitsfonds | -- | -- | X | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|---|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwal- tungskosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 767 | Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden | | | | |
| 7670 | Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden | -- | -- | X | -- |
| 768 | Erstattungen von den Ländern | | | | |
| 7680 | Erstattungen von den Ländern | -- | -- | X | -- |
| 769 | Erstattungen von Sonstigen | | | | |
| 7690 | Erstattungen nach dem AAG | -- | -- | X | -- |
| 7691 | Erstattungen von Mahngebühren und Vollstreckungsgebühren | -- | -- | X | -- |
| 7692 | Erstattungen nach § 303 SGB V | -- | -- | X | -- |
| 7695 | Abschläge bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V | -- | -- | X | -- |
| 7696 | Erstattung des Verwaltungskostenaufwands aus Wahlтарifen. | -- | -- | X | -- |
| 7699 | Übrige Erstattungen von Sonstigen | -- | -- | X | -- |

B. Übersicht zur Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2016

B.1 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben:

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2017:

| | RSA berücksichtigungsfähige Vermögenserträge und sonstige Einnahmen |
|--|---|
| | Summe aus Konto 3200, KA 321, Konten 3230, 3250, 3400 und 3410 |

B.1.2 RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2017:

| Hauptleistungsbereich | RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben |
|---|---|
| 1. Ärzte | Summe aus KA 400, KA 401, KA 403, KA 408, KA 409, KA 463, Konten 5183 bis 5185, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, Konten 5280 bis 5282, KA 530, KA 543, KA 544, KA 550, KA 570 |
| 2. Zahnärzte | Summe aus KG 41, KG 42, Konten 5160 bis 5162, KA 571 |
| 3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte | Summe aus KA 430, KA 433, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 485, Konten 5186 bis 5188, KA 532, KA 573 |
| 4. Krankenhaus | Summe aus Konten 4600 bis 4602 u. 4603 bis 4605, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 469, KA 486, Konten 5283 bis 5285, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konten 5760 bis 5762, KA 594 |

| Hauptleistungsbereich | RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben | |
|---|---|---|
| 5. Sonstige Leistungsausgaben | Summe aus | KA 405, KA 406, KA 440, KA 441, KA 444, KA 445, KA 446, KA 447, KA 449, KG 45, KA 480, KA 481, KA 482, KA 483, KA 487, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 510, KA 513, KA 514, KA 515, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, Konten 5423 bis 5425, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 553, KA 554, KA 555, KA 556, KA 563, KA 564, KA 565, KA 567, Konten 5693 bis 5695, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, Konten 5990 bis 5992 |
| 6. Krankengeld | | KG 47 |
| 7. Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung | Summe aus | KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA 572, Konten 5763 bis 5765 |
| 8. Nicht besetzt | | |
| X. Zahlungen nach ISchGKVLV ¹⁵ | Summe aus | Konten 5163, 5164 und 5165 |

B.2 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessungsleistung für das Ausgleichsjahr 2017:

| | Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen | |
|--|---|--|
| | Summe aus | KA 484, KA 500, KA 501, KA 502, KA 503, KA 509, KA 511, KA 512, KA 517, Konten 5180 bis 5182, KA 524, KA 525, KA 526, Konten 5420 bis 5422 KA 549, KA 566, KA 568, Konten 5690 bis 5692, KA 579, KA 584 ¹⁶ , KA 586, KA 596, KA 597, Konten 5993 bis 5995, Konto 6410 |

B.3 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Verwaltungskosten

| | Zuweisungsfähige Verwaltungskosten | |
|--|------------------------------------|---|
| | Summe aus | KA 593, KA 691, KA 694, KA 695, KA 697, KG 70, KG 71, KG 72, KG 73 (ohne KA 738 und ohne die Konten 7391 und 7393), KG 74, KA 750, KA 751, KA 755, KA 760, KA 762, KA 763, KA 764, KA 765, KA 766, KA 767, KA 768, KA 769 |

B.4 Nachrichtliche Übersicht zu „DMP-Konten“ zur Ermittlung der DMP-Programmkostenpauschale nach § 38 RSAV

| | „DMP Konten“ | |
|--|--------------|------------------------|
| | Summe aus | KA 404, KA 581, KA 583 |

¹⁵ Die Zuweisungen hierfür werden seit dem Ausgleichsjahr 2009 gemäß dem Schlüssel für Satzungs- und Ermessensleistungen verteilt.

¹⁶ KA 584 wird um KA 375 vermindert

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2017:

(1) Es sind die Leistungsausgaben abzüglich der Erstattungen und Einnahmen dem Ausgleichsjahr zuzuordnen, auf das sie nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) vom 15. Juli 1999 in der im Erhebungsjahr geltenden Fassung und nach der Maßgabe der Bestimmungen des Kontenrahmens entfallen (vgl. § 4 RSAV).

(2) Informationen zur sachlichen und zeitlichen Abgrenzung der Morbiditätsinformationen befinden sich in den Erläuterungen der jeweiligen Satzart.

(3) Die in der Satzart 700 gemeldeten versichertenbezogenen Leistungsausgaben werden im Nachhinein vom BVA pauschal um Erstattungen und Einnahmen vermindert, die in der KK 3 zu buchen und in der Satzart 701 zu melden sind. Darüber hinaus sind weitere Abzugs- und Anrechnungsbeträge zu berücksichtigen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

| | | |
|--|-------|------|
| - Erstattungen nach § 19 BVG a.F. | Konto | 3200 |
| - Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V | KA | 321 |
| - Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz | Konto | 3230 |
| - Erstattungen nach § 19 BVG n.F. | Konto | 3250 |
| - Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte | Konto | 3400 |
| - Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V | Konto | 3410 |

sowie um:

| | | |
|--|-------|------|
| - Arzneimittelrabatte | KA | 439 |
| - Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern | Konto | 4606 |
| - Rabatte auf Impfstoffe | KA | 519 |
| - Integrierte Versorgung - Rabatte | KA | 587 |
| - Komplexpauschalen bei Integrierter Versorgung (IV) | KA | 588 |
| - Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung IV | Konto | 5890 |
| - Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen | KA | 598 |

Bei der Berücksichtigung der Erstattungen und Einnahmen wird unterschieden zwischen Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V – Erstattungen für Krankengeld genannt – und allen übrigen Erstattungen – Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld genannt.

Die Summe der in Abschnitt B ausgewiesenen HLB 1 bis 9 unter Berücksichtigung der relevanten Erstattungen und Einnahmen der KK 3, der Arzneimittelrabatte (KA 439), der pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Konto 4606), Rabatte auf Impfstoffe (KA 519), des Betrages der KA 598 (Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen), des Betrages des Kontos 5890 (Verwendete Mittel zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung nach § 140d SGB V), des Betrages der KA 587 (Integrierte Versorgung – Rabatte), des Betrages der KA 588 (Komplexpauschalen bei Integrierter Versorgung), des Betrages der KA 404 (Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme), des Betrages der KA 581 (Medizinische Vorsorgeleistungen DMP) und des Betrages der KA 583 (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation- DMP) muss identisch sein mit dem in KJ1 unter Schl.-Nr. 9995, Spalte 2 ausgewiesenen Gesamtbetrag.

Anlage 1.1₂₀₁₈:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2018

Ziel der Anlage 1.1₂₀₁₈ ist die Darstellung der gesamten berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Sie werden in Teil A dieser Anlage in berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für „standardisierte Leistungsausgaben“ (Spalte 1), „Satzungs- und Ermessensleistungen“ (Spalte 2), und „Verwaltungskosten“ (Spalte 3) unterteilt. Zusätzlich werden in Spalte 4 „strukturierte Behandlungsprogramme“ betreffende Konten nachrichtlich dargestellt.

Die in Teil A ausgewiesenen Konten in Spalte 1 werden entsprechend ihrer Ziffer von den Krankenkassen im jeweiligen Hauptleistungsbereich im Risikostrukturausgleich berücksichtigt. Sofern ein Konto mit P gekennzeichnet ist, werden die Einnahmen bzw. Ausgaben des Kontos pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

Zusätzlich zur Spalte 1 ist die Berücksichtigungsfähigkeit für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in den Spalten 2 und 3 in Teil A dieser Anlage mit „X“ gekennzeichnet. Die Kennzeichnung in Spalte 4 soll dem GKV-Spitzenverband bei der Festlegung der Höhe der DMP-Programmkostenpauschale gem. § 38 RSAV als Orientierung dienen.

Entsprechend dem jeweils aktuellen Erlass des BMGs zum GKV-Kontenrahmen, wird die Anlage 1.1 zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem BVA abgestimmt und vom BVA zeitnah veröffentlicht.

- A. Übersicht über die berücksichtigungsfähigen bzw. nicht berücksichtigungsfähigen Konten im Gesundheitsfonds nach §§ 36, 37 und 38 RSAV**
- A. 1 Kontenklasse 3 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Mittel aus dem Zusatzbeitrag, Vermögenserträge und sonstige Einnahmen der Krankenversicherung**

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------------------------|------|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) Standardisierte Leistungsaus- gaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 30 ¹ | | Vermögenserträge | | | |
| | 301 | Zinsen aus Geldanlagen | | | |
| | 3010 | Zinsen aus Geldanlagen | -- | -- | -- |
| | 3012 | Zinsen aus Bundesmitteln (nur LKK) | -- | -- | -- |
| | 303 | Zinsen aus Mitteln der Rückstellungen | | | |
| | 3030 | Zinsen der Versorgungsrücklage | -- | -- | -- |
| | 3031 | Zinsen aus Mitteln der Rückstellungen für Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen | -- | -- | -- |
| | 3033 | Zinsen aus dem Deckungskapital gem. § 171e SGB V | -- | -- | -- |
| | 309 | Sonstige Vermögenserträge | | | |
| | 3090 | Sonstige Vermögenserträge | -- | -- | -- |
| 31 ² | | Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe | | | |

¹ Erträge und Aufwendungen der eigenen betrieblichen Aktivitäten in Kontengruppe 30 bleiben unberücksichtigt.

² Erträge und Aufwendungen der eigenen betrieblichen Aktivitäten in Kontengruppe 31 bleiben unberücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|-------------------|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsaus- gaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| | 310 | Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe | | | | |
| | 3100 | Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe | -- | -- | -- | -- |
| 32 | | Erstattungen und Einnahmen nach dem BVG, dem SGB V, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Art. 63 GRG | | | | |
| | 320 | Erstattungen nach dem BVG | | | | |
| | 3200 ³ | Erstattungen nach § 19 BVG a. F. | P | -- | -- | -- |
| | 3202 | Erstattungen nach § 19 BVG a. F. - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 321 ⁴ | Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB V | | | | |
| | 3214 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr | P | -- | -- | -- |
| | 3215 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre | P | -- | -- | -- |
| | 3216 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr | P | -- | -- | -- |
| | 3217 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre | P | -- | -- | -- |
| | 3218 | Erstattungen nach § 50 SGB V bei Altersrenten | P | -- | -- | -- |
| | 3219 | Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bei Übergangsgeld | P | -- | -- | -- |
| | 322 | Erstattungen und Einnahmen nach dem KVLG 1989 | | | | |
| | 3220 | Erstattungen nach § 13 Abs. 4 KVLG 1989 i.V.m. § 50 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3222 | Zuschüsse für Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 3223 | Zuschüsse nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 3224 | Einnahmen aus dem Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 323 | Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz | | | | |
| | 3230 | Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz | P | -- | -- | -- |
| | 3232 | Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 325 | Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. | | | | |
| | 3250 | Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. | P | -- | -- | -- |
| | 3252 | Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 326 | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V | | | | |
| | 3260 | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V | -- | -- | -- | -- |

³ Konto 3200 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

⁴ KA 321, Konten 3230 und 3250 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|-------------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 3262 | Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 33 | | Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V | | | | |
| | 330 | Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden | | | | |
| | 3300 | Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden | -- | -- | -- | -- |
| | 332 | Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V | | | | |
| | 3320 | Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3322 | Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 335 | Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen | | | | |
| | 3350 | Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen | -- | -- | -- | -- |
| | 3352 | Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 336 | Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | | | | |
| | 3360 | Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | -- | -- | -- | -- |
| | 3362 | Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 338 | Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld | | | | |
| | 3380 | Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld | -- | -- | -- | -- |
| | 3382 | Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler - (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 34 | | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden | | | | |
| | 340 | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte | | | | |
| | 3400 ⁵ | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte | P | -- | -- | -- |
| | 3402 | Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 341 | Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V | | | | |

⁵ Die Konten 3400 und 3410 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 3410 | Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V | P | -- | -- | -- |
| | 3412 | Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 35 | | Bußgelder und Vertragsstrafen | | | | |
| | 350 | Bußgelder und Vertragsstrafen | | | | |
| | 3500 | Bußgelder und Vertragsstrafen | -- | -- | -- | -- |
| 36 | | Gewinne durch Wertsteigerungen der Aktiva und Wertminderungen der Passiva | | | | |
| | 360 | Gewinne der Aktiva | | | | |
| | 3600 | Gewinne der Aktiva | -- | -- | -- | -- |
| | 365 | Gewinne der Passiva | | | | |
| | 3650 | Gewinne der Passiva | -- | -- | -- | -- |
| 37 | | Einnahmen aus Finanzausgleichen, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Mittel aus dem Zusatzbeitrag, Mittel aus dem Innovationsfonds, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle | | | | |
| | 370 | Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989 | | | | |
| | 3700 | Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| | 372 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle | | | | |
| | 3720 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen | -- | -- | -- | -- |
| | 3723 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3724 | Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 3725 | Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 375 | Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V | | | | |
| | 3750 | Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V | -- | X | -- | -- |
| | 3752 | Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V - Altenteiler | -- | -- | -- | -- |
| | 376 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V | | | | |
| | 3760 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V - Abschlagsverfahren | -- | -- | -- | -- |
| | 3761 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich | -- | -- | -- | -- |
| | 3762 | Mittel aus dem Zusatzbeitrag (ohne 3760 und 3761) – Forderungen/Verpflichtungen | -- | -- | -- | -- |
| | 377 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - | | | | |
| | 3770 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- |
| | 3771 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- |
| | 3772 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|----|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 3773 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- | |
| 3775 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 40 RSAV - Abschlagsverfahren - | -- | -- | -- | -- | |
| 378 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Spitzbetrag Jahresausgleich / Korrekturbeträge - | | | | | |
| 3780 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3781 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3782 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3783 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3785 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – Spitzbetrag Jahresausgleich - | -- | -- | -- | -- | |
| 3786 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbetrag - | -- | -- | -- | -- | |
| 3787 | Korrekturbeträge nach § 39a Abs. 5 und § 42 Abs. 7 RSAV | -- | -- | -- | -- | |
| 379 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne 377 und 378) - Forderungen / Verpflichtungen - | | | | | |
| 3790 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - ohne 3770 und 3780 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3791 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - ohne 3771 und 3781 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3792 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - ohne 3772 und 3782 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3793 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - ohne 3773 und 3783 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3795 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – ohne 3775 und 3785 - | -- | -- | -- | -- | |
| 3796 | Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 3797 | Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 3798 | Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen | -- | -- | -- | -- | |
| 38 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen | | | | | |
| 380 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen | | | | | |
| 3800 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen | -- | -- | -- | -- | |
| 3802 | Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 39 | Sonstige Einnahmen | | | | | |
| 393 | Verzugszinsen | | | | | |
| 3930 | Verzugszinsen | -- | -- | -- | -- | |
| 3932 | Verzugszinsen – Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|--|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | Standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 395 | | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel | | | | |
| 3950 | | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel | -- | -- | -- | -- |
| 3952 | | Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 396 | | Erstattungen für Heilmittel | | | | |
| 3960 | | Erstattungen für Heilmittel | -- | -- | -- | -- |
| 3962 | | Erstattungen für Heilmittel - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 399 | | Übrige Einnahmen | | | | |
| 3990 | | Übrige Einnahmen | -- | -- | -- | -- |
| 3992 | | Übrige Einnahmen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |

A.2 Kontenklasse 4/5 – Leistungsaufwand der Krankenversicherung

Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (zu § 1 Abs. 3 der Bestimmung nach § 267 SGB V)

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---------------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 40 | | Ärztliche Behandlung | | | | |
| | 400 | Ärztliche Behandlung | | | | |
| | 4000 bis 4002 | Ärztliche Behandlung (ohne 4003 bis 4005) | | | | |
| | 4000 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4001 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4002 | Rentner und ihre Familienangehörige | 1 | -- | -- | -- |
| | 4003 bis 4005 | Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen | | | | |
| | 4003 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4004 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4005 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 401 | Ambulantes Operieren (ohne 462) | | | | |
| | 4010 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4011 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4012 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 402 | Dialyse-Sachkosten | | | | |
| | 4020 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| | 4021 | Familienangehörige der Mitglieder | 7 | -- | -- | -- |
| | 4022 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| | 403 | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen | | | | |
| | 4030 bis 4032 | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V | | | | |
| | 4030 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4031 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4032 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 4033 bis 4035 | Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V | | | | |
| | 4033 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4034 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4035 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4036 bis 4038 | Ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V | | | | |
| 4036 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 4037 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 4038 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 404 | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme | | | | |
| 4040 bis 4042 | Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043 bis 4045) | | | | |
| 4040 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | X |
| 4041 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | -- | -- | X |
| 4042 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | -- | -- | X |
| 4043 bis 4045 | Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V | | | | |
| 4043 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | X |
| 4044 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | -- | -- | X |
| 4045 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | -- | -- | X |
| 405 | Soziotherapie nach § 37a SGB V | | | | |
| 4050 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4051 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4052 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 406 | Spezialisierte ambulante Palliativversorgung | | | | |
| 4060 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4061 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4062 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 408 | Leistungen nach § 73b SGB V | | | | |
| 4080 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 4081 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 4082 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 409 | Leistungen nach § 73c SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | |
| 4090 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 4091 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 4092 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 41 | Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz - | | | | |
| 410 | Konservierend-chirurgische Behandlung | | | | |
| 4100 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4101 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4102 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 411 | Verhütung von Zahnkrankheiten nach § 22a SGB V | | | | |
| 4110 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4111 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4112 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 412 | KfO-Behandlung | | | | |
| 4120 bis 4122 | KfO-Behandlung - Honorar | | | | |
| 4120 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4121 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4122 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 4123 bis 4125 | KfO-Behandlung - Pauschalzahlungen | | | | |
| 4123 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4124 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4125 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 413 | KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors | | | | |
| 4130 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4131 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4132 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 414 | KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors | | | | |
| 4140 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4141 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4142 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 415 | Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – Kinder (FU) | | | | |
| 4150 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4151 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4152 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 416 | Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre) | | | | |
| 4160 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4161 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4162 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 417 | Fissurenversiegelung | | | | |
| 4170 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4171 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4172 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 418 | Parodontose-Behandlung | | | | |
| 4180 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4181 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4182 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 419 | Sonstige zahnärztliche Leistungen | | | | |
| 4190 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4191 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4192 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 42 | Zahnersatz | | | | |
| 426 | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V | | | | |
| 4260 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4261 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4262 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 427 | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V | | | | |
| 4270 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4271 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4272 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 428 | Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V | | | | |
| 4280 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 4281 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- |
| 4282 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 43 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen | | | | |
| 430 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4300 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4301 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4302 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 433 | Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter | | | | |
| 4330 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4331 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------------------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4332 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 434 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | | | | |
| 4340 bis 4342 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung | | | | |
| 4340 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4341 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4342 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 4343 bis 4345 | Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | | | | |
| 4343 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4344 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4345 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 4346 bis 4348 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | | | | |
| 4346 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4347 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4348 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 435 | Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4350 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4351 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4352 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 436 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4360 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4361 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4362 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 437 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung | | | | |
| 4370 bis 4372 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung | | | | |
| 4370 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4371 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4372 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 4373 bis 4375 | Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung | | | | |
| 4373 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4374 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4375 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 438 | Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung | | | | |
| 4380 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 4381 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- |
| 4382 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 439 ⁶ | Arzneimittelrabatte | | | | |

⁶ Kontenart 439 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 3 berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---------------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 4390 bis 4392 | Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer | | | | |
| | 4390 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| | 4391 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| | 4392 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| | 4393 bis 4395 | Gesetzliche Rabatte von Apotheken | | | | |
| | 4393 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| | 4394 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| | 4395 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| | 4396 bis 4398 | Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern | | | | |
| | 4396 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| | 4397 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| | 4398 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 44 | | Hilfsmittel | | | | |
| | 440 | Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung | | | | |
| | 4400 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4401 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4402 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 441 | Hilfsmittel der Orthopädiertechnik | | | | |
| | 4410 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4411 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4412 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 444 | Hilfsmittel der Medizintechnik | | | | |
| | 4440 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4441 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4442 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 445 | Hilfsmittel der Reha-technik/doppelfunktionale Hilfsmittel | | | | |
| | 4450 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4451 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4452 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 446 | Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare) | | | | |
| | 4460 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4461 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4462 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 447 | Hörhilfen | | | | |
| | 4470 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | - | -- | -- |
| | 4471 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4472 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| | 448 | Sachleistungen bei Dialyse | | | | |
| | 4480 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| | 4481 | Familienangehörige der Mitglieder | 7 | -- | -- | -- |
| | 4482 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| | 449 | Sonstige Hilfsmittel | | | | |
| | 4490 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| | 4491 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| | 4492 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 45 | | Heilmittel | | | | |
| | 450 | Physikalische Therapie –vertragsärztliche /vertragszahnärztliche Versorgung - | | | | |
| | 4500 bis 4502 | Physikalische Therapie – nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| | 4500 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|--|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 4501 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4502 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 4503 bis 4505 | Physikalische Therapie – nur vertragszahn- ärztliche Versorgung - | | | | |
| 4503 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4504 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4505 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 453 | Behandlung durch sonstige Heilpersonen (oh- ne 450, 454, 455, 459) | | | | |
| 4530 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4531 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4532 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 454 | Ergotherapeutische Leistungen – nur ver- tragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4540 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4541 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4542 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 455 | Logopädische/sprachtherapeutische Leistun- gen –vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung - | | | | |
| 4550 bis 4552 | Logopädische/sprachtherapeutische Leistun- gen – nur vertragsärztliche Versorgung - | | | | |
| 4550 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4551 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4552 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 4553 bis 4555 | Logopädische/sprachtherapeutische Leistun- gen – nur vertragszahnärztliche Versorgung - | | | | |
| 4553 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4554 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4555 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 457 | Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spe- zialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V | | | | |
| 4570 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4571 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4572 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 458 | Podologische Leistungen – nur vertragsärztli- che Versorgung - | | | | |
| 4580 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4581 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4582 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 459 | Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertrags- ärztlichen Versorgung -sowie Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Pal- liativversorgung (SAPV) | | | | |
| 4590 bis 4592 | Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertrags- ärztlichen Versorgung - | | | | |
| 4590 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4591 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4592 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 4593 bis 4595 | Heilmittel im Rahmen der spezialisierten am- bulanten Palliativversorgung | | | | |
| 4593 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4594 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4595 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|-------------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 46 | | Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 460 | Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4600, bis 4602 | Krankenhausbehandlung ohne 4603 bis 4606 und 4608 | | | | |
| | 4600 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4601 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4602 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 4603 bis 4605 | Stationäre psychiatrische Behandlung | | | | |
| | 4603 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4604 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4605 | Rentner ohne Familienangehörige | 4 | -- | -- | -- |
| | 4606 und 4608 | Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern | | | | |
| | 4606 ⁷ | Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (ohne 4608) | P | -- | -- | -- |
| | 4608 | Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Altenteiler - nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 461 | Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4610 bis 4612 | Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615) | | | | |
| | 4610 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4611 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4612 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 4613, bis 4615 | Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4613 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4614 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4615 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 462 | Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) | | | | |
| | 4620 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4621 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4622 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 463 | Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung | | | | |
| | 4630 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| | 4631 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| | 4632 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| | 464 | Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 5760 bis 5762) | | | | |
| | 4640 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4641 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4642 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| | 465 | Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 5760 bis 5762) | | | | |
| | 4650 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| | 4651 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| | 4652 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |

⁷ Konto 4606 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 4 berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 466 | Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765) | | | | | |
| 4660 | Mitglieder ohne Rentner | | 7 | -- | -- | -- |
| 4661 | Familienangehörige der Mitglieder | | 7 | -- | -- | -- |
| 4662 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 7 | -- | -- | -- |
| 467 | Stationsäquivalente psychiatrische Behand- lungen | | | | | |
| 4670 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | | | |
| 4671 | Familienangehörige der Mitglieder | | 4 | | | |
| 4672 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 4 | | | |
| 469 | Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG | | | | | |
| 4690 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 4691 | Familienangehörige der Mitglieder | | 4 | -- | -- | -- |
| 4692 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 4 | -- | -- | -- |
| 47 | Krankengeld und Beiträge aus Kranken- geld | | | | | |
| 470 | Krankengeld (ohne 471 und 472) | | | | | |
| 4700 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 471 | Krankengeld bei Betreuung des kranken Kin- des | | | | | |
| 4710 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 472 | Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitati- onsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch | | | | | |
| 4720 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 478 | Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld | | | | | |
| 4780 | Mitglieder | | 6 | -- | -- | -- |
| 48 | Aufwendungen für Leistungen im Aus- land/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht | | | | | |
| 480 | Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tat- sächlichem Aufwand | | | | | |
| 4800 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4801 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4802 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 481 | Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Be- rechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V | | | | | |
| 4810 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4811 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4812 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 482 | Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwi- schenstaatlichem Recht | | | | | |
| 4820 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4821 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 4822 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 483 | Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V | | | | | |
| 4830 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 4831 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 484 | Behandlung im Ausland - Mehrleistung | | | | | |
| 4840 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | X | -- | -- |
| 4841 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | X | -- | -- |
| 4842 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | X | -- | -- |
| 485 | Arznei- und Verbandmittel im Ausland | | | | | |
| 4850 | Mitglieder ohne Rentner | | 3 | -- | -- | -- |
| 4851 | Familienangehörige der Mitglieder | | 3 | -- | -- | -- |
| 4852 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 3 | -- | -- | -- |
| 486 | Krankenhausbehandlung im Ausland | | | | | |
| 4860 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 4861 | Familienangehörige der Mitglieder | | 4 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 4862 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 487 | Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht | | | | |
| 4870 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4871 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4872 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 488 | Dialysebehandlung im Ausland | | | | |
| 4880 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| 4881 | Familienangehörige der Mitglieder | 7 | -- | -- | -- |
| 4882 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| 489 | Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140 e SGB V | | | | |
| 4890 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4891 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4892 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 49 | Fahrkosten | | | | |
| 492 | Flugrettung | | | | |
| 4920 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4921 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4922 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 493 | Krankentransportwagen | | | | |
| 4930 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4931 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4932 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 494 | Rettungswagen | | | | |
| 4940 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4941 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4942 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 495 | Notarztwagen | | | | |
| 4950 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4951 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4952 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 496 | Taxen und Mietwagen | | | | |
| 4960 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4961 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4962 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 499 | Sonstige Fahrkosten | | | | |
| 4990 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 4991 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 4992 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 50 | Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter | | | | |
| 500 | Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistungen - (ohne 579 und 581) | | | | |
| 5000 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5001 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5002 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 501 | Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581) | | | | |
| 5010 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5011 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5012 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 502 | Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581) | | | | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5020 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5021 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5022 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 503 | Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) - | | | | |
| 5030 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5031 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5032 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 504 | Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579) | | | | |
| 5040 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5041 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5042 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 505 | Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504 und 579) | | | | |
| 5050 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5051 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5052 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 506 | Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579) | | | | |
| 5060 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5061 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5062 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 508 | Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579) | | | | |
| 5080 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5081 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5082 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 509 | Persönliche Budget nach § 17 SGB IX | | | | |
| 5090 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5091 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5092 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 51 | Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe | | | | |
| 510 | Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133) | | | | |
| 5100 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5101 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5102 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 511 | Primäre Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V – verhaltensbezogene Prävention | | | | |
| 5110 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5111 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5112 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 512 | Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern | | | | |
| 5120 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5121 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5122 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 513 | Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss | | | | |
| 5130 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5131 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5132 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 514 | Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss | | | | |
| 5140 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5141 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5142 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------------------|--|----|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 515 | Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren | | | | | |
| 5155 | Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V - Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- | |
| 5156 | Mittel nach § 20b Absatz 4 SGB V | 5 | -- | -- | -- | |
| 516 | Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) sowie Zahlungen nach der Isch-GKVLV | | | | | |
| 5160 bis 5162 | Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) | | | | | |
| 5160 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- | |
| 5161 | Familienangehörige der Mitglieder | 2 | -- | -- | -- | |
| 5162 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- | |
| 5163 bis 5165 | Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISch-GKVLV) | | | | | |
| 5163 | Mitglieder ohne Rentner | X | -- | -- | -- | |
| 5164 | Familienangehörige der Mitglieder | X | -- | -- | -- | |
| 5165 | Rentner und ihre Familienangehörigen | X | -- | -- | -- | |
| 517 | Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung | | | | | |
| 5170 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- | |
| 5171 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- | |
| 5172 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- | |
| 518 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Ermessensleistung | | | | | |
| 5180 bis 5182 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen) | | | | | |
| 5180 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- | |
| 5181 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- | |
| 5182 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- | |
| 5183 bis 5185 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar | | | | | |
| 5183 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- | |
| 5184 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- | |
| 5185 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- | |
| 5186 bis 5188 | Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe) | | | | | |
| 5186 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- | |
| 5187 | Familienangehörige der Mitglieder | 3 | -- | -- | -- | |
| 5188 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- | |
| 519 ⁸ | Rabatte auf Impfstoffe | | | | | |
| 5190 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- | |
| 5191 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- | |
| 5192 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- | |
| 52 | Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben / Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin | | | | | |
| 520 | Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern | | | | | |
| 5200 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- | |
| 5201 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- | |

⁸ KA 519 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 3 berücksichtigt.

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5202 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 521 | Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen | | | | |
| 5210 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5211 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5212 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 522 | Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern | | | | |
| 5220 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5221 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5222 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 523 | Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten | | | | |
| 5230 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5231 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5232 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 524 | Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V | | | | |
| 5240 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5241 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5242 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 525 | Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V | | | | |
| 5250 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5251 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5252 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 526 | Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben | | | | |
| 5260 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5261 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5262 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 527 | Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie besonderer Therapieformen (§§ 65b und 65d SGB V) | | | | |
| 5270 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5271 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5272 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 528 | Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V | | | | |
| 5280 | Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V - ambulanter Bereich | | | | |
| 5280 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5281 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5282 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 5283 | Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V - stationärer Bereich | | | | |
| 5283 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5284 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5285 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 53 | Empfangnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch | | | | |
| 530 | Ärztliche Beratung und Behandlung | | | | |
| 5300 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5301 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5302 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 531 | Krankenhausbehandlung | | | | |
| 5310 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5311 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5312 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|--|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 532 | Arznei- und Verbandmittel | | | | | |
| 5320 | Mitglieder ohne Rentner | | 3 | -- | -- | -- |
| 5321 | Familienangehörige der Mitglieder | | 3 | -- | -- | -- |
| 5322 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 3 | -- | -- | -- |
| 537 | Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG | | | | | |
| 5370 | Mitglieder ohne Rentner | | 4 | -- | -- | -- |
| 5371 | Familienangehörige der Mitglieder | | 4 | -- | -- | -- |
| 5372 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 4 | -- | -- | -- |
| 539 | Übrige Aufwendungen | | | | | |
| 5390 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5391 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 5392 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 54 | Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen | | | | | |
| 540 | Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden | | | | | |
| 5400 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5401 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 5402 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 541 | Rehabilitationssport | | | | | |
| 5410 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5411 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 5412 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 542 | Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583) | | | | | |
| 5420 | Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | | |
| 5420 | Mitglieder ohne Rentner | | | X | -- | -- |
| 5421 | Familienangehörige der Mitglieder | | | X | -- | -- |
| 5422 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | | X | -- | -- |
| 5423 | Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 2 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | | |
| 5423 | Mitglieder ohne Rentner | | 5 | -- | -- | -- |
| 5424 | Familienangehörige der Mitglieder | | 5 | -- | -- | -- |
| 5425 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 5 | -- | -- | -- |
| 543 | Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V / Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V | | | | | |
| 5430 | Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V | | | | | |
| 5430 | Mitglieder ohne Rentner | | 1 | -- | -- | -- |
| 5431 | Familienangehörige der Mitglieder | | 1 | -- | -- | -- |
| 5432 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 1 | -- | -- | -- |
| 5433 | Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V | | | | | |
| 5433 | Mitglieder ohne Rentner | | 1 | -- | -- | -- |
| 5434 | Familienangehörige der Mitglieder | | 1 | -- | -- | -- |
| 5435 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | 1 | -- | -- | -- |
| 544 | Behandlung in psychiatrischen / geriatrischen Institutsambulanzen | | | | | |
| 5440 | Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V | | | | | |
| 5440 | Mitglieder ohne Rentner | | 1 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5441 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5442 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 5443 | Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V | | | | |
| 5445 | | | | | |
| 5443 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5444 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5445 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 545 | Belastungserprobung und Arbeitstherapie | | | | |
| 5450 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5451 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5452 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 546 | Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547 und 579) | | | | |
| 5460 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5461 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5462 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 547 | Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546 und 578) | | | | |
| 5470 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5471 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5472 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 548 | Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX | | | | |
| 5480 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5481 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5482 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 549 | Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX | | | | |
| 5490 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5491 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5492 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 55 | Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft | | | | |
| 550 | Ärztliche Betreuung | | | | |
| 5500 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5501 | Familienangehörige der Mitglieder | 1 | -- | -- | -- |
| 5502 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 551 | Hebammenhilfe | | | | |
| 5510 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5511 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5512 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 552 | Stationäre Entbindung | | | | |
| 5520 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5521 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5522 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 553 | Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung | | | | |
| 5530 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5531 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5532 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 554 | Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung | | | | |
| 5540 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5541 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5542 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 555 | Sonstige Sachleistungen | | | | |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|--|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5550 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5551 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5552 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 556 | Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutter- schaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld | | | | |
| 5560 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5562 | Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 559 | Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG | | | | |
| 5590 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5591 | Familienangehörige der Mitglieder | 4 | -- | -- | -- |
| 5592 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 56 | Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege | | | | |
| 560 | Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung - | | | | |
| 5600 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | -- |
| 561 | Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung - | | | | |
| 5610 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | -- |
| 562 | Betriebshilfe - Mehrleistung - | | | | |
| 5620 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | -- |
| 5621 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | -- | -- | -- |
| 563 | Behandlungspflege und Intensivpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V | | | | |
| 5630 bis 5632 | Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (ohne 5633 bis 5635) | | | | |
| 5630 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5631 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5632 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 5633 bis 5635 | Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtun- gen | | | | |
| 5633 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5634 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5635 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 5636 bis 5638 | Intensivpflege ambulant | | | | |
| 5636 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5637 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5638 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 564 | Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung - | | | | |
| 5640 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5641 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5642 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 565 | Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung - | | | | |
| 5650 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5651 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5652 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 566 | Haushaltshilfe - Mehrleistung - | | | | |
| 5660 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5661 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5662 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 567 | Häusliche Krankenpflege - Regelleistung - | | | | |
| 5670 bis 5672 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | |
| 5670 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|---|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5671 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5672 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 5673 bis 5675 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 1 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | |
| 5673 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5674 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5675 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 568 | Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung | | | | |
| 5680 bis 5682 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | |
| 5680 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5681 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5682 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 5683 bis 5685 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V / § 8 KVLG 1989 | | | | |
| 5683 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5684 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5685 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 569 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V / Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V | | | | |
| 5690 bis 5692 | Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V | | | | |
| 5690 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5691 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5692 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 5693 bis 5695 | Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V | | | | |
| 5693 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5694 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5695 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 57 | Besondere Versorgung nach § 140a SGB V / Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung (ohne 586, 587, 588 und 589) | | | | |
| 570 | Ambulante ärztliche Behandlung | | | | |
| 5700 | Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5701 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 1 | -- | -- | -- |
| 5702 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 1 | -- | -- | -- |
| 571 | Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz | | | | |
| 5710 | Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 5711 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 2 | -- | -- | -- |
| 5712 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 2 | -- | -- | -- |
| 572 | Sachleistungen bei Dialyse | | | | |
| 5720 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| 5721 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| 5722 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| 573 | Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen | | | | |
| 5730 | Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |
| 5731 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 3 | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 5732 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 3 | -- | -- | -- |
| 574 | Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen | | | | |
| 5740 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5741 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5742 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 575 | Hilfsmittel | | | | |
| 5750 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5751 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5752 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 576 | Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen | | | | |
| 5760 | Krankenhausbehandlung und stationäre Anschluss-Rehabilitation im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | |
| 5760 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5761 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5762 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 5763 | Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der Verträge nach § 140a SGB V und § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | |
| 5763 | Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| 5764 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 7 | -- | -- | -- |
| 5765 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 7 | -- | -- | -- |
| 577 | Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen) | | | | |
| 5770 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5771 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5772 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 578 | Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben | | | | |
| 5780 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5781 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5782 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 579 | Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen | | | | |
| 5790 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5791 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5792 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 58 | Mehrleistungen im Rahmen DMP / Besondere Versorgung nach § 140a SGB V / Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung (ohne 57) / Projekte nach § 92a SGB V | | | | |
| 581 | Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP | | | | |
| 5810 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | X |
| 5811 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | -- | -- | X |
| 5812 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | -- | -- | X |
| 583 | Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP | | | | |
| 5830 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | -- | X |
| 5831 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | -- | -- | X |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|--------------------|---|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5832 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | -- | -- | X |
| 584 ⁹ | Ausgaben für Projekte nach § 92a SGB V | | | | |
| 5840 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5841 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5842 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 586 | Leistungen nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V | | | | |
| 5860 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | |
| 5861 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5862 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 587 ¹⁰ | Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung – Rabatte | | | | |
| 5870 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| 5871 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5872 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 588 ¹¹ | Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen nach § 140a SGB V und Leistungen nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung | | | | |
| 5880 | Mitglieder ohne Rentner | P | -- | -- | -- |
| 5881 | Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5882 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 589 | Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V | | | | |
| 5890 ¹² | Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V | P | -- | -- | -- |
| 5892 | Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V - Altenteiler (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 59 | Sonstige Leistungen | | | | |
| 590 | Medizinischer Dienst | | | | |
| 5900 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5901 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5902 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 591 | Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590) | | | | |
| 5910 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5911 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5912 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 592 | Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 26 Abs. 3 SGB IX) | | | | |
| 5920 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5921 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5922 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 593 | Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V | | | | |
| 5930 | Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | X | -- |
| 5931 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | -- | -- | X | -- |
| 5932 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | -- | X | -- |

⁹ KA 584 wird um KA 375 vermindert

¹⁰ KA 587 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹¹ KA 588 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹² Konto 5890 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------------------------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 594 | Zuschüsse zu stationären Hospizen | | | | |
| 5940 | Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5941 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 4 | -- | -- | -- |
| 5942 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 4 | -- | -- | -- |
| 595 | Förderung ambulanter Hospizdienste / Gesundheitliche Versorgungsplanung | | | | |
| 5950 bis 5952 | Förderung ambulanter Hospizdienste | | | | |
| 5950 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5951 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5952 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 5953 bis 5955 | Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V | | | | |
| 5953 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5954 | Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5955 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |
| 596 | Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V | | | | |
| 5960 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5961 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5962 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 597 | Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V | | | | |
| 5970 | Mitglieder ohne Rentner | -- | X | -- | -- |
| 5971 | Familienangehörige der Mitglieder | -- | X | -- | -- |
| 5972 | Rentner und ihre Familienangehörigen | -- | X | -- | -- |
| 598 | Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen | | | | |
| 5980 und 5982 ¹³ | Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 | | | | |
| 5980 | Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5982 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 5985 und 5987 ¹⁴ | Vorauszahlungen von Zuzahlungen | | | | |
| 5985 | Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder | P | -- | -- | -- |
| 5987 | Rentner und ihre Familienangehörigen | P | -- | -- | -- |
| 599 | Übrige Leistungen | | | | |
| 5990 bis 5992 | Übrige Leistungen | | | | |
| 5990 | Mitglieder ohne Rentner | 5 | -- | -- | -- |
| 5991 | Familienangehörige der Mitglieder | 5 | -- | -- | -- |
| 5992 | Rentner und ihre Familienangehörigen | 5 | -- | -- | -- |

¹³ Die Konten 5980 und 5982 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹⁴ Die Konten 5985 und 5987 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|---------------------|--|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 5993 bis 5995 | Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen | | | | | |
| 5993 | Mitglieder ohne Rentner | | -- | X | -- | -- |
| 5994 | Familienangehörige der Mitglieder | | -- | X | -- | -- |
| 5995 | Rentner und ihre Familienangehörigen | | -- | X | -- | -- |

A.3 **Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen der Krankenversicherung**

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|---|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 60 | | Schuldzinsen und sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66) | | | | |
| | 601 | Schuldzinsen | | | | |
| | 6010 | Schuldzinsen | -- | -- | -- | -- |
| | 603 | Zuschreibungen zu Rückstellungen | | | | |
| | 6030 | Zuschreibungen zur Versorgungsrücklage | -- | -- | -- | -- |
| | 6031 | Zuschreibungen zu Rückstellungen für Verpflichtung aus Altersversorgungsversagen | -- | -- | -- | -- |
| | 6033 | Zuschreibungen zu Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 171e SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 609 | Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66) | | | | |
| | 6090 | Sonstige Vermögensaufwendungen (ohne 66) | -- | -- | -- | -- |
| 61 | | Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe | | | | |
| | 610 | Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe | | | | |
| | 6100 | Rechnungsmäßiges Defizit der Eigenbetriebe | -- | -- | -- | -- |
| 62 | | Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG 1989 | | | | |
| | 620 | Zahlungen zu Lasten des Bundes nach dem KVLG 1989 | | | | |
| | 6202 | Zahlungen nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- |
| 63 | | Aufwendungen bei Selbstbehalt und Beitragsrückzahlung sowie Aufwendungen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V und Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V | | | | |
| | 630 | Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V | | | | |
| | 6300 | Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 6302 | Aufwendungen nach § 11 Abs. 6 SGB V – Altenteiler - | -- | -- | -- | -- |
| | 632 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V | | | | |
| | 6320 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 6322 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 633 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen | | | | |
| | 6330 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen | -- | -- | -- | -- |
| | 6332 | Prämienzahlungen an Mitglieder nach § 53 Abs. 2 SGB V bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen – Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 634 | Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen | | | | |
| 6340 | Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen | -- | -- | -- | -- |
| 6342 | Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 635 | Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V | | | | |
| 6350 | Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6352 | Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 636 | Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | | | | |
| 6360 | Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) | -- | -- | -- | -- |
| 6362 | Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 638 | Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V | | | | |
| 6380 | Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6382 | Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 639 | Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) | | | | |
| 6390 | Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) | -- | -- | -- | -- |
| 6392 | Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| 64 | Aufwendungen für Innovationsfonds und Strukturfonds | | | | |
| 640 | Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Innovationsfonds und Strukturfonds (Gesundheitsfonds) | | | | |
| 6400 | Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 6401 | Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|--|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwaltungs- kosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 641 | Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds | | | | |
| 6410 | Finanzierungsanteil nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V der Krankenkassen am Innovationsfonds | -- | X | -- | -- |
| 6412 | Finanzierungsanteil der LKK am Innovationsfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V – Altenteiler - | -- | -- | -- | -- |
| 642 | Aufwendungen der Krankenkassen für den Strukturfonds (LKK) | | | | |
| 6420 | Finanzierungsanteil der LKK am Strukturfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6422 | Finanzierungsanteil der LKK am Strukturfonds nach § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V – Altenteiler - | -- | -- | -- | -- |
| 66 | Verluste durch Wertminderungen der Aktiva und durch Wertsteigerungen der Passiva | | | | |
| 660 | Verluste der Aktiva | | | | |
| 6600 | Verluste der Aktiva | -- | -- | -- | -- |
| 665 | Verluste der Passiva | | | | |
| 6650 | Verluste der Passiva | -- | -- | -- | -- |
| 67 | Ausgaben für Finanzausgleiche, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, Umlagebeiträge für Haftungsverbände | | | | |
| 670 | Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V | | | | |
| 6700 | Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 672 | Ausgaben für finanzielle Hilfen | | | | |
| 6720 | Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände | -- | -- | -- | -- |
| 6723 | Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6724 | Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 6725 | Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| 676 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich (Gesundheitsfonds) | | | | |
| 6760 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – monatliches Verfahren - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 6761 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Strukturanpassungen - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 6762 | Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 677 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - (Gesundheitsfonds) | | | | |
| 6776 | Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – Gesundheitsfonds | -- | -- | -- | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|----|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| 6777 | Zuweisungen – Strukturanpassungen – Gesundheitsfonds | -- | -- | -- | -- | |
| 678 | Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds) | | | | | |
| 6787 | Korrekturbeträge nach § 39a Absatz 5 und § 42 Absatz 7 RSAV (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- | |
| 6789 | Zuweisungen – Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- | |
| 68 | Bonuszahlungen nach § 84 Abs. 4 und 8 SGB V | | | | | |
| 680 | Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V | | | | | |
| 6800 | Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 6802 | Bonuszahlungen Arznei- und Verbandmittel nach § 84 Abs. 4 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 681 | Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V | | | | | |
| 6810 | Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs.8 SGB V | -- | -- | -- | | |
| 6812 | Bonuszahlungen Heilmittel nach § 84 Abs. 4 i. V. mit Abs. 8 SGB V - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 69 | Sonstige Aufwendungen | | | | | |
| 691 | Zahlungen nach G 131 (ohne § 63 dieses Gesetzes) | | | | | |
| 6910 | Zahlungen nach G 131 (ohne § 63 dieses Gesetzes) | -- | -- | X | -- | |
| 692 | Zwangsgelder nach § 175 Abs. 2a SGB V / § 252 Abs. 6 SGB V | | | | | |
| 6920 | Zwangsgelder nach § 175 Abs. 2a SGB V / § 252 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- | |
| 693 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X, § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV und § 66 SGB XI | | | | | |
| 6930 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X und § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV | -- | -- | -- | -- | |
| 6932 | Zinsen nach § 44 SGB I, § 27 Abs. 1 SGB IV, § 28r SGB IV, § 108 Abs. 2 SGB X und § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV - Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | |
| 6933 | Zinsen an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung | -- | -- | -- | -- | |
| 694 | Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte | | | | | |
| 6940 | Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte | -- | -- | X | -- | |
| 695 | Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung | | | | | |
| 6950 | Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung | -- | -- | X | -- | |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|---|----|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwaltungs- kosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 696 | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation | | | | | |
| 6960 | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation | -- | -- | -- | -- | -- |
| 6962 | Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – Altenteiler – (nur LKK) | -- | -- | -- | -- | -- |
| 697 | Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte | | | | | |
| 6970 | Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte | -- | -- | X | -- | -- |
| 699 | Übrige Aufwendungen | | | | | |
| 6990 | Übrige Aufwendungen | -- | -- | -- | -- | -- |
| 6991 | Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989 | -- | -- | -- | -- | -- |

A.4 Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|------------------------|--|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwal- tungskosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 70 | | Persönliche Verwaltungskosten | | | |
| | 700 | Dienstbezüge, Gehälter und Löhne | | | |
| | 7000 | -- | -- | X | -- |
| | 7001 | -- | -- | X | -- |
| | 7003 | -- | -- | X | -- |
| | 7004 | -- | -- | X | -- |
| | 701 | Versicherungsbeiträge und Prämien | | | |
| | 7010 | -- | -- | X | -- |
| | 7011 | -- | -- | X | -- |
| | 7012 | -- | -- | X | -- |
| | 7015 | -- | -- | X | -- |
| | 7016 | -- | -- | X | -- |
| | 702 | Versorgungsaufwendungen, Aufwendungen für Altersteilzeit und Wertguthaben nach § 7b SGB IV | | | |
| | 7020 | -- | -- | X | -- |
| | 7021 | -- | -- | X | -- |
| | 7022 | -- | -- | X | -- |
| | 7023 | -- | -- | X | -- |
| | 7024 | -- | -- | X | -- |
| | 7025 | -- | -- | X | -- |
| | 7026 | -- | -- | X | -- |
| | 7027 | -- | -- | X | -- |
| | 7028 | -- | -- | X | -- |
| | 703 | Beihilfen, Unterstützungen und Fürsorgeleistungen | | | |
| | 7030 | -- | -- | X | -- |
| | 7031 | -- | -- | X | -- |
| | 7032 | -- | -- | X | -- |
| | 7033 | -- | -- | X | -- |
| | 704 | Sonstige persönliche Verwaltungskosten | | | |
| | 7040 | -- | -- | X | -- |
| | 7042 | -- | -- | X | -- |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|---|----|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwal- tungskosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| 7044 | Zuschüsse im Rahmen der Wohnungs- fürsorge | -- | -- | X | -- | |
| 7049 | Übrige persönliche Verwaltungskosten | -- | -- | X | -- | |
| 705 | Aufwandsentschädigungen für Werbe- maßnahmen | | | | | |
| 7050 | Aufwandsentschädigung an Mitarbeiter | -- | -- | X | -- | |
| 7051 | Aufwandsentschädigungen an andere | -- | -- | X | -- | |
| 71 | Sächliche Verwaltungskosten | | | | | |
| 710 | Allgemeine Sachkosten der Verwaltung | | | | | |
| 7100 | Geschäftsbedarf | -- | -- | X | -- | |
| 7101 | Bücher und Zeitschriften | -- | -- | X | -- | |
| 7102 | Post- und Fernmeldegebühren | -- | -- | X | -- | |
| 7103 | Berufliche Bildung des Personals | -- | -- | X | -- | |
| 7104 | Reisekostenvergütung (ohne 72) | -- | -- | X | -- | |
| 7105 | Außergewöhnlicher Aufwand des haupt- amtlichen Vorstandes/der Geschäftsfüh- rung | -- | -- | X | -- | |
| 7106 | Aufklärungsmaßnahmen (ohne KG 51) | -- | -- | X | -- | |
| 7107 | Dienst- und Schutzkleidung | -- | -- | X | -- | |
| 7108 | Werbemaßnahmen | -- | -- | X | -- | |
| 7109 | Sonstige Sachkosten der Verwaltung | -- | -- | X | -- | |
| 711 | Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | | | | | |
| 7110 | Bewirtschaftung der verwaltungseigenen Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | -- | -- | X | -- | |
| 7111 | Mieten, Pachten und Nebenkosten für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen | -- | -- | X | -- | |
| 7112 | Unterhaltung der verwaltungseigenen Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen | -- | -- | X | -- | |
| 7113 | Abschreibungen für Gebäude | -- | -- | X | -- | |
| 7114 | Sonstige Kosten der Grundstücke, Ge- bäude und technischen Anlagen | -- | -- | X | -- | |
| 7115 | Abschreibungen von technischen Anla- gen | -- | -- | X | -- | |
| 7119 | Frei für Zwecke der Krankenkassen | -- | -- | X | -- | |
| 712 | Fahrzeuge | | | | | |
| 7120 | Betrieb von Kraftfahrzeugen (ohne 7121) | -- | -- | X | -- | |
| 7121 | Abschreibungen von Kraftfahrzeugen | -- | -- | X | -- | |
| 713 | Gegenstände der beweglichen Einrich- tung | | | | | |
| 7130 | Kosten der Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung | -- | -- | X | -- | |
| 7131 | Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung | -- | -- | X | -- | |
| 7132 | Mieten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung | -- | -- | X | -- | |
| 7133 | Kosten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen (ohne 7134 und 7135) | -- | -- | X | -- | |
| 7134 | Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung im Zusammen- hang mit Werbemaßnahmen | -- | -- | X | -- | |
| 7135 | Mieten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen | -- | -- | X | -- | |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|----------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungsausgaben | Satzungs- u. Ermessensleistungen | Verwaltungskosten | Strukturierte Behandlungsprogramme |
| | 7138 | Abschreibungen auf undifferenzierte Sammelposten | -- | -- | X | -- |
| 72 | | Aufwendungen für die Selbstverwaltung | | | | |
| | 720 | Aufwendungen für die Wahl der Organe | | | | |
| | 7200 | Aufwendungen für die Wahl der Organe | -- | -- | X | -- |
| | 721 | Aufwendungen für den Vorstand | | | | |
| | 7210 | Aufwendungen für den Vorstand (nur KBS, LKK / ohne 7240) | -- | -- | X | -- |
| | 722 | Aufwendungen für die Vertreterversammlung/den Verwaltungsrat | | | | |
| | 7220 | Aufwendungen für die Vertreterversammlung/den Verwaltungsrat (ohne 7240) | -- | -- | X | -- |
| | 723 | Aufwendungen für die Versichertenältesten und Vertrauensmänner | | | | |
| | 7230 | Aufwendungen für die Versichertenältesten und Vertrauensmänner | -- | -- | X | -- |
| | 724 | Außergewöhnliche Aufwendungen für die Organe | | | | |
| | 7240 | Außergewöhnliche Aufwendungen für die Organe | -- | -- | X | -- |
| 73 | | Beiträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke | | | | |
| | 730 | Vergütungen an andere Krankenkassen | | | | |
| | 7300 | Vergütungen an andere Krankenkassen | -- | -- | X | -- |
| | 731 | Prüfungskosten nach § 274 SGB V | | | | |
| | 7310 | Prüfungskosten nach § 274 SGB V | -- | -- | X | -- |
| | 732 | Beiträge an Verbände und Vereine | | | | |
| | 7320 | Beiträge an Krankenkassenverbände | -- | -- | X | -- |
| | 7321 | Beiträge an sonstige Verbände und Vereine | -- | -- | X | -- |
| | 7326 | Anteilige Werbungskosten an den Beiträgen an Krankenkassenverbände | -- | -- | X | -- |
| | 7327 | Anteilige Werbungskosten an den Beiträgen zu Vereinen, Arbeitsgemeinschaften und anderen Verbänden | -- | -- | X | -- |
| | 733 | Prüfungs- und Beratungskosten | | | | |
| | 7330 | Prüfungs- und Beratungskosten | -- | -- | X | -- |
| | 734 | Kosten für Abrechnungsprüfungen | | | | |
| | 7340 | Kosten für Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung | -- | -- | X | -- |
| | 735 | Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX | | | | |
| | 7350 | Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX | -- | -- | X | -- |
| | 736 | Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen | | | | |
| | 7360 | Aufwendungen für Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen | -- | -- | X | -- |
| | 737 | Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 e SGB V | | | | |
| | 7370 | Aufwendungen für Datentransparenz nach §§ 303 a bis 303 e SGB V | -- | -- | X | -- |
| | 738 | Vergütungen an berufsständische Vertretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK) | | | | |

| | | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|-----------|------|--|--|--|------------------------|--|
| | | | (1) | (2) | (3) | (4) |
| | | | standardisierte Leistungs- ausgaben | Satzungs- u. Ermessens- leistungen | Verwal- tungskosten | Strukturierte Behandlungs- programme |
| | 7380 | Vergütungen an berufsständische Ver- tretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK) | -- | -- | -- | -- |
| | 739 | Sonstige Vergütungen an andere | | | | |
| | 7390 | Sonstige Vergütungen an andere | -- | -- | X | -- |
| | 7391 | Verwaltungskosten des Gesundheits- fonds gem. § 271 Abs. 6 SGB V | -- | -- | -- | -- |
| | 7392 | Weiterleitung von Zuweisungen für Ver- waltungskosten gem. § 147 Abs. 2a SGB V | -- | -- | X | -- |
| | 7393 | DMP-Vorhaltekosten gem. § 137g Abs.1 Satz 11 SGB V (Gesundheitsfonds) | -- | -- | -- | -- |
| 74 | | Kosten der Rechtsverfolgung | | | | |
| | 740 | Kosten der Vorverfahren | | | | |
| | 7400 | Kosten der Vorverfahren | -- | -- | X | -- |
| | 741 | Kosten der Sozialgerichtsverfahren | | | | |
| | 7410 | Kosten der Sozialgerichtsverfahren | -- | -- | X | -- |
| | 742 | Kosten der sonstigen Gerichtsverfahren | | | | |
| | 7420 | Kosten der sonstigen Gerichtsverfahren | -- | -- | X | -- |
| | 743 | Außergerichtliche Kosten | | | | |
| | 7430 | Außergerichtliche Kosten | -- | -- | X | -- |
| | 744 | Erstattung von Gerichtskosten | | | | |
| | 7440 | Erstattung von Gerichtskosten an die Kassenärztlichen Vereinigungen einschl. Pauschale | -- | -- | X | -- |
| | 7441 | Erstattung von Gerichtskosten an die Krankenhäuser einschl. Nebenkosten | -- | -- | X | -- |
| 75 | | Kosten der Ausschüsse und Schieds- ämter | | | | |
| | 750 | Kosten der Zulassungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte | | | | |
| | 7500 | Kosten der Zulassungsausschüsse der Ärzte und Zahnärzte | -- | -- | X | -- |
| | 751 | Kosten der anderen Landesausschüsse | | | | |
| | 7510 | Kosten der anderen Landesausschüsse | -- | -- | X | -- |
| | 755 | Kosten der Schiedsämter | | | | |
| | 7550 | Kosten der Schiedsämter | -- | -- | X | -- |
| 76 | | Von anderen erstattete Ver- waltungskosten | | | | |
| | 760 | Erstattungen von anderen Krankenkas- sen | | | | |
| | 7600 | Erstattungen von anderen Krankenkas- sen | -- | -- | X | -- |
| | 761 | Erstattungen von der Alterssicherung der Landwirte | | | | |
| | 7610 | Erstattungen von der Alterssicherung der Landwirte | -- | -- | -- | -- |
| | 762 | Erstattungen von Trägern der allge- meinen Rentenversicherung | | | | |
| | 7620 | Erstattungen von Trägern der allge- meinen Rentenversicherung | -- | -- | X | -- |
| | 763 | Erstattungen von der Pflegeversicherung | | | | |
| | 7630 | Erstattungen von der Pflegeversicherung | -- | -- | X | -- |
| | 764 | Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit | | | | |
| | 7640 | Erstattungen von der Bundesagentur für Arbeit (ohne 7641) | -- | -- | X | -- |
| | 7641 | Aufwändungsersatz für überhöht gezahl- te Beiträge ALG II | -- | -- | X | -- |
| | 765 | Erstattungen von der Unfallversicherung | | | | |
| | 7650 | Erstattungen von der Unfallversicherung | -- | -- | X | -- |

| | | berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für | | | „nachrichtlich“ |
|------|---|--|---|-------------------------------|---|
| | | (1) standardisierte Leistungs- ausgaben | (2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen | (3) Verwal- tungskosten | (4) Strukturierte Behandlungs- programme |
| 766 | Erstattungen vom Bund und vom Gesundheitsfonds | | | | |
| 7660 | Erstattungen vom Bund | -- | -- | X | -- |
| 7661 | Erstattungen vom Gesundheitsfonds | -- | -- | X | -- |
| 767 | Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden | | | | |
| 7670 | Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden | -- | -- | X | -- |
| 768 | Erstattungen von den Ländern | | | | |
| 7680 | Erstattungen von den Ländern | -- | -- | X | -- |
| 769 | Erstattungen von Sonstigen | | | | |
| 7690 | Erstattungen nach dem AAG | -- | -- | X | -- |
| 7691 | Erstattungen von Mahngebühren und Vollstreckungsgebühren | -- | -- | X | -- |
| 7692 | Erstattungen nach § 303 SGB V | -- | -- | X | -- |
| 7695 | Abschläge bei Kostenerstattung nach § 13 SGB V | -- | -- | X | -- |
| 7696 | Erstattung des Verwaltungskostenaufwands aus Wahlтарifen. | -- | -- | X | -- |
| 7699 | Übrige Erstattungen von Sonstigen | -- | -- | X | -- |

B. Übersicht zur Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2016

B.1 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben:

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2018:

| | RSA berücksichtigungsfähige Vermögenserträge und sonstige Einnahmen |
|--|---|
| | Summe aus Konto 3200, KA 321, Konten 3230, 3250, 3400 und 3410 |

B.1.2 RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2018:

| Hauptleistungsbereich | RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben |
|---|---|
| 1. Ärzte | Summe aus KA 400, KA 401, KA 403, KA 408, KA 409, KA 463, Konten 5183 bis 5185, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, Konten 5280 bis 5282, KA 530, KA 543, KA 544, KA 550, KA 570 |
| 2. Zahnärzte | Summe aus KG 41, KG 42, Konten 5160 bis 5162, KA 571 |
| 3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte | Summe aus KA 430, KA 433, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 485, Konten 5186 bis 5188, KA 532, KA 573 |
| 4. Krankenhaus | Summe aus Konten 4600 bis 4602 u. 4603 bis 4605, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 467, KA 469, KA 486, Konten 5283 bis 5285, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konten 5760 bis 5762, KA 594 |

| Hauptleistungsbereich | RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben | |
|---|---|---|
| 5. Sonstige Leistungsausgaben | Summe aus | KA 405, KA 406, KA 440, KA 441, KA 444, KA 445, KA 446, KA 447, KA 449, KG 45, KA 480, KA 481, KA 482, KA 483, KA 487, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 510, KA 513, KA 514, KA 515, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, Konten 5423 bis 5425, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 553, KA 554, KA 555, KA 556, KA 563, KA 564, KA 565, KA 567, Konten 5693 bis 5695, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, Konten 5990 bis 5992 |
| 6. Krankengeld | | KG 47 |
| 7. Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung | Summe aus | KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA 572, Konten 5763 bis 5765 |
| 8. Nicht besetzt | | |
| X. Zahlungen nach ISchGKVLV ¹⁵ | Summe aus | Konten 5163, 5164 und 5165 |

B.2 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessungsleistung für das Ausgleichsjahr 2018:

| | Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen | |
|--|---|--|
| | Summe aus | KA 484, KA 500, KA 501, KA 502, KA 503, KA 509, KA 511, KA 512, KA 517, Konten 5180 bis 5182, KA 524, KA 525, KA 526, Konten 5420 bis 5422 KA 549, KA 566, KA 568, Konten 5690 bis 5692, KA 579, KA 584 ¹⁶ , KA 586, KA 596, KA 597, Konten 5993 bis 5995, Konto 6410 |

B.3 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Verwaltungskosten

| | Zuweisungsfähige Verwaltungskosten | |
|--|------------------------------------|---|
| | Summe aus | KA 593, KA 691, KA 694, KA 695, KA 697, KG 70, KG 71, KG 72, KG 73 (ohne KA 738 und ohne die Konten 7391 und 7393), KG 74, KA 750, KA 751, KA 755, KA 760, KA 762, KA 763, KA 764, KA 765, KA 766, KA 767, KA 768, KA 769 |

B.4 Nachrichtliche Übersicht zu „DMP-Konten“ zur Ermittlung der DMP-Programmkostenpauschale nach § 38 RSAV

| | „DMP Konten“ | |
|--|--------------|------------------------|
| | Summe aus | KA 404, KA 581, KA 583 |

¹⁵ Die Zuweisungen hierfür werden seit dem Ausgleichsjahr 2009 gemäß dem Schlüssel für Satzungs- und Ermessensleistungen verteilt.

¹⁶ KA 584 wird um KA 375 vermindert

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2018:

(1) Es sind die Leistungsausgaben abzüglich der Erstattungen und Einnahmen dem Ausgleichsjahr zuzuordnen, auf das sie nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) vom 15. Juli 1999 in der im Erhebungsjahr geltenden Fassung und nach der Maßgabe der Bestimmungen des Kontenrahmens entfallen (vgl. § 4 RSAV).

(2) Informationen zur sachlichen und zeitlichen Abgrenzung der Morbiditätsinformationen befinden sich in den Erläuterungen der jeweiligen Satzart.

(3) Die in der Satzart 700 gemeldeten versichertenbezogenen Leistungsausgaben werden im Nachhinein vom BVA pauschal um Erstattungen und Einnahmen vermindert, die in der KK 3 zu buchen und in der Satzart 701 zu melden sind. Darüber hinaus sind weitere Abzugs- und Anrechnungsbeträge zu berücksichtigen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

| | | |
|--|-------|------|
| - Erstattungen nach § 19 BVG a.F. | Konto | 3200 |
| - Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V | KA | 321 |
| - Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz | Konto | 3230 |
| - Erstattungen nach § 19 BVG n.F. | Konto | 3250 |
| - Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte | Konto | 3400 |
| - Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V | Konto | 3410 |

sowie um:

| | | |
|--|-------|------|
| - Arzneimittelrabatte | KA | 439 |
| - Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern | Konto | 4606 |
| - Rabatte auf Impfstoffe | KA | 519 |
| - Integrierte Versorgung - Rabatte | KA | 587 |
| - Komplexpauschalen bei Integrierter Versorgung (IV) | KA | 588 |
| - Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung IV | Konto | 5890 |
| - Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen | KA | 598 |

Bei der Berücksichtigung der Erstattungen und Einnahmen wird unterschieden zwischen Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V – Erstattungen für Krankengeld genannt – und allen übrigen Erstattungen – Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld genannt.

Die Summe der in Abschnitt B ausgewiesenen HLB 1 bis 9 unter Berücksichtigung der relevanten Erstattungen und Einnahmen der KK 3, der Arzneimittelrabatte (KA 439), der pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Konto 4606), Rabatte auf Impfstoffe (KA 519), des Betrages der KA 598 (Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen), des Betrages des Kontos 5890 (Verwendete Mittel zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung nach § 140d SGB V), des Betrages der KA 587 (Integrierte Versorgung – Rabatte), des Betrages der KA 588 (Komplexpauschalen bei Integrierter Versorgung), des Betrages der KA 404 (Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme), des Betrages der KA 581 (Medizinische Vorsorgeleistungen DMP) und des Betrages der KA 583 (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation- DMP) muss identisch sein mit dem in KJ1 unter Schl.-Nr. 9995, Spalte 2 ausgewiesenen Gesamtbetrag.

Anlage 1.3: Pseudonymisierung (zu §§ 7 ,19 und 25 der Bestimmung)

A. Pseudonymisierung bundeseinheitlicher KV-Nummern

1. Verfahren

Der Pseudonymisierungsschlüssel besteht aus den zwei Teilen S1 und S2, wobei S1 einen kasseneinheitlichen und S2 einen kassenindividuellen Schlüssel darstellt. Der Pseudonymisierungsschlüssel wird jährlich bezogen auf das Schlüsseljahr gewechselt. Dies bedeutet, dass sämtliche Daten, die im Schlüsseljahr zum Zwecke der Durchführung des RSA an das Bundesversicherungsamt (BVA) übermittelt werden, mit den Schlüsselteilen S1 und S2 verschlüsselt werden, die für dieses Schlüsseljahr vergeben wurden. Die Voraussetzung für eine solche Verschlüsselung ist das Vorhandensein einer bundeseinheitlichen Krankenversicherungsnummer. Dies betrifft die Leistungsdaten und Morbiditätsdaten des Vorjahres (=Erstmeldung), die Morbiditätsdaten des Vorvorjahres (=Korrekturmeldung), die Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten nach § 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 RSAV sowie die Meldungen der Versichertenstammdaten nach § 32 RSAV für die im laufenden Schlüsseljahr erfolgenden Struktur- anpassungen (StA) im September (zweite Strukturanpassung im laufenden monatlichen Abschlagsverfahren) und März (dritte Strukturanpassung im Ausgleichsjahr sowie erste Strukturanpassung im laufenden monatlichen Abschlagsverfahren). Der neue Schlüssel wird vom DIMDI erzeugt und muss von den Krankenkassen in der Zeit vom 15. April bis zum 15. Mai eines Jahres via Internet beim DIMDI abgerufen werden.

Die o.g. Regelungen finden analog auf die im Rahmen der Sonderdatenerhebung personenbezogenen Datenmeldungen nach § 269 Abs. 3b und 3c SGB V Anwendung.

| Schlüsseljahr | Datenmeldung | Berichtsjahr | Meldetermin |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| April 2018 – April 2019 | Korrekturmeldung | 2016 | 15.06.2018 |
| April 2018 – April 2019 | Erstmeldung | 2017 | 15.08.2018 |
| April 2018 – April 2019 | 2. StA 2018 | 2018 | 31.08.2018 |
| April 2018 – April 2019 | 3. StA 2018 u. 1. StA 2019* | 2018 | 28.02.2019 |

| | | | |
|-------------------------|---------------------------|------|------------|
| April 2018 – April 2019 | Korrekturmeldung (SA110) | 2016 | 15.04.2019 |
| April 2018 – April 2019 | Korrekturmeldung (SA110) | 2017 | 15.04.2019 |
| April 2018 – April 2019 | Meldung nach § 303b SGB V | 2017 | 15.04.2019 |
| April 2018 – April 2019 | Meldung nach § 269 SGB V | 2016 | 15.06.2018 |
| April 2018 – April 2019 | Meldung nach § 269 SGB V | 2017 | 15.08.2018 |
| April 2018 – April 2019 | Korrekturmeldung SA 149 | 2016 | 15.04.2019 |
| April 2018 – April 2019 | Korrekturmeldung SA 149 | 2017 | 15.04.2019 |

*SA 111 Ganzjahr 2018

Ein Pseudonym besteht aus den zwei Teilen P1 und P2 mit jeweils 19 alphanumerischen Zeichen, wobei zwischen Groß- und Kleinschreibung unterschieden wird. P1 wird mit dem für alle Krankenkassen einheitlichen Schlüsselteil S1 des Schlüsseljahres aus dem unveränderlichen Teil der bundeseinheitlichen KV-Nummer erzeugt. So wird ermöglicht, dass beim BVA die Leistungsdaten mit den Morbiditätsdaten des Vorjahres (Korrekturmeldung) und den Morbiditätsdaten des gleichen Jahres (Erstmeldung) sowie bei Kassenwechslern deren Daten über die verschiedenen Kassen hinweg verknüpft werden können. P2 wird mit dem kassenindividuellen Schlüsselteil S2 des Schlüsseljahres ebenfalls aus der bundeseinheitlichen KV-Nummer generiert und für eine spätere Prüfung der abgegebenen Datenmeldung durch die Aufsichts- und Prüfbehörden benötigt. Für jeden Versicherten kann innerhalb eines Schlüsseljahres das gleiche Pseudonym verwendet werden¹.

2. Sicherheitsanforderungen

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erzeugt jährlich den einheitlichen Schlüsselteil S1 sowie für jede am Risikostrukturausgleich teilnehmende Krankenkasse einen kassenindividuellen Schlüsselteil S2 und stellt diese jeder Krankenkasse durch exklusiven Zugriff auf ein eigenes Intranet zur Verfügung. D. h. DIMDI hinterlegt diese pro Krankenkasse auf einem sicheren Web-Server (Intranet), der für einen begrenzten Zeitraum freigeschaltet wird. Jede Krankenkasse ruft online über die URL die Schlüsseldatei auf und speichert die Daten im eigenen lokalen System. Nach Ablauf der Abruffrist wird der Intranetserver geschlossen. Um den Zugriff auf den Intranetserver zu ermöglichen, versendet DIMDI Username und Passwort, die zeitlich nicht begrenzt sind,

¹Für Versicherte, für die im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens eine neue KV-Nummer vergeben wurde, ist das Pseudonym auf Basis der neuen KV-Nummer zu bilden.

per Einschreiben an die Krankenkassen.

Wird wegen einer Krankenkassenfusion eine neue Betriebsnummer vergeben, stellt das DIMDI auf Anforderung einen neuen Schlüssel S1 und S2 der Krankenkasse zur Verfügung. Die Pseudonymisierung wird unter Verwendung der neuen Betriebsnummer durchgeführt. Hat eine Fusion innerhalb eines Schlüsseljahres stattgefunden, kann die Krankenkasse die betroffenen Pseudonyme unverändert lassen.

Bei den Krankenkassen wird der Pseudonymisierungsschlüssel durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher aufbewahrt und verwaltet. Zur Erzeugung der Pseudonyme wird ein vom BSI gelieferter Algorithmus verwendet. Mittels dieses Algorithmus und der vom DIMDI zur Verfügung gestellten Schlüsselteile S1 und S2 verschlüsseln die Krankenkassen in den jeweiligen Datenlieferungen den einheitlichen Teil der KV-Nummer. Die so pseudonymisierten Daten werden auf einem sicheren Transportweg an den zuständigen Spitzenverband versandt. Nach erfolgreichem Versand (spätestens nach der Plausibilisierung der Daten beim BVA) wird der Pseudonymteil P1 bei den Krankenkassen gelöscht. Der kasseneinheitliche Schlüsselteil S1 wird am Ende des Kalenderjahres, das auf das Meldejahr folgt, auf den sich der Schlüssel bezieht, gelöscht. Der kassenindividuelle Schlüsselteil S2 und der Pseudonymteil P2 werden am Ende des 5. auf das Meldejahr folgenden Kalenderjahres gelöscht.

Der GKV-Spitzenverband sammelt die pseudonymisierten Daten der am Risikostrukturausgleich beteiligten Krankenkassen, und führt die Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen durch und leitet die Daten an das BVA auf einem sicheren Transportweg weiter. Bis dahin werden die Daten durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher aufbewahrt und verwaltet. Die Aufbewahrungsfristen beim GKV-Spitzenverband sind in § 30 Abs. 4 Satz 6 RSAV geregelt.

Das BVA erhält die pseudonymisierten Daten vom GKV-Spitzenverband. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen werden die Daten sicher aufbewahrt und verwaltet. Das BVA teilt den Krankenkassen mit, wenn die Datenmeldungen angenommen, eingelesen und plausibilisiert wurden, damit diese die einheitlichen Pseudonymteile löschen können. Der kasseneinheitliche Pseudonymteil P1 wird beim BVA am Ende des

Kalenderjahres, das auf das Meldejahr folgt, auf den sich der Schlüssel bezieht, gelöscht. Der kassenindividuelle Pseudonymteil P2 wird am Ende des 5. auf das Meldejahr folgenden Kalenderjahres gelöscht.²

3. Spezifikation des Verfahrens

Jeder am Verfahren teilnehmenden Krankenkasse wird als eindeutige Kennung die 8-stellige Betriebsnummer zugeordnet unter der sie die Datenmeldung abgeben wird.

Beim Verfahren zur Pseudonymisierung handelt es sich um HMAC-RipeMd-160 gemäß RFC 2286. Das Verfahren wird vom BSI in Form von C-Quellcode bereitgestellt und ist in die Software bei den Krankenkassen zu integrieren. Der Funktions-Prototyp lautet:

```
int pseudonym(const char KvNummer[11], const char Schluessel[20],
int Kennung, char P[20]);
```

Hierbei kann die variable Kennung einen Wert von 0 bis 99999999 annehmen. Für den Wert 0 wird der Pseudonymteil P1 berechnet und in der Variablen P (als ASCII-String inklusive abschließender 0-Kennung) zurückgegeben. Hierbei muss beim Funktionsaufruf die KV-Nummer eine gültige KV-Nummer (als ASCII-String mit abschließender 0-Kennung) und der Schlüssel den 20-stelligen hexadezimalen Schlüsselteil S1 enthalten. Um den kassenindividuellen Pseudonymteil P2 zu berechnen, muss die Funktion mit dem Schlüsselteil S2 und für die Kennung einen Wert zwischen 1000000 und 99999999 aufgerufen werden. Beim letzteren Wert handelt es sich um die oben erwähnte Kennung der Kasse. Die Funktion liefert bei erfolgreicher Berechnung den Rückgabewert 0 und ansonsten einen Wert größer als 0.

Des Weiteren wird eine Funktion mit dem Prototyp

```
int testkey(const char Schluessel[20], int jahr,
int Kennung, const char checksumme[4]);
```

² Von BVA und GKV-Spitzenverband einvernehmlich getroffene Regelungen, die die Aufbewahrung und Löschung von Daten im Zusammenhang mit dem Pseudonymisierungsverfahren betreffen und mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik abgestimmt wurden, werden Bestandteil dieser Bestimmung.

bereitgestellt. Hierbei ist die Checksumme eine Hexadezimalfolge der Länge 4, der den Krankenkassen vom DIMDI gemeinsam mit dem Schlüssel geliefert wird. Die Funktion liefert den Rückgabewert 1, falls die Checksumme nicht zum Schlüssel, zum Jahr und zur Kennung passt, und andernfalls den Wert 0.

B. Pseudonymisierung ohne bundeseinheitliche KV-Nummern

Sollte für Versicherte keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegen, so ist das Pseudonym nach §§ 7, 19 und 25 wie folgt zu bilden:

Es ist ein 19-stelliges Pseudonym zu erzeugen, wobei die Betriebsnummer der Krankenkasse in den ersten acht Stellen des Pseudonyms abgebildet wird. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen. Die verbleibenden Stellen des Pseudonyms enthalten eine kassenintern vergebene Kennung, die den Versicherten von allen anderen Versicherten der Krankenkasse unterscheidet und in allen Berichtsjahren, die zu einem Schlüsseljahr gehören und in denen für den Versicherten keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegt, identisch sein muss. Bei der Pseudonymbildung ist zu beachten, dass das Pseudonym keine Sonderzeichen enthalten darf. Beim Zusammenschluss zweier Krankenkassen ist darauf zu achten, dass innerhalb des gleichen Schlüsseljahres das Pseudonym nicht geändert wird.

Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung)

Anleitung zur Erfassung der Daten für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 30 RSAV.

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.4 ist gültig für das Schlüsseljahr 2018/2019.

1. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Daten über die Versicherten nach § 30 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 und 700 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 BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

Die Meldung der Satzart 610 ist abweichend von § 30 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 BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

Die Krankenkassen übermitteln die Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten (Satzart 110) nach § 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 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 BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

Die Krankenkassen melden die Versicherungszeiten der Versicherten für den monatlichen Ausgleich (§ 32 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 Bundesversicherungsamt (BVA) weiter.

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 BVA.

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 Berichtszeitraumes 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 BVA für jede Einzelkasse durch den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten:

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8, 9 und 11 sowie § 38 RSAV) = die Satzart 100,
2. für die Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
(§ 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 RSAV) = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (monatl. Abschlagverfahren)
(§ 32 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der ambulanten
ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,
8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV) = die Satzart 700,
9. für die Summen der berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ1
(gemäß § 266 Abs. 5 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.

Die Betragsangaben in der Satzart 700 und 701 sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben.

Nicht verwendete Betragesfelder werden in der Satzart 700 und 701 mit der Ziffer „0“ belegt, im zugehörigen Vorzeichenfeld wird ein MINUS eingetragen. Dieses betraf in der Vergangenheit z. B. das Feld „DMP-Mehrleistungen“ in der Satzart 700¹. 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.

¹ Das Feld DMP-Mehrleistungen wurde das letzte Mal in der Fassung vom 02.06.2008 in der Anlage 3.4 beschrieben.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, Nr. 8,9 und Nr. 11 sowie § 38 RSAV –

1. Versichertenstammdaten (Satzart 100)

| Feld-Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|----------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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 |
| 5 | KV-Nr-Kennzeichen | 54 | 54 | 1 | numerisch | bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor = 1, sonst = 0 |
| 6 | Geburtsjahr | 55 | 58 | 4 | numerisch | Geburtsjahr des Versicherten gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV |
| 7 | Geschlecht | 59 | 59 | 1 | numerisch | 1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Geschlechtsangabe gemäß § 30 Abs. 1 Satz Nr. 1 RSAV |
| 8 | Versichertentage | 60 | 62 | 3 | numerisch | Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV |
| 9 | Erwerbsminderung | 63 | 65 | 3 | numerisch | Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|--|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 10 | extrakorporale Blutreinigung | 66 | 66 | 1 | numerisch | für den Versicherten wurde im Berichtsjahr mindestens eine extrakorporale Blutreinigung erbracht = 1, sonst = 0; gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV |
| 11 | Verstorben | 67 | 67 | 1 | numerisch | Versicherter ist im Berichtsjahr verstorben: verstorben = 1, sonst = 0 |
| 12 | DMP-Tage | 68 | 70 | 3 | numerisch | Anzahl der DMP-Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 38 RSAV |
| 13 | Versichertentage Ausland | 71 | 73 | 3 | numerisch | Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemäß § 30 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 § 30 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 § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV |
| 16 | Versichertentage mit Krankengeldanspruch | 80 | 82 | 3 | numerisch | Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV |

| | | | | | | |
|----|---|----|----|---|-----------|---|
| 17 | Kennzeichen Alters-/ Geschlechtswechsel ² | 83 | 83 | 1 | numerisch | 0 = Es bestehen keine Änderungen. 1 = Es wird ein Alters- und/oder Geschlechts- wechsel bestätigt. 9 = Krankenkasse mel- det das Kennzeichen nicht. |
| 18 | RSA- Clearingkennzeichen | 84 | 84 | 1 | numerisch | Versicherter war Be- standteil des RSA- Clearingverfahrens und es liegen keine Versi- chertentage vor = 1, sonst = 0 |
| 19 | Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum | 85 | 85 | 1 | numerisch | 1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Be- richtszeitraumes in der Krankenkasse versichert. 0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausge- schieden. |
| 20 | Amtlicher Gemeinde- schlüssel | 86 | 93 | 8 | numerisch | Das Feld ist mit dem amtlichen Gemeinde- schlüssel des Wohnortes des Versicherten zu be- füllen. 00000000 = Ausland. 99999999 = nicht zu- geordnet. |

² 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 Bundesversicherungsamtes festgelegt.

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)

Vierstelliges Geburtsjahr des Versicherten im Format „JJJJ“. Erhebung gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV, welches der Angabe im Versichertenverzeichnis 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

Erhebung gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben (§ 30 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 § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a). Der unter § 30 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 § 2 Abs. 1 Ziffer 4 und 5 RSAV 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 gem. § 30 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 | Berichts- jahr 2016 | Berichts- jahr 2017 |
|------------------|---|---|------------------------|------------------------|
| 7070L90B | Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse | DRG-Fallpauschale | J | J |
| 7070L90C | Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse | DRG-Fallpauschale | J | J |
| 7170L90B | Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre | Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD | J | J |

| Entgeltschlüssel | Bezeichnung | Untergruppe | Berichts- jahr 2016 | Berichts- jahr 2017 |
|------------------|---|--|------------------------|------------------------|
| | mit Peritonealdialyse | | | |
| 7170L90C | Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG-Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse | Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD | J | J |
| 85000064 | Tagesklinik Kinderneurologie | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär bundesweit | J | J |
| 85000087 | Teilstationäre Dialyse | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit | N | J |
| 85000094 | Teilstationäre LDL-Apherese | Tagesbezogenes Entgelt (BE, nicht kalkulierte Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, teilstationär Bundesweit | N | J |
| 85000095 | CAPD teilstationär | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit | N | J |
| 85000102 | Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD) | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit | N | J |
| 8500L90A | Niereninsuffizienz | DRG tagesbezogen | J | J |

| Entgeltschlüssel | Bezeichnung | Untergruppe | Berichts- jahr 2016 | Berichts- jahr 2017 |
|------------------|---|---|------------------------|------------------------|
| | enz, teilstationär, Alter < 15 Jahre | bundesweit | | |
| 85030008 | Teilstationäre H.E.L.P. (LDL- Apherese) | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Niedersachsen | J | J |
| 85040008 | Tagesklinik Inne- re Medizin – Schwerpunkt LDL Apherese | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Bremen | J | J |
| 85050002 | Teilstationäre Dialyse | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Nordrhein- Westfalen | J | J |
| 85050010 | CAPD teilstationär | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Nordrhein- Westfalen | J | J |
| 85050028 | Teilstationäre LDL-Apherese | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Nordrhein- Westfalen | J | J |
| 85050030 | Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unter- stützt (IPD) | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Nordrhein- Westfalen | J | J |

| Entgeltschlüssel | Bezeichnung | Untergruppe | Berichts- jahr 2016 | Berichts- jahr 2017 |
|------------------|-----------------------------------|---|------------------------|------------------------|
| 85060011 | Teilstationäre LDL-Apherese | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Hessen | J | J |
| 85070001 | Dialyse / teilsta- tionär | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Rheinland-Pfalz | J | J |
| 85090052 | Tagesklinik Ne- phrologie | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Bayern | J | J |
| 85090059 | Teilstationär CAPD | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Bayern | J | J |
| 85100004 | Teilstationäre LDL-Apherese | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Saarland | J | J |
| 85110004 | Teilstationäre LDL-Apherese | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Berlin | J | J |
| 85110007 | Teilstationäre Dialyse, Kinder | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbe- zogen teilstationär Berlin | J | J |

| Entgeltschlüssel | Bezeichnung | Untergruppe | Berichts- jahr 2016 | Berichts- jahr 2017 |
|------------------|---|--|------------------------|------------------------|
| 85110012 | Teilstationäre Dialyse | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Berlin | J | J |
| 85120003 | Teilstationäre Dialyse | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Brandenburg | J | J |
| 85130007 | Kindernephrologie (Tagesklinik) | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Mecklenburg-Vorpommern | J | J |
| 85140011 | Teilstationäre LDL-Apherese | Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Sachsen | J | J |
| 8600L90A | Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre | DRG fallbezogen bundesweit | J | 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 § 38 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 § 30 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 der Grundsätze zur Durchführung der Krankenversicherung im Ausland. Beginn und Ende der Versicherungszeit ergeben sich demnach ausschließlich aus

(a) den für die EWR-Staaten und die Schweiz gültigen Vordrucke nach Berichtsjahren:

| Anspruchsschein | Berichtsjahr 2016 | Berichtsjahr 2017 |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| 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 |

(b) den jeweiligen Vordrucken der Abkommensstaaten nach Berichtsjahren:

| Land | Anspruchsschein | Berichtsjahr 2016 | Berichtsjahr 2017 |
|---------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| 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 |
| Mazedonien | RM/D 108 | J | J |
| Mazedonien | RM/D 109 | J | J |
| Mazedonien | RM/D 120 | J | J |
| Mazedonien | 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 § 30 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 § 30 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 gezahlt 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 § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 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.

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

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 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 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 (amtlicher Gemeindeschlüssel)

Das Feld ist mit dem amtlichen Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten zu befüllen. Die Ermittlung des amtlichen Gemeindeschlüssels erfolgt durch die Krankenkasse auf Basis der vorliegenden Angaben zur Postleitzahl und des Wohnortes, zum Zeitpunkt des Datenabzugs.

Für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland wird der Wert 00000000 gemeldet. Lässt sich ein Versicherter keinem amtlichen Gemeindeschlüssel zuordnen, wird der Wert 99999999 vergeben.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 30 Abs. 4 Satz 2 RSAV –

2. Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Satzart 110)

Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 100 des Schlüsseljahres. 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.

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

(Abschlagsverfahren)

– Meldung nach § 32 Satz 1 RSAV –

3. Versichertenstammdaten (Satzart 111)

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „111“ |
| 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 | Bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor = 1, sonst = 0 |
| 6 | Geburtsjahr | 55 | 58 | 4 | numerisch | Geb.jahr des Versicherten |
| 7 | Geschlecht | 59 | 59 | 1 | numerisch | 1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Geschlechtsangabe |
| 8 | Versichertentage | 60 | 62 | 3 | numerisch | Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 3 Abs. 3 RSAV |
| 9 | Verstorben | 63 | 63 | 1 | numerisch | verstorben = 1 sonst = 0 |
| 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. |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 12 | Erwerbsminderung | 68 | 70 | 3 | numerisch | Anzahl der EMR- Versichertentage im Be- richtszeitraum gemäß § 3 Abs. 3 RSAV |
| 13 | DMP-Tage | 71 | 73 | 3 | numerisch | Anzahl der DMP Versicher- tentage im Berichtszeit- raum gemäß § 38 RSAV |

Erläuterungen zur Satzart 111 (Versichertenstammdaten – Abschlagsverfahren)

Vorbemerkung:

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

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)

Vierstelliges Geburtsjahr des Versicherten im Format „JJJJ“, 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

Die fehlende Geschlechtsangabe ist erstmalig ab dem Meldejahr 2016 zulässig.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind für den jeweiligen Berichtszeitraum die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben. § 30 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 vermindelter 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 § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a). Der unter § 30 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 § 2 Abs. 1 Ziffer 4 und 5 RSAV 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 § 38 RSAV im Berichtszeitraum zu erheben, in dem der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV –

4. Daten der Arzneimittelversorgung (Satzart 400)

| Feld-Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|----------|------------------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | Von | bis | Stellen | | |
| 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 (§ 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV) |
| 6 | Pharmazentralnummer | 62 | 69 | 8 | numerisch | Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V und Sonderkennzeichen (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) |
| 7 | Anzahl Einheiten oder Faktor | 70 | 78 | 9 | numerisch | Verwendungsmenge der PZN in Promille (§ 30 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 Sonderkennzeichenummer gemäß § 30 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 § 30 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 § 30 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“ (Ver-

wurf) 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.

- g) Zu Datenfeld 7 (Anzahl Einheiten oder Faktor gemäß § 30 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 § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV –

5. Diagnosen der Krankenhausversorgung (Satzart 500)

| Feld-Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|----------|----------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | Von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „500“ |
| 2 | Berichtsjahr | 4 | 7 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 3 | Betriebsnummer | 8 | 15 | 8 | numerisch | Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | Von | bis | Stellen | | |
| 4 | Versichertenpseudonym | 16 | 53 | 38 | alphanumerisch | Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse |
| 5 | Entlassungsmonat | 54 | 59 | 6 | numerisch | JJJJMM (§ 30 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 (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) |
| 8 | Lokalisation | 69 | 69 | 1 | numerisch | Beidseitig = 1, sonst = 0 |
| 9 | Art der Diagnose | 70 | 70 | 1 | numerisch | Hauptdiagnose = 1, Nebendiagnose = 2 |
| 10 | Art der Behandlung | 71 | 71 | 1 | numerisch | Behandlung erfolgte vollstationär = 1, teilstationär = 2 ambulante OP im Krankenhaus = 3 sonst = 0 |

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 Meldung der stationären Diagnosen in der Satzart 500 ist auch dann möglich, wenn zum Zeitpunkt der Datenmeldung keine Abrechnung, jedoch eine Entlassungsmitteilung des Krankenhauses vorliegt oder der Abrechnungsbetrag 0 EUR beträgt.

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 § 30 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 § 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV)

Es ist der Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus einzutragen, der mit der Entlassungsmittteilung 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 Krankenhausesfälle innerhalb eines Monats mit einer unterschiedlichen Ordnungszahl belegt.

g) Zu Datenfeld 7 (Diagnose, kodiert nach § 30 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 Frührehabphase 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.

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 Frührephase A und B wird diejenige Diagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet, die als maßgebliche, primäre Hauptdiagnose in der Entlassungsan-

zeige 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
- 0 = sonstige

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV -

6. Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Satzart 600)

| Feld-Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|----------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | Von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „600“ |
| 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 | Leistungsquartal | 54 | 54 | 1 | numerisch | Q (Q = 1 für 1. Quartal usw.) |
| 6 | Diagnose, kodiert | 55 | 61 | 7 | alphanumerisch | nach ICD 10 GM (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|----------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | Von | bis | Stellen | | |
| 7 | Qualifizierung | 62 | 62 | 1 | alphanumerisch | Verdachtsdiagnose = V, Zustand nach der betref- fenden Diagnose = Z, aus- geschlossene Diagnose = A, gesicherte Diagnose = G, sonst = 0. |
| 8 | Lokalisation | 63 | 63 | 1 | numerisch | beidseitig = 1, sonstige = 0 |
| 9 | Datenweg | 64 | 65 | 2 | numerisch | 01 – § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 02 – Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V 03 – Besondere ambulante ärztliche Behandlung nach § 73c SGB V (alte Fassung) 04 – Versorgung nach § 140a–d SGB V (alte Fas- sung) bzw. § 140a SGB V (neue Fassung) 05 – Ambulante spezial- fachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (alte Fassung) bzw. Ambulante spezialfachärztliche Ver- sorgung nach § 116b SGB V (neue Fassung) 06 – Diagnose aus Hoch- schulambulanz 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 medi- zinischen Behandlungs- zentren 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 § 30 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 § 30 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 / Ambulanzdiagnose¹“ übermittelt wird.

¹ 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.

Als Diagnosen aus Einrichtungen nach § 117 Abs. 1 und 2 SGB V sind die 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.²

Überweisungsdiagnosen (Diagnoseart 2) sind nicht zu berücksichtigen.

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstabe (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)

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig

0 = sonst

² Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V“ wird mit der 14. Fortschreibung vom 22.5.2017 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 3.2.2016 mit Wirkung zum 01.01.2018 neu eingeführt.

i) Zu Datenfeld 9 (Datenweg)

Die Diagnosen werden über den folgenden Datenweg gemeldet:

- 01 = Regelversorgung nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.
- 02 = Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V. Die Meldung der Daten erfolgt über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V.
- 03 = Besondere ambulante ärztliche 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 = Versorgung nach § 140 a–d SGB V (alte Fassung bis 22.07.2015) bzw. § 140a SGB V (neue Fassung ab 23.07.2015).
- 05 = Ambulante spezialfachärztliche 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 = Sonstige – Diagnose kann keinem der obigen Datenwege zugeordnet werden.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 30 Abs. 1 Nr. 6 RSAV –

7. Prozeduren der ambulanten Behandlung (Satzart 610)

Die Meldung der Satzart 610 ist abweichend von § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres ausgesetzt.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV –

8. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 700)

| Feld-Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|----------|---|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „700“ |
| 2 | Berichtsjahr | 4 | 7 | 4 | numerisch | JJJ |
| 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 |
| 14 | Vorzeichen bzgl. sonst. Leistungsausgaben | 128 | 128 | 1 | alphanumerisch | „+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|--|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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. Aus- gaben Krankengeld | 158 | 158 | 1 | alphanumerisch | „+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert |

Erläuterungen zur Satzart 700 (Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungs- ausgaben)

Vorbemerkung:

Die in der Anlage 1.1 Abschnitt B.1.2 aufgeführten Sachbuchkonten sind für die personenbezogene Datenmeldung der Satzart 700 zu verwenden.

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 700 zu melden.

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:

$$1. \text{ LB_Punkte_Vergütung} = \text{Vergütung} - (\text{LB_EURO_GO} - \text{LB_Punkte} \times \text{Orientierungspunktwert}^1)$$

Der zu verwendende Punktwert wird wie folgt berechnet:

¹ Sofern der für eine KV-Region vereinbarte Punktwert erheblich zum bundesweiten Orientierungswert differiert, können 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.

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. Für den Fall, dass eine kassenindividuelle Ermittlung nicht möglich ist, kann ersatzweise ein kassenartendurchschnittlicher Punktwert zu Grunde gelegt werden.

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.

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 Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.

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.

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.

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.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 266 Abs. 5 Satz 3 SGB V –

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

Gemäß § 266 Abs. 5 Satz 3 SGB V sind folgende Werte aus den Jahresrechnungen (KJ1) jeder Einzelkasse zu ermitteln und dem BVA durch den GKV-Spitzenverband mitzuteilen.

| Feld-Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|----------|---|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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 |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 12 | Krankenhäuser | 76 | 89 | 14 | numerisch | Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 4 der Anlage 1.1 |
| 13 | Vorzeichen Kranken- häuser | 90 | 90 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 14 | Sonstige Leistungs- ausgaben | 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 Kranken- geld | 120 | 120 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 18 | Extrakorporale Blutrei- nigung-Su | 121 | 134 | 14 | numerisch | Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 7 der Anlage 1.1 |
| 19 | Vorzeichen Extrakor- porale 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 Kranken- geld-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 Kranken- geld-Erstattungen, die den Nicht-EM- Rentnern zugeordnet werden | 165 | 165 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 24 | Erstattung Übergangs- geld | 166 | 179 | 14 | numerisch | Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V für Nicht-EM-Rentner Kon- to 3219 |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 25 | Vorzeichen Erstattung Übergangsgeld | 180 | 180 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 26 | Krankengeld- Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeord- net 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 Kranken- geld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zu- geordnet werden | 195 | 195 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 28 | Sonstige Erstattungen | 196 | 209 | 14 | numerisch | Summe der Erstattun- gen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 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 Arzneimit- telrabatte inkl. Impf- stoffrabatte; §§ 130 und 130a SGB V; KA 439, KA 519* |
| 31 | Vorzeichen Arzneimit- telrabatte | 225 | 225 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 32 | Rück- und Vorauszah- lungen auf Zuzahlun- gen | 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 Ver- sorgung | 241 | 254 | 14 | numerisch | Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzie- rung zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V; KA 589* |
| 35 | Vorzeichen Anschubfi- nanzierung zur inte- grierten Versorgung | 255 | 255 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|--|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 36 | Sonstige nicht zuord- nenbare Aufwendun- gen für Leistungen der integrierten Versor- gung | 256 | 269 | 14 | numerisch | Summe der sonstigen nicht zuordnenbaren Aufwendungen für Leistungen der inte- grierten Versorgung; KA 588 |
| 37 | Vorzeichen Sonstige nicht zuordnenbare Aufwendungen für Leistungen der inte- grierten Versorgung | 270 | 270 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 38 | Einnahmen der Rabatte der integrierten Ver- sorgung | 271 | 284 | 14 | numerisch | Summe der Einnahmen der Rabatte zur inte- grierten Versorgung; KA 587* |
| 39 | Vorzeichen Einnahmen der Rabatte der inte- grierten 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 Rückzah- lungen von Kranken- häusern | 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 Berück- sichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995) | 315 | 315 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 44 | Summe der zuwei- sungsfähigen Sat- zungs- und Ermes- sensleistungen (Schl.Nr. 9992) | 316 | 329 | 14 | numerisch | Summe aus Schl.Nr. 9992 Sp. 2 |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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 |
| 47 | Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999) | 345 | 345 | 1 | alphanumerisch | "+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert |
| 48 | Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163) | 346 | 359 | 14 | numerisch | Summe aus Schl.Nr. 5163 (Sp. 1 bis 3) |
| 49 | Vorzeichen Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) (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 jahresdurchschnittliche 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 „9999999999999999“ zu befüllen |
| 53 | Vorzeichen Datenfeld_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 / Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband bzw. des GKV-Spitzenverbandes an das BVA

Die Datenlieferungen der Satzarten 100 bis 701 erfolgen entsprechend der Anlage 2.1 nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzarten 100 bis 701) 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.

Aufbau des Vorlaufsatzes

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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 oder 701 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 Nachlaufsatz

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

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

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | | | |
| 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 |
| 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, Satzart 700

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|----|----------------|---|-------------------------|
| | | von | bis | | | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | „NCSZ“ als Kennzeichen für Nachlaufsatz | |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 700 | |
| 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 berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 5 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700 | |
| 6 | Zahnärzte-Summe | 35 | 48 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 7 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700 | |
| 7 | Apotheken-Summe | 49 | 62 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 9 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700 | |
| 8 | Krankenhäuser-Summe | 63 | 76 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 11 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700 | |
| 9 | Sonstige LA-Summe | 77 | 90 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 13 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700 | |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|----------------------|---------|-----|----|-----------|--|-------------------------|
| | | von | bis | | | | |
| 10 | extrak. Blutr.-Summe | 91 | 104 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 15 gemeldeten Daten (abso-lute Werte) der Satzart 700 | |
| 11 | Krankengeld-Summe | 105 | 118 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 17 gemeldeten Daten (abso-lute Werte) der Satzart 700 | |

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 701

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---|---------|-----|----|----------------|---|-------------------------|
| | | von | bis | | | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz | |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 701 | |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJ | |
| 4 | Anzahl der Datensätze | 12 | 20 | 9 | alphanumerisch | Anzahl der Datensätze in der Satzart | |
| 5 | Summe der berück-sichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld | 21 | 34 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leistungs-ausgaben aller in dieser Datei in den Feldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18 ge-meldeten Daten der Satzart 701 | |
| 6 | Ärzte-Su | 35 | 48 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 6 ge-meldeten Daten der Satz-art 701 | |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 7 | Zahnärzte-Su | 49 | 62 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 8 gemeldeten Daten der Satz-art 701 |
| 8 | Apotheken-Su | 63 | 76 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 10 gemeldeten Daten der Satzart 701 |
| 9 | Krankenhäuser-Su | 77 | 90 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 12 gemeldeten Daten der Satzart 701 |
| 10 | Sonstige Leistungs-ausgaben-Su | 91 | 104 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 14 gemeldeten Daten der Satzart 701 |
| 11 | Krankengeld-Su | 105 | 118 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 16 gemeldeten Daten der Satzart 701 |
| 12 | Extrakorporale Blut-reinigung-Su | 119 | 132 | 14 | numerisch | Summe der berücksichtigungs-fähigen Leis-tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 18 gemeldeten Daten der Satzart 701 |
| 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 |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|--|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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 zuordenbare 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 |
| 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 |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|--|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 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 |
| 27 | Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163) | 329 | 342 | 14 | numerisch | Summe der Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) aller in dieser Datei in Feld 48 gemeldeten Daten der Satzart 701 |
| 28 | jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 | 343 | 356 | 14 | numerisch | Summe der jahresdurchschnittlichen Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 aller in dieser Datei in Feld 50 gemeldeten Daten 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 BVA zu Abholung bereitgestellt.

Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per Email an die bestehende Adresse Referat_312@bvamt.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:

Mail: Referat_312@bvamt.bund.de

Anlage 1.4a: Erwerbsminderungsrentenarten (zu § 2 der Bestimmung)

Leistungsarten der RV-Träger für die Einstufung als Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 RSAV

| Schlüssel | Rentenbezeichnung | EM-Rentner |
|-----------|---|------------|
| 11 | Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau (§ 45 Abs. 1 SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000) | ja |
| 12 | Rente für Bergleute wegen langjähriger Untertagebeschäftigung und Vollendung des 50. Lebensjahres (§ 45 Abs. 3 SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000) | ja |
| 13 | Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bei knappschaftlich versicherter Beschäftigung (§§ 302a, 302b SGB VI) Bis 30.06.2017: Rente wegen Berufsunfähigkeit bei knappschaftlich versicherter Beschäftigung (§ 302b SGB VI i. V. m. § 82 Nr. 2a SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000) | ja |
| 14 | Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§§ 302a, 302b SGB VI) Bis 30.06.2017: Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 302b SGB VI), Rente wegen Berufsunfähigkeit nach Aufgabe der knappschaftlich versicherten Beschäftigung (§ 302b SGB VI i. V. m. § 82 Nr. 2b SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000) | ja |
| 15 | Rente wegen voller Erwerbsminderung (§§ 302a, 302b SGB VI) Bis 30.06.2017: Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 302b SGB VI) | ja |
| 16 | Regelaltersrente (§ 35 SGB VI) | |
| 17 | Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeitarbeit (§ 237 SGB VI) | |
| 18 | Altersrente für Frauen (§ 237a SGB VI) | |
| 19 | Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§ 40 SGB VI) | |
| 20 | Kleine Witwen-/Witwerrente (§ 46 Abs. 1 SGB VI, § 242a Abs. 1 SGB VI, § 243 Abs. 1 und 4 SGB VI) | |

| Schlüssel | Rentenbezeichnung | EM-Rentner |
|-----------|---|------------|
| 21 | Große Witwen-/Witwerrente (§ 46 Abs. 2 SGB VI, § 242a Abs. 2 SGB VI, § 243 Abs. 2 bis 4 SGB VI) | |
| 25 | Halbwaisenrente (§ 48 Abs.1 SGB VI) | |
| 26 | Vollwaisenrente (§ 48 Abs. 2 SGB VI) | |
| 29 | Knappschaftsruhegeld (§ 48 Abs. 1 Nr. 2 RKG) mit Anteilen der AR/AV wegen Berufsunfähigkeit - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 31 | Altersrente (Art. 2 § 4 RÜG) | |
| 32 | Invalidenrente (Art. 2 § 7 RÜG) | ja |
| 33 | Invalidenrente für Behinderte (Art. 2 § 10 RÜG) | ja |
| 35 | Witwen-/Witwerrente (Art. 2 § 11 RÜG) | |
| 36 | Übergangshinterbliebenenrente (Art. 2 § 13 RÜG) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 37 | Unterhaltsrente (Art. 2 § 14 RÜG) | |
| 38 | Halbwaisenrente nach Art. 2 RÜG | |
| 39 | Vollwaisenrente nach Art. 2 RÜG - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 39 | Knappschaftsruhegeld (§ 48 Abs. 1 Nr. 2 RKG) mit Anteilen der AR/AV wegen Erwerbsunfähigkeit (nur bei Meldungen unter der Bereichsnummer 80 (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) möglich) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 43 | Rente wegen voller Erwerbsminderung (§§ 302a, 302b SGB VI) Bis 30.06.2017: Erweiterte Erwerbsunfähigkeitsrente (§ 302b SGB VI) | ja |
| 45 | Erziehungsrente (§ 47 SGB VI, § 243a SGB VI) | |
| 51 | Höherversicherungsrente für Versicherte (wie LEAT 15 aber ausschließlich aus Höherversicherung) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 52 | Höherversicherungsrente für Witwen/Witwer (wie LEAT 21 - nur bei Bestandsfällen möglich) - Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |

| Schlüssel | Rentenbezeichnung | EM-Rentner |
|-----------|---|-----------------|
| 53 | Höherversicherungsrente für Waisen (wie LEAT 25 aber ausschließlich aus Höherversicherung) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 62 | Altersrente für Schwerbehinderte, Berufsunfähige oder Erwerbsunfähige (§ 37 SGB VI, § 236a SGB VI) | |
| 63 | Altersrente für langjährig Versicherte (§ 36 SGB VI, § 236 SGB VI) | |
| 65 | Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI – Rentenbeginn ab 01.01.2012 bzw. nach § 236b SGB VI – Rentenbeginn ab 01.07.2014) Bei früherem Rentenbeginn = Rente wegen Erwerbsunfähigkeit als Umstellungsrente nach § 308 SGB VI | ja ¹ |
| 71 | Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 1 SGB VI – Rentenbeginn ab 01.01.2001) | ja |
| 72 | Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 3 SGB VI – Rentenbeginn ab 01.01.2001) | ja |
| 73 | Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI i.V. mit § 82 Nr. 2a SGB VI, § 240 SGB VI) | ja |
| 74 | Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI i.V. mit § 82 Nr. 2b SGB VI, § 240 SGB VI) | ja |
| 75 | Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 SGB VI) | ja |
| 76 | Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 6 SGB VI) | ja |
| 91 | Bergmannsaltersrente (Art. 2 § 5 RÜG) | |
| 92 | Bergmannsinvalidenrente (Art. 2 § 8 RÜG) | ja |
| 93 | Bergmannsvollrente (Art. 2 § 6 RÜG) | ja |
| 94 | Bergmannsrente (Art. 2 § 9 RÜG) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | ja |
| 95 | Bergmannswitwen-/witwerrente (Art. 2 § 12 RÜG) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |
| 98 | Bergmannshalbwaisenrente (Art. 2 § 15 Abs. 1 RÜG) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |

¹ nur gültig bis einschließlich 2011

| Schlüssel | Rentenbezeichnung | EM-Rentner |
|-----------|---|------------|
| 99 | Bergmannsvollwaisenrente (Art. 2 § 15 Abs. 2 RÜG) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet | |

Die Rentenartenschlüssel 71 bis 76 werden nur für Neu-Renten ab dem 1. Januar 2001 verwendet, alle alten Schlüssel behalten weiterhin ihre Gültigkeit. Bei den Rentenarten 71 bis 76 handelt es sich um Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 RSAV, so dass zusätzlich zu den bisherigen Rentenarten auch diese Rentenbezieher in den Versichertenbeständen und bei der Ermittlung der Satzarten 100, 110 und 111 als EU-/BU-Rentner zu führen sind.

Anlage 1.5: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu §§ 9, 14 und 20 der Bestimmung)

0. Gültigkeit:

Diese Version der Anlage 1.5 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2018/2019.

1. Vorbemerkung:

Gem. § 30 Abs. 4 RSAV übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband die unter Anlage 1.4 Abschnitt B beschriebenen Dateien zur Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt (BVA). Die genannten Datenmeldungen sowie die Datenmeldungen nach § 43 Absatz 4 RSAV und die Datenmeldungen nach § 303b SGB V sind Teil dieser Anlage.

Unter Teil I sind zu den einzelnen Datenmeldungen (Satzarten 100, 110, 111, 130, 131, 400, 500, 600, 700 und 821) Plausibilitätsprüfungen erläutert, die von jeder Krankenkasse und dem GKV-Spitzenverband vorzunehmen sind. Entsprechend der Anlage 2.1 werden die Prüfungen durch die Krankenkassenorganisationen vorgenommen, sofern eine Datenmeldung der Krankenkasse über diese an den GKV-Spitzenverband erfolgt. Die Bestimmung beinhaltet einheitlich von allen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband einzuhaltende Mindestkriterien, über die seitens des GKV-Spitzenverbandes vor oder mindestens zeitnah zu der Datenübergabe an das BVA eine schriftliche Erklärung abgegeben wird. In der Plausibilitätserklärung ist ein abschließendes Votum abzugeben, wie mit den Daten verfahren werden soll und ob die abgegebenen Daten plausibel sind. Für den Fall, dass eine Krankenkasse keine Datenmeldung vornehmen konnte, ist dies unter Nennung der Krankenkasse (mit Betriebsnummer) und der Gründe dem BVA schriftlich mitzuteilen.

Bei Unplausibilitäten sind zunächst weitergehende Prüfungen zur Ergründung der Ursachen vorzunehmen. Die Krankenkassen, bei denen sich Unplausibilitäten ergeben haben, sind dem BVA unter Mitteilung der Unplausibilitätsfeststellungen sowie möglicher Ursachen zu benennen.

Unter Teil II werden die von den Krankenkassen und dem GKV-SV zu berechnenden Kennzahlen beschrieben. Die textliche Beschreibung der Kennzahlen unter Teil II dieser Anlage wird ab dem Schlüsseljahr 2018/2019 zum besseren Verständnis um Formeln ergänzt. Die Kennzahlen dienen dazu, Datenausfälle, Übererfassungen und ähnliche Unplausibilitäten in den einzelnen Meldungen der Krankenkassen zu identifizieren. Entsprechend der Anlage 2.1 ist die Berechnung der Kennzahlen durch die Krankenkassenorganisation vorzunehmen, sofern eine Datenmeldung der Krankenkasse über diese an den GKV-Spitzenverband erfolgt.

Wird aufgrund der in Teil II genannten Kennzahlen eine Unplausibilität festgestellt, ist die Datenmeldung kurzfristig zu berichtigen. Dabei ist immer eine neue vollständige Datenmeldung zu erstellen. Ein Austausch einzelner fehlerhafter Datensätze oder Werte ist nicht möglich.

Ist eine vermutete Unplausibilität begründbar und erfolgt deshalb keine Berichtigung der Datenmeldung, hat die Krankenkasse diese Abweichung unverzüglich über die jeweilige Kassenorganisation bzw. direkt gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen. Erhält eine Krankenkasse nur einen Hinweis auf eine evtl. Unplausibilität, ist eine entsprechende Begründung gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht erforderlich. Die Kriterien zur Vergabe von Hinweisen sind in den Prüfungen definiert.

Die Krankenkasse bzw. deren Kassenorganisation stellt die ermittelten Kennzahlen dem GKV-Spitzenverband einschließlich einer Begründung zusammen mit der Datenmeldung zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband stellt die Kennzahlen und ggf. die Begründung dem BVA zur Verfügung.

Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, auf Grundlage neuer Erkenntnisse weitere Plausibilitätsprüfungen zur Vermeidung von Selektions- oder Datenfehlern vorzunehmen.

Unter Teil III befinden sich die Hinweise auf die Prüfungen, die vom BVA durchgeführt werden.

Teil I: Prüfungen, die von der Krankenkasse und dem GKV-Spitzenverband durchgeführt werden

Datensätze, die nicht dem formalen Aufbau entsprechen, sind vor Weiterleitung an den GKV-Spitzenverband und an das BVA zu entfernen.

Dazu gehören fehlerhaft belegte Felder (z. B. alphanumerische Belegung statt einer numerischen Belegung, fehlerhafter Aufbau der Diagnose usw.). Datensätze mit einer fehlerhaften Satzlänge, Fehler im Vor- oder im Nachlaufsatz führen beim GKV-Spitzenverband generell zu einer Komplettabweisung der Datei. Eine Berichtigungslieferung ist in diesem Falle erforderlich.

Die unter Teil I stehenden Prüfungen führen dazu, dass bei Auffälligkeiten die entsprechenden Datensätze nicht weitergeleitet werden (Ausnahme Satzart 100/110: Prüfung u) amtlicher Gemeindeschlüssel bei Abweichungen von dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Gemeindeschlüssel). Der Datenabsender wird über die nicht weitergeleiteten Datensätze vom GKV-Spitzenverband vor Abgabe der Datenmeldung an das BVA informiert. Die Krankenkassen erhalten entsprechende Datensätze vom GKV-Spitzenverband aus den Teil 1 Prüfungen zur Information nach der Abgabe der Datenmeldung an das BVA.

1. Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten –

a) Eindeutigkeit der Pseudonyme

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 100 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Bei Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms mit unterschiedlichem Inhalt in den übrigen Datenfeldern wird keiner der zu diesem Pseudonym gehörenden Datensätze weitergeleitet.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Betriebsnummer

Die in der Satzart 100 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht weitergeleitet.

d) KV-Nr-Kennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

e) Bildung des Pseudonyms

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 1 müssen 38 Zeichen aufweisen.
Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 0 müssen 19 Zeichen aufweisen und die ersten acht Zeichen des Pseudonyms müssen der Betriebsnummer der Hauptkasse entsprechen. Nach einer Kassenfusion, die vor dem Ende des Schlüsseljahres stattfindet, darf auch die ehemalige Hauptbetriebsnummer der fusionierten Krankenkasse bis zum Ende des Schlüsseljahres genutzt werden.

f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1904 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“ oder „3“ annehmen.

h) Versichertentage

Die Werte im Feld Versichertentage dürfen maximal den Wert 365 (wenn es sich bei dem Berichtsjahr um ein Schaltjahr handelt den Wert 366) annehmen.

i) Versichertentage / Versichertentage Ausland

Die Anzahl der Versichertentage Ausland darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

j) Versichertentage / Tage mit Krankengeldanspruch

Die Anzahl der Tage mit Krankengeldanspruch darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

k) Versichertentage / Tage mit Kostenerstattung

Die Anzahl der Tage mit Kostenerstattung (Summe der Felder 14 u. 15) darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

l) Prüfung Erwerbsminderung

EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die im Berichtsjahr 2016 oder im Berichtsjahr 2017 älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2016 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 121 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2017 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 151 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

m) Prüfung Versichertentage / Tage mit Erwerbsminderung

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen EMR-Versicherungstage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

n) Extrakorporale Blutreinigung

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

o) Verstorben

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

p) DMP-Tage

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen DMP-Versichertentage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

q) Kennzeichen Alters- / Geschlechtswechsel

Bei der Korrekturmeldung gilt: Das Feld darf nur den Dummywert „9“ annehmen.

Bei der Erstmeldung gilt: Das Feld darf nur die Werte „0“, „1“ oder „9“ annehmen.

Eine Meldung des Kennzeichens mit dem Wert „9“ schließt die Meldung des Kennzeichens mit den Werten „0“ oder „1“ aus.

r) RSA-Clearingkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

s) RSA-Clearingkennzeichen / Versichertentage

Die Versichertentage des Pseudonyms dürfen nur mit Null Tagen gemeldet werden, wenn das RSA-Clearingkennzeichen = 1 ist.

t) Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

u) amtlicher Gemeindeschlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 20 (amtlicher Gemeindeschlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt veröffentlichter Gemeindeschlüssel. Eine Überprüfung erfolgt gegen den jeweils aktuellsten vorliegenden Stand. Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise.

2. Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten

a) Eindeutigkeit der Pseudonyme

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 110 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Bei Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms mit unterschiedlichem Inhalt in den übrigen Datenfeldern wird keiner der zu diesem Pseudonym gehörenden Datensätze weitergeleitet.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Betriebsnummer

Die in der Satzart 110 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht weitergeleitet.

d) KV-Nr-Kennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

e) Bildung des Pseudonyms

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 1 müssen 38 Zeichen aufweisen. Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 0 müssen 19 Zeichen aufweisen und die ersten acht Zeichen des Pseudonyms müssen der Betriebsnummer der Hauptkasse entsprechen. Nach einer Kassenfusion, die vor dem Ende des Schlüsseljahres stattfindet, darf auch die ehemalige Hauptbetriebsnummer der fusionierten Krankenkasse bis zum Ende des Schlüsseljahres genutzt werden.

f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1904 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“ oder „3“ annehmen.

h) Versichertentage

Die Werte im Feld Versichertentage dürfen maximal den Wert 365 (wenn es sich bei dem Berichtsjahr um ein Schaltjahr handelt den Wert 366) annehmen.

i) Versichertentage / Versichertentage Ausland

Die Anzahl der Versichertentage Ausland darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

j) Versichertentage / Tage mit Krankengeldanspruch

Die Anzahl der Tage mit Krankengeldanspruch darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

k) Versichertentage / Tage mit Kostenerstattung

Die Anzahl der Tage mit Kostenerstattung (Summe der Felder 14 u. 15) darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

l) Prüfung Erwerbsminderung

EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die im Berichtsjahr 2016 oder im Berichtsjahr 2017 älter als 66 Jahre alt sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2016 maximal 121 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2017 maximal 151 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

m) Prüfung Versichertentage / Tage mit Erwerbsminderung

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen EMR-Versicherungstage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

n) Extrakorporale Blutreinigung

Der Feldinhalt darf nur den Wert „9“ annehmen.

o) Verstorben

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

p) DMP-Tage

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen DMP-Versichertentage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

q) Kennzeichen Alters- / Geschlechtswechsel

Das Feld darf nur die Werte „0“, „1“ oder „9“ annehmen.

Eine Meldung des Kennzeichens mit dem Wert „9“ schließt die Meldung des Kennzeichens mit den Werten „0“ oder „1“ aus.

r) RSA-Clearingkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

s) RSA-Clearingkennzeichen / Versichertentage

Die Versichertentage des Pseudonyms dürfen nur mit Null Tagen gemeldet werden, wenn das RSA-Clearingkennzeichen = 1 ist.

t) Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

u) amtlicher Gemeindegchlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 20 (amtlicher Gemeindegchlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt veröffentlichter Gemeindegchlüssel. Eine Überprüfung erfolgt gegen den jeweils aktuellsten vorliegenden Stand. Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise.

3. Satzart 111 – Versichertenstammdaten für das monatliche Abschlagsverfahren –

a) Eindeutigkeit der Pseudonyme

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 111 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Bei Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms mit unterschiedlichem Inhalt in den übrigen Datenfeldern wird keiner dieser Datensätze weitergeleitet.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Betriebsnummer

Die in der Satzart 111 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht berücksichtigt.

d) KV-Nr-Kennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

e) Bildung des Pseudonyms

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 1 müssen 38 Zeichen aufweisen.

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 0 müssen 19 Zeichen aufweisen und die ersten acht Zeichen des Pseudonyms müssen der Betriebsnummer der Hauptkasse entsprechen.

Nach einer Kassenfusion, die vor dem Ende des Schlüsseljahres stattfindet, darf auch die ehemalige Hauptbetriebsnummer der fusionierten Krankenkasse bis zum Ende des Schlüsseljahres genutzt werden.

f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1904 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“ oder „3“ annehmen.

h) Versichertentage

Die Werte im Feld Versichertentage müssen mindestens „1“ sein und dürfen maximal den Wert des zu betrachtenden Zeitraumes annehmen. Für die Monate Januar bis Juni sind das 181 bzw. 182 Tage. Für die Monate Januar bis Dezember 365 bzw. 366 Tage.

i) Verstorben

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

j) Kennzeichen letzter Tag des Berichtszeitraums

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

k) Versichertentage mit Krankengeldanspruch

Die Anzahl der Tage mit KG-Anspruch darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

l) Prüfung Erwerbsminderung

EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden.

Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2018 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 181 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

m) Erwerbsminderung

Die Anzahl der Tage mit Erwerbsminderung darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

n) DMP-Tage

Die für ein Pseudonym im Berichtszeitraum angegebenen DMP-Versichertentage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

4. Satzart 130 / 131 – Datenmeldung nach 303b SGB V

a) Berichtsjahr

Das Datenfeld muss numerisch sein.

Das Berichtsjahr entspricht dem jüngeren Berichtsjahr der Satzart 110 im gleichen Schlüsseljahr.

b) Betriebsnummer

Die in der Satzart 130 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht berücksichtigt.

c) laufende Nummer

Das Datenfeld muss numerisch sein.

d) Versichertenpseudonym

Das Versichertenpseudonym muss entweder aus 8 Ziffern gefolgt von 11 Zeichen gefolgt von 19 BLANKs bestehen oder 38 Zeichen ohne BLANKs enthalten. Zulässige Zeichen sind 0–9, a–z, A–Z.

e) Dateiname KKS (Vorlaufsatz, Auftragssatz)

Es wird die Vollständigkeit des Dateipaares der Satzart 130 / 131 überprüft.

Die Prüfungen a) bis d) beziehen sich nur auf die Satzart 130.

5. Satzart 400 – Arzneimitteldaten –

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 400 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

d) Verordnungsdatum

Das angegebene Datum muss aus dem jeweiligen Berichtsjahr stammen.

e) Angaben zu Feld „Anzahl Einheiten oder Faktor“

Der Wert muss größer „0“ sein.

6. Satzart 500 – Diagnosen der stationären Behandlung –

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 500 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

d) Entlassungsmonat

Der angegebene Monat muss aus dem jeweiligen Berichtsjahr stammen.

e) Fallzähler

Der Feldinhalt darf nur die Werte von „01“ bis „99“ annehmen.

f) Diagnose, kodiert

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: "!", ".", "*", "+", "-", "#".

g) Lokalisation

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

h) Art der Diagnose

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ oder „2“ annehmen.

i) Art der Behandlung

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“, „1“, „2“ oder „3“ annehmen.

7. Satzart 600 – Diagnosen der ambulanten Behandlung –

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 600 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

d) Leistungsquartal

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“, „3“ oder „4“ annehmen.

e) Diagnose, kodiert

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 "#".

f) Qualifizierung

Der Feldinhalt darf nur die Werte „V“, „Z“, „A“, „G“ oder „0“ annehmen.

g) Lokalisation

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ oder „0“ annehmen.

h) Datenweg

Der Feldinhalt darf nur die Werte „01“ bis „10“ oder „99“ annehmen.

8. Satzart 700 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben –

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 700 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 700 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms sind aufzulisten, zu prüfen und ggf. zu löschen. Die Anzahl der gemeldeten Versichertenpseudonyme in der Satzart 700 entspricht der Anzahl gemeldeter Versichertenpseudonyme in der Satzart 100.

d) Unplausible Krankengeldleistungen in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Gegen die Satzart 100 wird geprüft, ob Leistungsdaten bei Versicherten anfallen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht anspruchsberechtigt sind (z. B. Kinder unter 14 Jahre). Ist das der Fall, sind nähere Überprüfungen in den Krankenkassen vorzunehmen und diese Datensätze ggf. zu entfernen.

9. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 43 Abs. 4 RSAV –

a) Betriebsnummer

Die in der Satzart 821 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln, die im jeweiligen Berichtsmonat gültig war. Ungültige Betriebsnummern werden nicht berücksichtigt.

b) Berichtsmonat

Die Stellen 1 bis 4 des Feldes „Berichtsmonat“ entsprechen dem gültigen Berichtsmonat für das der Jahresausgleich durchgeführt wird.

Die Stellen 5 und 6 dürfen nur Werte zwischen 01 bis 12 annehmen.

c) Mitglieder

Das Datenfeld muss numerisch sein.

d) Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse

Das Datenfeld muss numerisch sein.

Teil II: Kennzahlen

1. Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten –

Im Anschluss der unter Teil I stehenden Prüfungen sind die folgenden Berechnungen vorzunehmen:

a1) Vergleich der Veränderungsrate KM1 mit der Veränderungsrate der SA100 Erstmeldung

Es wird die Veränderungsrate „VR_KM1“ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099) des Berichtsjahres 2017 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus

dem Berichtsjahr 2016 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\text{Versichertenzahl der KM1}_{13} \text{ (SP 12099, Spalte 3) BJ 2017}}{\text{Versichertenzahl der KM1}_{13} \text{ (SP 12099, Spalte 3) BJ 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA100“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 des Berichtsjahres 2017 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 100 der Korrekturmeldung 2016 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 100 EM 2017}}{\text{Versichertenjahre aus SA 100 KM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre der Satzart 100 Datenmeldungen ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes (BZ) geteilt werden. Seien n Versicherte von i=1 bis n durchnummeriert, so gilt für die Versichertenjahre:

$$\text{Versichertenjahre aus SA 100} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR_SA100“ vom Wert „VR_KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit $(VR_{KM1}) - (VR_{SA100}) \notin [-1\%; +1\%]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

a2) Vergleich Veränderungsrate der KM1 mit der Veränderungsrate der SA100 Korrekturmeldung

Es wird die Veränderungsrate „VR_KM1“ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) des Berichtsjahres 2016 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2015 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\text{Versichertenzahl der KM1}_{13}(\text{SP}_{12099}, \text{Spalte 3}) \text{ BJ 2016}}{\text{Versichertenzahl der KM1}_{13}(\text{SP}_{12099}, \text{Spalte 3}) \text{ BJ 2015}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA100“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2016 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 110 der Korrekturmeldung 2015 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 100 KM 2016}}{\text{Versichertenjahre aus SA 110 KM 2015}} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre der Satzart 100 und der Satzart 110 ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes geteilt werden, mit:

$$\text{Versichertenjahre aus SA 100} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des entsprechenden BZ}}$$

bzw.

$$\text{Versichertenjahre aus SA 110} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des entsprechenden BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden zueinander in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR_SA100“ vom Wert „VR_KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit $(VR_{KM1}) - (VR_{SA100}) \notin [-1\%; +1\%]$ gilt die Datenmeldung als unplausibel.

b / c) Veränderungsrate gegenüber der vorangegangenen amtlichen Meldung:

In den nachstehenden Berechnungen werden Veränderungsraten einzelner Teilgruppen gegenüber der vorangegangenen Meldung gebildet, indem die Summen der jeweiligen Teilgruppen gebildet und durch die Summen der entsprechenden Teilgruppen der vorangegangenen Datenmeldung geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate ergibt sich aus diesem Wert, abzüglich des Wertes 100. Bei einer Über- oder Unterschreitung der in den nachfolgenden Tabellen genannten zulässigen Abweichungen gilt die

Datenmeldung als unplausibel.

Zur korrekten Zuordnung von Datenmeldungen zu Referenzmeldungen und der Berücksichtigung einzelner Teilbereiche befindet sich zum Ende des Abschnitts 2 dieser Anlage eine schematische Darstellung der Zuordnungen.

b) Veränderungsrate der Erstmeldung 2017 gegenüber der Satzart 100 Korrekturmeldung 2016 bzw. der Satzart 111 des Berichtsjahres 2017:

Enthält der betrachtete Teilbereich ($r=1, \dots, 11$) n Versicherte, so gilt für die Berechnung der Veränderungsrate:

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2017)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ KM\ 2016)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3,6,7,8$$

bzw.

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2017)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 111\ BJ\ 2017)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1,2,4,5,9,10,11$$

| Veränderungsrate des Teilbereiches (r): | zulässige Abweichung** |
|---|------------------------|
| b1) Versichertentage * | ± 1 % |
| b2) EMR-Tage * | ± 6 % |
| b3) Extrakorporale Blutreinigung | ± 8 % |
| b4) Verstorben * | ± 5 % |
| b5) DMP-Tage * | ± 6 % |
| b6) Versichertentage Ausland | nicht definiert |
| b7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 | nicht definiert |
| b8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 | nicht definiert |
| b9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch * | ± 1 % |
| b10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer * | nicht definiert |
| b11) Anzahl der Datensätze * | ± 5 % |

* Eine Überprüfung der gekennzeichneten Felder erfolgt gegen die Satzart 111 des gleichen Berichtszeitraumes der Erstmeldung

** Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

c) Veränderungsrate der Korrekturmeldung 2016 gegenüber der Satzart 110 des Berichtsjahres 2016 bzw. der Erstmeldung der Satzart 100 des Berichtsjahres 2016

Die Berechnung zur Veränderungsrate erfolgt entsprechend dem Regelverfahren nach Buchstabe b).

$$VR_{cr} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA\ 100\ KM\ 2016)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA\ 100\ EM\ 2016)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3$$

bzw.

$$VR_{cr} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA\ 100\ KM\ 2016)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA\ 110\ BJ\ 2016)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11, r \neq 3$$

| Veränderungsrate des Teilbereiches (r): | zulässige Abweichung** |
|---|------------------------|
| c1) Versichertentage | ± 1 % |
| c2) EMR-Tage | ± 6 % |
| c3) Extrakorporale Blutreinigung * | ± 5 % |
| c4) Verstorben | ± 4 % |
| c5) DMP-Tage | ± 5 % |
| c6) Versichertentage Ausland | ± 5 % |
| c7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 | ± 5 % |
| c8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 | ± 5 % |
| c9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch | ± 2 % |
| c10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer | Nicht definiert |
| c11) Anzahl der Datensätze | ± 5 % |

* Eine Überprüfung der gekennzeichneten Felder erfolgt gegen die Satzart 100 des gleichen Berichtszeitraumes der Erstmeldung

** Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

c12) Weisen die Veränderungsrate „c1) Versichertentage“ und „c11) Anzahl der Datensätze“ jeweils den Wert 0 auf, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen b2 bis b5 und b9 bzw. c2 bis c9 außerhalb des vereinbarten Intervalls, wird zusätzlich überprüft, ob die absolute Differenz der Versicherten zwischen den zu

vergleichenden Datenmeldungen kleiner oder gleich dem Wert 5 ist. Trifft dies zu, erhält die Krankenkasse lediglich einen Hinweis.

(Für die Teilbereiche b2 und b5 bis b9 bzw. c2 und c5 bis c9, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert.)

d) Kennzahl „letzter Tag des Berichtszeitraums“

Aus der Satzart 100 wird die Anzahl der Pseudonyme ermittelt, die in Feld 19 als Merkmalsausprägung eine „1“ tragen (= versichert am letzten Tag des Berichtszeitraums). Die Anzahl der Pseudonyme wird verglichen mit der Anzahl der RSA-relevanten Versicherten aus der KM1 des letzten Monats des Berichtszeitraums. Die Anzahl der RSA-relevanten Versicherten aus KM1 wird gebildet aus den Schlüsselnummern 12099 (Versicherte insgesamt) abzüglich 10170 (Wehr- und Zivildienstleistende) und 10270 (Freiwillige Mitglieder mit Auslandsaufenthalt). Die Anzahl der Pseudonyme aus Satzart 100 wird dividiert durch die Anzahl der RSA-relevanten Versicherten laut KM1 und mit 100 multipliziert. Man erhält die Kennzahl „Letzter Tag des Berichtszeitraums“.

$$\text{Kennzahl. d} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Merkmalsausprägung}=1}}{\text{Anzahl der RSA relevanten Versicherten laut KM1}} \cdot 100$$

Die Kennzahl gilt als unplausibel, sofern ihre Werte außerhalb des Intervalls von 98 % und 102 %, mit $\text{Kennzahl. d} \notin [98\%; 102\%]$ liegen.

e) Kennzahl „Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel“ Erstmeldung

Es wird für jede Krankenkasse, die in der Satzart 100 Erstmeldung von der optionalen Meldung des Kennzeichens Alters- und/oder Geschlechtswechsel Gebrauch gemacht hat, der Anteil der Pseudonyme mit bestätigtem Alters- und/oder Geschlechtswechsel an der Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme ermittelt. Dafür wird die Anzahl der Pseudonyme mit Eintrag 1 im Feld Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel durch die Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme dividiert, wobei für die Bildung der Gesamtanzahl die Pseudonyme mit Clearingkennzeichen „1“ unberücksichtigt bleiben.

$$\text{Kennzahl. e} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Alters- und/oder Geschlechtswechsel}=1}}{\text{Gesamtzahl aller gemeldeten Pseudonyme}_{\text{clearingkennzeichen}=0}}$$

Wird in der Erstmeldung im Datenfeld 17 der Wert „9“ gemeldet, erhält die Krankenkasse den Hinweis „Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel = 0“.

f) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

f.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 100-Datenmeldung (Erstmeldung und Korrekturmeldung) des aktuellen Schlüsseljahres mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 100-Erstmeldung des vorangegangenen Schlüsseljahres verglichen werden. Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-Kennzeichen“ = 1 ist. Ermittelt wird die Zahl der identischen Pseudonyme, die sowohl in der aktuellen Datenmeldung der Krankenkasse als auch in der Vergleichsdatenbasis vorkommen. Erwartet wird die Zahl 0, da eine Verknüpfung der Pseudonyme zwischen zwei Schlüsseljahren nicht möglich ist. Ist der so ermittelte Wert größer als 0, erhält die Krankenkasse einen Hinweis, dass eine Überprüfung hinsichtlich der Verwendung des gültigen Pseudonymisierungsschlüssels unbedingt erforderlich ist. Stellt die Krankenkasse fest, dass der korrekte Schlüssel zur Erstellung des Versichertenpseudonyms verwendet wurde, bestätigt die Krankenkasse dieses gegenüber dem GKV-Spitzenverband. Im Fall einer fehlerhaften Erstellung nimmt die Krankenkasse mit dem GKV-Spitzenverband zwecks einer Berichtigungslieferung unmittelbar Kontakt auf.

f.2) Ergänzend zu f.1) wird für die Satzart 100 Erstmeldung ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es wird der Anteil nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Erstmeldung an der Korrekturmeldung berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

2. Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten

Im Anschluss der unter Teil I stehenden Prüfungen sind die folgenden Berechnungen vorzunehmen:

a / b) Veränderungsrate gegenüber der vorangegangenen amtlichen Meldung des gleichen Schlüsseljahres:

In den nachstehenden Berechnungen werden Veränderungsraten einzelner Teilgruppen gegenüber der vorangegangenen Datenmeldung berechnet. Dies erfolgt, indem aus der Satzart 110 für jedes Berichtsjahr und jede Teilgruppe die Summe gebildet wird und dieser Wert mit der Summe der jeweiligen Teilgruppe aus der Satzart 100 desselben Berichtsjahres und desselben Schlüsseljahres geteilt und mit 100 multipliziert wird.

Die Veränderungsrate ergibt sich aus diesem Wert, abzüglich des Wertes 100.

Bei einer Über- oder Unterschreitung der in den nachfolgenden Tabellen genannten zulässigen Abweichungen gilt die Datenmeldung als unplausibel.

a) Veränderungsrate der Satzart 110 des Berichtsjahres 2017 gegenüber der Erstmeldung 2017 der Satzart 100:

$$VR_{ar} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n ar_i (SA 110 KM 2017)}{\sum_{i=1}^n ar_i (SA 100 EM 2017)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

| Veränderungsrate des Teilbereiches (r): | zulässige Abweichung* |
|---|-----------------------|
| a1) Versichertentage | ± 1 % |
| a2) EMR-Tage | ± 6 % |
| a3) Extrakorporale Blutreinigung | Keine Prüfung |
| a4) Verstorben | ± 4 % |
| a5) DMP-Tage | ± 5 % |
| a6) Versichertentage Ausland | ± 5 % |
| a7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 | ± 5 % |
| a8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 | ± 5 % |
| a9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch | ± 2 % |
| a10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer | Nicht definiert |
| a11) Anzahl der Datensätze | ± 5 % |

a12) Weisen die Veränderungsrate „a1) Versichertentage“ und „a11) Anzahl der Datensätze“ jeweils den Wert 0 auf, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

* Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

b) Veränderungsrate der Satzart 110 des Berichtsjahres 2016 gegenüber der Korrekturmeldung 2016 der Satzart 100:

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA 110 KM 2016)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA 100 KM 2016)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

| Veränderungsrate des Teilbereich (r): | zulässige Abweichung* |
|---|-----------------------|
| b1) Versichertentage | ± 1 % |
| b2) EMR-Tage | ± 6 % |
| b3) Extrakorporale Blutreinigung | Keine Prüfung |
| b4) Verstorben | ± 4 % |
| b5) DMP-Tage | ± 5 % |
| b6) Versichertentage Ausland | ± 5 % |
| b7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 | ± 5 % |
| b8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 | ± 5 % |

| | |
|--|-----------------|
| b9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch | ± 2 % |
| b10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer | Nicht definiert |
| b11) Anzahl der Datensätze | ± 5 % |

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen „a2 und a4 bis a9“ bzw. „b2 und b4 bis b9“ außerhalb des vereinbarten Intervalls, wird zusätzlich überprüft, ob die absolute Differenz der Versicherten zwischen den vergleichenden Datenmeldungen kleiner oder gleich dem Wert 5 ist. Trifft dies zu, erhält die Krankenkasse lediglich einen Hinweis.

(Für die Teilbereiche „a2 und a5 bis a9“ bzw. „b2 und b5 bis b9“, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert).

*Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

b12) Weisen die Veränderungsraten „b1) Versichertentage“ und „b11) Anzahl der Datensätze“ jeweils den Wert 0 auf, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

c) Kennzahl Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel

Es wird für jede Krankenkasse, die in der Satzart 110 Datenmeldung von der optionalen Meldung des Kennzeichens Alters- und/oder Geschlechtswechsel Gebrauch gemacht hat, der Anteil der Pseudonyme mit dem Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel = „1“ an der Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme ermittelt. Dafür wird je Berichtsjahr die Anzahl der jeweils mit „1“ gekennzeichneten Pseudonyme durch die jeweilige Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme dividiert, wobei für die Bildung der Gesamtanzahl die Pseudonyme mit Clearingkennzeichen „1“ unberücksichtigt bleiben.

$$\text{Kennzahl. c} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Alters- und/oder Geschlechtswechsel=1}}}{\text{Gesamtzahl aller gemeldeten Pseudonyme}_{\text{Clearingkennzeichen=0}}}$$

Wird in der Satzart 110 im Datenfeld 17 der Wert „9“ gemeldet, erhält die Krankenkasse den Hinweis „Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel = 0“.

d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

d.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 110-Datenmeldung beider Berichtsjahre des aktuellen Schlüsseljahres jeweils mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 110-Datenmeldung des jüngeren Berichtsjahres im vorangegangenen Schlüsseljahr verglichen werden.

Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-Kennzeichen“ = 1 ist. Ermittelt wird die Zahl der identischen Pseudonyme, die sowohl in der aktuellen Datenmeldung der Krankenkasse als auch in der Vergleichsdatenbasis vorkommen. Erwartet wird die Zahl 0, da eine Verknüpfung der Pseudonyme zwischen zwei Schlüsseljahren nicht möglich ist. Ist der so ermittelte Wert größer als 0, erhält die Krankenkasse einen Hinweis, dass eine Überprüfung hinsichtlich der Verwendung des gültigen Pseudonymisierungsschlüssels unbedingt erforderlich ist. Stellt die Krankenkasse fest, dass der korrekte Schlüssel zur Erstellung des Versichertenpseudonyms verwendet wurde, bestätigt die Krankenkasse dieses gegenüber dem GKV-Spitzenverband. Im Fall einer fehlerhaften Erstellung nimmt die Krankenkasse mit dem GKV-Spitzenverband zwecks einer Berichtigungslieferung unmittelbar Kontakt auf.

d.2) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2016) ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Ebenfalls wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2017) ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Erstmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es werden die Anteile nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Satzart 110 Datenmeldungen an den Referenzmeldungen berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

Zuordnungen der Datenmeldungen und Teilbereiche (Datenfelder) für die Berechnung der Veränderungsraten in Abschnitt 1 und 2 dieser Anlage:

| Kennzahl Nr. | Name der Datenmeldung | Referenzdatenmeldung(en) | Felder zur Prüfung |
|--------------|---|-----------------------------------|--|
| 1b) | Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten (Erstmeldung 2017) | Satzart 111B Berichtsjahr 2017 | b1, b2, b4, b5, b9, b10, b11 |
| | | Satzart 100 Korrekturmeldung 2016 | b3, b6, b7, b8 |
| 1c) | Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten (Korrekturmeldung 2016) | Satzart 110 Berichtsjahr 2016 | c1, c2, c4, c5, c6, c7, c8, c9, c10, c11 |
| | | Satzart 100 Erstmeldung 2016 | c3 |
| 2a) | Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2017) | Satzart 100 Erstmeldung 2017 | a1 bis a11 |
| 2b) | Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2016) | Satzart 100 Korrekturmeldung 2016 | b1 bis b11 |

3. Satzart 111 – Versichertenstammdaten – Abschlagsverfahren –

a) Vergleich Veränderungsrate der KM1 mit Veränderungsrate der SA111 A:

Die Veränderungsrate „VR-KM1“ wird gebildet, indem zunächst die Versichertenzahlen aus der Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099 der KM1-Statistiken der ersten 6 Monate (1. Halbjahr (HJ)) des aktuellen Berichtsjahres 2018 addiert und diese Summe dann durch 6 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2018}} = \frac{\sum \text{Versichertenzahlen}_{(SP\ 12099, \text{Spalte 3})\ 1. HJ\ BJ\ 2018}}{6}$$

Diese Zahl ist durch die entsprechend gebildete halbjahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus den amtlichen KM1 des Vorjahres 2017 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR_KM1“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2018}}}{\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2017}}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA111“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2018 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2017 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA111 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2018}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2017}} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre in der Satzart 111 ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes (BZ) geteilt werden, mit:

$$\text{Versichertenjahre aus SA 111} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR_SA111“ vom Wert „VR_KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit $(VR_{KM1}) - (VR_{SA111}) \notin [-1\%; +1\%]$ gilt die Datenmeldung als unplausibel.

b) Vergleich Veränderungsrate der KM1 mit Veränderungsrate der SA111 B:

Die Veränderungsrate „VR_KM1“ wird gebildet, indem zunächst die Versichertenanzahlen aus der Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099 der KM1-Statistiken der 12 Monate des aktuellen Berichtsjahres 2018 addiert und diese Summe dann durch 12 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2018}} = \frac{\sum \text{Versichertenanzahlen}_{(SP\ 12099, \text{Spalte 3})\ BJ\ 2018}}{12}$$

Diese Zahl ist durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus der amtlichen KM1/13 des Vorjahres 2017 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR_KM1“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2018}}}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13(SP\ 12099, \text{Spalte 3})\ BJ\ 2017}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA111“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2018 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2017 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate „VR_SA111“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2018}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2017}} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre in der Satzart 111 ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes (BZ) geteilt werden.

$$\text{Versichertenjahre aus SA 111} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR_SA111“ vom Wert „VR_KM1“ abgezogen wird. Liegt das Ergebnis außerhalb

des Intervalls von -1 % und +1 %, mit $(VR_{KM1}) - (VR_{SA111}) \notin [-1\%; +1\%]$ gilt die Datenmeldung als unplausibel.

c) Kennzahl „letzter Tag des Berichtszeitraums“

Aus der Satzart 111 wird die Anzahl der Pseudonyme ermittelt, die in Feld 11 als Merkmalausprägung eine „1“ tragen (= versichert am letzten Tag des Berichtszeitraums). Die Überprüfung der so ermittelten Anzahl der Pseudonyme erfolgt entsprechend dem Regelverfahren nach 1d (Kennzahl „letzter Tag des Berichtszeitraums“).

$$\text{Kennzahl. c} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Merkmalsausprägung}=1}}{\text{Anzahl der RSA relevanten Versicherten laut KM1}} \cdot 100$$

Die Kennzahl gilt als unplausibel, sofern ihr Wert mehr als 2 % vom Wert 100 abweicht, mit $\text{Kennzahl. c} \notin [98\%; 102\%] \Rightarrow \text{unplausibel}$.

d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

d.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 111-Datenmeldung des aktuellen Schlüsseljahres (Meldung des ersten Halbjahres und Meldung des Ganzjahres) mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 111-Datenmeldungen des vorangegangenen Schlüsseljahres (Meldung des Ganzjahres) verglichen werden. Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-Kennzeichen“ = 1 ist. Ermittelt wird die Zahl der identischen Pseudonyme, die sowohl in der aktuellen Datenmeldung der Krankenkasse als auch in der Vergleichsdatenbasis vorkommen. Erwartet wird die Zahl 0, da eine Verknüpfung der Pseudonyme zwischen zwei Schlüsseljahren nicht möglich ist. Ist der so ermittelte Wert größer als 0, erhält die Krankenkasse einen Hinweis, dass eine Überprüfung hinsichtlich der Verwendung des gültigen Pseudonymisierungsschlüssels unbedingt erforderlich ist. Im Fall einer fehlerhaften Erstellung nimmt die Krankenkasse mit dem GKV-Spitzenverband zwecks einer Berichtigungslieferung unmittelbar Kontakt auf.

d.2) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 111 Halbjahresmeldung ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Erstmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es wird der Anteil nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Satzart 111 an der Satzart 100 berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

d.3) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 111 Ganzjahresmeldung ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 111 Halbjahresmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es wird der Anteil nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Satzart 111 Ganzjahresmeldung an der Satzart 111 Halbjahresmeldung berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

4. Satzart 400: – Arzneimitteldaten –

a) Anzahl der Monate je Datenmeldung

Es wird die Anzahl der gemeldeten Monate ermittelt. Ist das Ergebnis kleiner als „12“, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

b) Anzahl Datensätze je Monat

Es werden für alle Monate die Summen der Datensätze (b_i) gebildet und mit dem entsprechenden Faktor für Werkstage (FW_i) multipliziert, um die gewichteten Werte b_iFW_i zu erhalten, somit gilt $b_iFW_i = b_i \cdot FW_i$, wobei FW_i gegeben.

Aus den gewichteten Werten (b_iFW_i) wird das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet. Zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze wird das Intervall „arithmetische Mittel \pm doppelte Standardabweichung“ gebildet.

Liegt der beobachtete monatliche Wert b_i außerhalb des ermittelten Intervalls, gilt die Datenmeldung als unplausibel. Für die Korrekturmeldung wird zusätzlich überprüft, ob für eine Krankenkasse in der Erstmeldung die gleich zu bewertenden Auffälligkeiten festgestellt wurden. Sofern das zutrifft, erhält die Krankenkasse bei vorliegender Rückmeldung aus der Erstmeldung lediglich einen Hinweis.

Faktor für Werkstage:

Berechnet werden die Werkstage des jeweiligen Monats im Berichtsjahr (WT_i), indem von der Anzahl der Tage des jeweiligen Monats die Sonntage und bundeseinheitlichen Feiertage abgezogen werden. Die Faktoren für Werkstage (FW) je Monat berechnen sich, indem die Werkstage (WT_i) durch das arithmetische Mittel der

Werktage dividiert werden ($FW_i = \frac{WT_i}{\overline{WT}}$).

Übersicht der Werktage (Montag bis Samstag, abzüglich der Sonntage und der bundeseinheitlichen Feiertage)

Faktoren für Werktage:

| Monat (i) | Werktage (WT _i) 2016 | Faktor Werktage (FW _i) 2016 | Werktage (WT _i) 2017 | Faktor Werktage (FW _i) 2017 |
|-----------|----------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Januar | 25 | 0,97719870 | 26 | 1,02970297 |
| Februar | 25 | 0,97719870 | 24 | 0,95049505 |
| März | 25 | 0,97719870 | 27 | 1,06930693 |
| April | 26 | 1,01628664 | 23 | 0,91089109 |
| Mai | 24 | 0,93811075 | 25 | 0,99009901 |
| Juni | 26 | 1,01628664 | 25 | 0,99009901 |
| Juli | 26 | 1,01628664 | 26 | 1,02970297 |
| August | 27 | 1,05537459 | 27 | 1,06930693 |
| September | 26 | 1,01628664 | 26 | 1,02970297 |
| Oktober | 25 | 0,97719870 | 24 | 0,95049505 |
| November | 26 | 1,01628664 | 26 | 1,02970297 |
| Dezember | 26 | 1,01628664 | 24 | 0,95049505 |

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 400)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der letzten Satzart 400 Korrekturmeldung des Vorjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2017}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit $VR_Datensatzanzahl_{EM} \notin [-10\%; +10\%]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 400)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 400 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate (VR) gegenüber der Meldung aus dem Vorjahr.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2016}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit $VR_Datensatzanzahl_{KM} \notin [-10\%; +10\%]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

e) Kennzahl Anzahl Einheiten für Korrekturmeldungen

Es wird das Datenfeld „Anzahl Einheiten“ der Korrekturmeldung mit dem gleichen Datenfeld der vorangegangenen Erstmeldung verglichen. Dazu werden differenziert nach Datenmeldung und Monat die Summen des Datenfeldes „Anzahl Einheiten“ gebildet. Ebenfalls wird, differenziert nach Datenmeldung und Monat, die Anzahl der gemeldeten Datensätze ermittelt.

Anschließend werden folgende Anteilswerte gebildet:

1. Der Anteil „Anzahl Einheiten der Korrekturmeldung“ an „Anzahl Einheiten der Erstmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Einheiten}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2016}_{je\ Monat}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2016}_{je\ Monat}}$$

2. der Anteil „Anzahl Datensätze der Korrekturmeldung“ an „Anzahl Datensätze der Erstmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Datensätze}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2016}_{je\ Monat}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2016}_{je\ Monat}}$$

Die beiden Anteilswerte werden in Beziehung gesetzt, indem der Quotient „Anteil Einheiten“ an „Anteil Datensätze“ gebildet wird.

$$\text{Kennzahl. } e = \frac{\text{Anteil Einheiten}_{KM}}{\text{Anteil Datensätze}_{KM}}$$

Übersteigt der Quotient in einem Monat den Wert 1 um +10 % oder unterschreitet dieser in einem Monat den Wert 1 um -10 % mit $\text{Kennzahl. } e \notin [0,9; 1,1]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

f) Kennzahl Anzahl Einheiten für Erstmeldungen

Es wird das Datenfeld „Anzahl Einheiten“ der Erstmeldung mit dem gleichen Datenfeld der vorangegangenen Korrekturmeldung verglichen. Dazu werden differenziert nach Datenmeldung und Monat die Summen des Datenfeldes „Anzahl Einheiten“ gebildet. Ebenfalls wird, differenziert nach Datenmeldung und Monat, die Anzahl der gemeldeten Datensätze ermittelt.

Anschließend werden folgende Anteilswerte gebildet:

1. Der Anteil „Anzahl Einheiten der Erstmeldung“ an „Anzahl Einheiten der Korrekturmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Einheiten}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2017}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2016}_{\text{je Monat}}}$$

2. der Anteil „Anzahl Datensätze der Erstmeldung an „Anzahl Datensätze der Korrekturmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Datensätze}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2017}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2016}_{\text{je Monat}}}$$

Die beiden Anteilswerte werden in Beziehung gesetzt, indem der Quotient „Anteil Einheiten“ an „Anteil Datensätze“ gebildet wird.

$$\text{Kennzahl. } f = \frac{\text{Anteil Einheiten}_{EM}}{\text{Anteil Datensätze}_{EM}}$$

Übersteigt der Quotient in einem Monat den Wert 1 um +20 % oder unterschreitet dieser in einem Monat den Wert 1 um -20 %, mit *Kennzahl.f* $\notin [0,8; 1,2]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

5. Satzart 500: – Diagnosen der stationären Behandlung –

a) Anzahl der Monate je Datenmeldung

Es wird die Anzahl der gemeldeten Monate ermittelt. Ist das Ergebnis kleiner als „12“, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

b) Anzahl Datensätze je Monat

Es werden für alle Monate die Summen der Datensätze (b_i) gebildet und mit dem entsprechenden Faktor für Werktage (FW_i) multipliziert, um die gewichteten Werte b_iFW_i , mit $b_iFW_i = b_i \cdot FW_i$, wobei FW_i gegeben, zu erhalten.

Aus den gewichteten Beobachtungen (b_iFW_i) wird das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet. Zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze wird das Intervall „arithmetische Mittel \pm doppelte Standardabweichung“ gebildet. Liegt der beobachtete monatliche Wert b_i außerhalb des ermittelten Intervalls, gilt die Datenmeldung als unplausibel. Für die Korrekturmeldung wird je Monat zusätzlich überprüft, ob für eine Krankenkasse in der Erstmeldung die gleich zu bewertenden Auffälligkeiten festgestellt wurden. Sofern das zutrifft, erhält die Krankenkasse bei vorliegender Rückmeldung aus der Erstmeldung lediglich einen Hinweis.

Faktor für Werktage:

Die Berechnung erfolgt analog der Beschreibung zur Prüfung b) „Anzahl Datensätze je Monat“ der Satzart 400. Die Faktoren können aus der in diesem Abschnitt stehenden Tabelle entnommen werden.

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 500)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der letzten Satzart 500 Korrekturmeldung des Vorjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung geteilt und mit

100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2017}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10% und $+10\%$, gilt die Datenmeldung, mit $VR_Datensatzanzahl_{EM} \notin [-10\%; +10\%]$ als unplausibel.

d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 500)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 500 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate gegenüber der Meldung aus dem Vorjahr.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2016}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10% und $+10\%$, gilt die Datenmeldung, mit $VR_Datensatzanzahl_{KM} \notin [-10\%; +10\%]$ als unplausibel.

e) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 500) differenziert nach Monat und Behandlungsart

Die Veränderungsrate sind zu berechnen, indem differenziert nach Monat und Behandlungsart (BA) die Anzahl der Datensätze aus der Korrekturmeldung durch die Anzahl der Datensätze aus der Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate je Monat und Behandlungskennzeichen ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

$$VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM2016}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM2016}_{Monat,BA}} \cdot 100 \right) - 100$$

Erfolgt die Behandlung vollstationär (Behandlungsart = 1), dann liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit $VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} \notin [-10\%; +10\%] \Rightarrow$ Datenmeldung unplausibel.

Erfolgt die Behandlung teilstationär oder als ambulante OP (Behandlungsart = 2 oder 3), dann liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -30 % und +30 %, mit $VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} \notin [-30\%; +30\%] \Rightarrow$ Datenmeldung unplausibel.

Werte, die außerhalb der festgelegten Intervalle liegen, sind gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen. Gegebenenfalls ist die Datenmeldung zu berichtigen.

Die Behandlungsart 0 wird in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

f) Veränderungsrate der durchschnittlichen Diagnoseanzahl je Pseudonym in der Satzart 500 (bei Erstmeldungen der Satzart 500) differenziert nach Monat und Behandlungsart

Es werden differenziert nach Monat und Behandlungsart die Anzahl der Diagnosen aus der Erstmeldung durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme, differenziert nach Monat und Behandlungsart (BA), der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ in der Satzart 500 Erstmeldung zu erhalten.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{EM(Monat,BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 EM 2017}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 EM 2017}_{Monat,BA}}$$

Ebenfalls wird die Zahl „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ in der Satzart 500 Korrekturmeldung berechnet, indem die Anzahl der Diagnosen aus der Korrekturmeldung des gleichen Schlüsseljahres durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme, differenziert nach Monat und Behandlungsart, der gleichen Korrekturmeldung geteilt wird.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{KM(Monat,BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 KM 2016}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 KM 2016}_{Monat,BA}}$$

Die Veränderungsrate sind zu berechnen, indem differenziert nach Monat und Behandlungsart die „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ aus der Erstmeldung durch die „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ aus der Korrekturmeldung des gleichen Schlüsseljahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate je Monat und Behandlungskennzeichen ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

$$VR_Diagnosen_{Monat,BA} = \left(\frac{\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{EM(Monat,BA)}}{\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{KM(Monat,BA)}} \cdot 100 \right) - 100$$

Für die Behandlungsart „vollstationär“ (Behandlungskennzeichen = 1) liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -15 % und +15 %, mit $VR_Diagnosen_{Monat,BA} \notin [-15\%; +15\%] \Rightarrow$ Datenmeldung unplausibel.

Werte, die für das Behandlungskennzeichen 1 (vollstationäre Versorgung) außerhalb des festgelegten Intervalls liegen, sind gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen. Gegebenenfalls ist die Datenmeldung zu berichtigen.

Werte, die für die Behandlungskennzeichen 2 oder 3 (teilstationär oder als ambulante OP) außerhalb eines Intervalls von -30 % und +30 % liegen, werden mit einem Hinweis ausgegeben und brauchen nicht gegenüber dem GKV-Spitzenverband begründet werden, mit $VR_Diagnosen_{Monat,BA} \notin [-30\%; +30\%] \Rightarrow$ Hinweis.

Das Behandlungskennzeichen 0 wird in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

6. Satzart 600: – Diagnosen der ambulanten Behandlung –

Zur Berechnung der Kennzahlen c) bis f) der Satzart 600 wird die Ausdifferenzierung des Datenfeldes „Datenweg“ im Schlüsseljahr 2018/2019 nicht berücksichtigt. Somit werden die Daten entsprechend der bisherigen Datenmeldestruktur (Schlüsseljahr 2017/2018) aggregiert. Auf dieser Basis werden die Prüfungen c bis f durchgeführt.

a) Anteil der Diagnosen je Quartal

Zur Überprüfung der Plausibilität der gemeldeten Diagnosen werden die Anteile je Quartal gebildet, indem die Anzahl der gemeldeten Diagnosen je Quartal durch

die Anzahl der gemeldeten Diagnosen des gesamten Berichtszeitraumes gebildet wird.

$$\text{Anteil Diagnosen}_{\text{Quartal}} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Quartal}}}{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Berichtszeitraum}}}$$

Weicht der Anteil der Diagnosen je Quartal um -10 % oder um +10 % von dem Anteilswert 0,25 ab, mit $\text{Anteil Diagnosen}_{\text{Quartal}} \notin [0,225; 0,275]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

b) Anteil der Diagnosen je Quartal differenziert nach „Qualifizierung“

Zur Überprüfung der Plausibilität der gemeldeten Diagnosen werden je Quartal die Anteile der Diagnosen, differenziert nach „Qualifizierung“ an allen Diagnosen des entsprechenden Quartals gebildet. Die Krankenkasse überprüft die ermittelten Kennzahlen auf Plausibilität.

$$\text{Anteil Diagnosen}_{\text{Quartal,Qualifizierung}} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Quartal,Qualifizierung}}}{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Quartal}}}$$

Auf Basis dieser Kennziffern bewertet die Krankenkasse die Vollständigkeit Ihrer Datenmeldung. Insbesondere überprüft die Krankenkasse auftretende Kennzahlen zwischen den Quartalen auf Plausibilität.

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 600)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der letzten Satzart 600 Korrekturmeldung des Vorjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2017}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit

$VR_Datensatzanzahl_{EM} \notin [-10\%; +10\%]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 600)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 600 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate gegenüber der Meldung aus dem Vorjahr.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2016}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2016}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10% und $+10\%$, mit $VR_Datensatzanzahl_{KM} \notin [-10\%; +10\%]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

e) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 600) nach Abrechnungsquartal

Die Veränderungsrate sind zu berechnen, indem differenziert nach Quartal die Anzahl der Datensätze aus der Korrekturmeldung durch die Anzahl der Datensätze aus der Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate je Quartal ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

Für diese Prüfung sind nur Datensätze mit Qualifikierungskennzeichen „G“ zu verwenden.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM(Quart.,G)} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2016}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2016}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

Zur Überprüfung der Kennzahl liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -10% und $+10\%$, mit $VR_Datensatzanzahl_{KM(Quart.,G)} \notin [-10\%; +10\%]$.

Im Falle von Unplausibilitäten teilt die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband die

Gründe dafür mit.

f) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 600) nach Abrechnungsquartal

Die Veränderungsrate ist zu berechnen, indem für jedes Quartal die Anzahl der Datensätze aus der Erstmeldung durch die Anzahl der Datensätze aus der Korrekturmeldung des gleichen Schlüsseljahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate je Quartal ergibt sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

Für diese Prüfung sind nur Datensätze mit Qualifikationskennzeichen „G“ zu verwenden.

$$VR_{\text{Datensatzanzahl}}_{EM(Quart.,G)} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2017}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2016}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

Zur Überprüfung der Kennzahl liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -30 % und +30 %, mit $VR_{\text{Datensatzanzahl}}_{EM(Quart.,G)} \notin [-30\%; +30\%]$.

Im Falle von Unplausibilitäten teilt die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband die Gründe dafür mit.

7. Satzart 700 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben –

a) Datenfelder 5–18 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 700 gemeldeten Leistungsausgaben wird die Summe aller Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich gebildet und mit den Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich in der Satzart 701 verglichen. Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 700 in einem Hauptleistungsbereich an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote je Hauptleistungsbereich“.

$$\text{Kennzahl. } a_i = \frac{\sum LA_{HLB_i} (SA 700)}{\sum LA_{HLB_i} (SA 701)}, \text{ mit } i = 2, \dots, 6$$

$$\text{Kennzahl. } a_{ij} = \frac{\sum LA_{HLB_i} (SA 700) + \sum LA_{HLB_j} (SA 700)}{\sum LA_{HLB_i} (SA 701) + \sum LA_{HLB_j} (SA 701)}, \text{ mit } i = 1 \text{ und } j = 7$$

Der zulässige Korridor zur Feststellung der Plausibilität wird je Hauptleistungsbe-
reich als Abweichung vom jeweiligen KJ 1 -Wert wie folgt ausgewiesen:

| | |
|--------------------------------------|-------------------|
| HLB 1 - Ärzte | = 85 % bis 115 % |
| HLB 2 - Zahnärzte | = 80 % bis 120 % |
| HLB 3 - Apotheken | = 85 % bis 115 % |
| HLB 4 - Krankenhäuser | = 85 % bis 115 % |
| HLB 5 - Sonstige LA | = 80 % bis 120 % |
| HLB 6 - Krankengeld | = 85 % bis 115 % |
| HLB 7 - Extrakorporale Blutreinigung | = kein Korridor*. |

* Die gemeldeten Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches 7 werden zu den gemeldeten Leistungs-
ausgaben des Hauptleistungsbereiches 1 addiert und als Ausschöpfungsquote HLB 1 berechnet.

Sofern eine Krankenkasse einen dieser Werte unter- bzw. überschreitet, hat diese
ihre Abweichung gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen, oder inner-
halb der geltenden Meldefrist eine berichtigte Datenmeldung abzugeben.

Gilt:

Kennzahl. $a_i \notin [0,85; 1,15]$ für $i = 3, 4, 6 \Rightarrow$ Begründung oder neue Datenmeldung.

Kennzahl. $a_i \notin [0,80; 1,20]$ für $i = 2, 5 \Rightarrow$ Begründung oder neue Datenmeldung.

*Kennzahl. $a_{ij} \notin [0,85; 1,15]$ für $i = 1$ und $j = 7 \Rightarrow$ Begründung oder neue Datenmel-
dung.*

b) Prozentualer Anteil Datensätze der Satzart 700 an Satzart 100

Es wird der Anteil Datensätze an der Satzart 100 des gleichen Berichtsjahres be-
rechnet.

$$\text{Anteil Datensätze}_{KK} = \frac{\text{Anzahl Datensätze SA 700 EM 2017}}{\text{Anzahl Datensätze SA 100 EM 2017}}$$

Der Anteil muss 1 sein. Ist der Anteil ungleich 1, mit $\text{Anteil Datensätze}_{KK} \neq 1$, ist
die Datenmeldung unplausibel.

c) Überprüfung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in den Hauptleistungsbereichen

Auf der Ebene der Kassenarten und Einzelkassen werden nach Alter und Geschlecht differenzierte Überprüfungen der Ausgabenprofile in den Hauptleistungsbereichen und für die Summe aller Hauptleistungsbereiche vorgenommen. Hierzu werden pro Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) die Leistungsausgaben durch die Versicherungszeiten der Versicherten (SA100) dividiert. Analog der Zuordnung zu den Altersgruppen im Klassifikationsmodell wird das Geschlechtsmerkmal = 3 (fehlende Geschlechtsangabe) bei den Ausgabenprofilen dem Geschlecht „weiblich“ zugeordnet.

$$LA \text{ je Versichertentag}_{AGG_i} = \frac{\sum LA \text{ SA 700 EM 2017}_{AGG_i}}{\sum \text{Versichertentage SA 100 EM 2017}_{AGG_i}}, \text{ für } i = 1, \dots, 40$$

Im Ergebnis resultieren aus diesem Rechengang gruppenspezifische Leistungsausgaben pro Versichertentag für jeden Hauptleistungsbereich und für alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben insgesamt, die einerseits in ihrem Verlauf im Hinblick auf Stetigkeit sowie in ihrer Relation untereinander und andererseits im Vergleich zu bereits vorliegenden Profilen (Werte aus zurückliegenden Jahren) geprüft werden. Bei unplausiblen Profilverläufen sind weitergehende Überprüfungen zur Aufdeckung der Ursachen vorzunehmen. Krankenkassen, bei denen Auffälligkeiten in den Profilverläufen festgestellt wurden, sind mit einer Verfahrensempfehlung, wenn möglich unter Benennung der Gründe der Auffälligkeiten, dem BVA mitzuteilen.

d) Versicherte ohne Leistungsausgaben

Jede Krankenkasse überprüft in der Satzart 700 den Anteil der Versicherten, die in keinem Hauptleistungsbereich Leistungsausgaben größer 0 € aufweisen, an allen Versicherten in der Satzart 700.

In der aktuellen Datenmeldung der Satzart 700 und der Datenmeldung der Satzart 700 des Vorjahres wird dazu jeweils die Anzahl der Versicherten mit Leistungsausgaben ≤ 0 durch die Anzahl der Versicherten der Satzart 700 geteilt und mit 100 multipliziert.

$$\text{Anteilswert}_{2017} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 700 EM 2017 | } LA(HLBi) \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 700 EM 2017}} \cdot 100$$

$$\text{Anteilswert}_{2016} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 700 EM 2016|LA(HLBI)} \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 700 EM 2016}} \cdot 100$$

Versicherte, die in der Satzart 100 als Clearingversicherte gekennzeichnet sind, bleiben bei der Berechnung der Anteilswerte unberücksichtigt. Der Anteilswert der vorangegangenen Datenmeldung wird vom Anteilswert der aktuellen Datenmeldung abgezogen, um so die Anteilswertdifferenz zu erhalten.

Liegt der so berechnete Wert außerhalb eines Intervalls von -3 % und +3 %, mit $\text{Anteilswert}_{2017} - \text{Anteilswert}_{2016} \notin [-3\%; +3\%]$, überprüft die Krankenkasse ihre Datenmeldung und begründet die Auffälligkeit gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

8. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 43 Abs.4 RSAV –

Es wird je Betriebsnummer und gemeldeten Monat die Veränderung der Anzahl der Mitglieder und die Veränderung des gemeldeten Zusatzbeitragssatzes zwischen der Satzart 821 und der Satzart 820 (3. Strukturanpassung) festgestellt.

a) Kennzahl VR_Mitglieder

Ein Vergleich der gemeldeten Mitglieder erfolgt, indem je Monat und Betriebsnummer die Werte der Satzart 821 durch die entsprechenden Werte der Satzart 820 (3. Strukturanpassung) geteilt und mit dem Wert 100 multipliziert werden. Man erhält die Kennzahl „VR_Mitglieder“.

$$\text{VR_Mitglieder}_{\text{Monat,BBNr}} = \frac{\text{Mitglieder der SA 821}_{\text{Monat,BBNr}}}{\text{Mitglieder der SA 820}_{\text{Monat,BBNr}}} \cdot 100$$

Die Kennzahlen für die Monate Februar, März, April, Mai, Juni, Juli, August, Oktober, November und Dezember gelten als unplausibel, sofern ihre Werte außerhalb des Intervalls von 98 % und 102 %, mit $\text{VR_Mitglieder}_{\text{Monat,BBNr}} \notin [98\%; 102\%]$ liegen.

Die Kennzahlen für die Monate Januar und September gelten als unplausibel, sofern ihre Werte außerhalb des Intervalls von 98 % und 103 %, mit $\text{VR_Mitglieder}_{\text{Monat,BBNr}} \notin [98\%; 103\%]$ liegen.

b) Kennzahl Differenz_Beitragsatz

Ein Vergleich der gemeldeten Zusatzbeitragssätze (ZB) erfolgt, indem je Monat und Betriebsnummer die gemeldeten Zusatzbeitragssätze der Satzart 821 von den entsprechenden Zusatzbeitragssätzen der Satzart 820 (3. Strukturanpassung) abgezogen werden.

$$\text{Differenz_Beitragsatz}_{\text{Monat,BBNr}} = \text{ZB (SA 820)}_{\text{Monat,BBNr}} - \text{ZB (SA 821)}_{\text{Monat,BBNr}}$$

Ist ein Wert ungleich 0, mit $\text{Differenz_Beitragsatz}_{\text{Monat,BBNr}} \neq 0$, dann überprüft die Krankenkasse die Angaben in der Satzart 821 und teilt dem GKV-Spitzenverband den Grund für die Abweichung mit.

Teil III: Prüfungen, die vom BVA durchgeführt werden

Die vom BVA durchgeführten Prüfungen werden nach einem Konzept für Fehlerverfahren und Datenbereinigung durchgeführt. Dieses Konzept befindet sich auf der Homepage des BVA.

www.bundesversicherungsamt.de

Das Datenbereinigungskonzept wird in regelmäßigen Abständen vom BVA überarbeitet und wird zu einem späteren Zeitpunkt als Veröffentlichung zu dieser Bestimmung vom BVA herausgegeben.

Auf Basis der bereinigten Daten führt das BVA noch weitere Auffälligkeitsprüfungen durch, die auf Grundlage der „Infodateien“ erfolgen.

Anlage 2.1: Allgemeines zu den Meldeverfahren nach §§ 8, 13, 18 und 24 der Bestimmung

A. Allgemeine Erläuterungen

1. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 2.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2018/2019

2. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen erheben die in dieser Bestimmung beschriebenen Datenmeldungen der Satzarten 100, 110, 111, 130, 131, 149, 303, 304, 305, 400, 500, 600, 700, 821 entsprechend den genannten Terminen der Anlagen 1.4, 3.2, 5.1, 6.1 und 6.2..

Die Satzarten 150, 701 und 820 werden vom GKV-Spitzenverband ermittelt und an das Bundesversicherungsamt (BVA) weitergeleitet.

3. Vorlagetermine

Der GKV-Spitzenverband führt die nach dieser Bestimmung festgelegten Plausibilitätsprüfungen durch. Sollten Krankenkassen darüber hinaus von der Möglichkeit Gebrauch machen, von den bisherigen Spitzenverbänden (Kassenorganisationen) Plausibilitätsprüfungen durchführen zu lassen, können die Krankenkassen ihre Datenmeldungen gemäß den Anlagen 1.4, 3.2, 5.1, 6.1 und 6.2 dieser Bestimmung über ihre jeweiligen Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband übermitteln. Eine tabellarische Übersicht der Termine befindet sich am Ende dieser Anlage.

Erfolgt die Datenmeldung über eine Kassenorganisation, hat diese dem GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen nach §§ 9, 20 und 26 elektronisch an rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de zu übermitteln. Ansonsten erfolgt die Meldung direkt durch die Krankenkasse.

Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung der Daten über-

mittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das BVA zu den genannten Meldeterminen nach den Anlagen 1.4, 3.2, 5.1, 6.1 und 6.2.

4. Verpflichtung zur Meldung

Die Daten, die an den GKV-Spitzenverband gemeldet werden, sind im Format und dem gültigen Fusionsstand der Anlage 1.4, bzw. nach den Regelungen der Anlagen 3.2, 5.1, 6.1 und 6.2 dieser Bestimmung zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 9 und 11
sowie § 38 RSAV) = die Satzart 100,
2. für Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
nach § 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 RSAV = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (monatl. Abschlag-
verfahren)
(§ 32 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen
Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der
ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,

8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV) = die Satzart 700
9. für die Versichertenpseudonyme zur Zuordnung des Regionalkennzeichens
(§ 303b Abs. 2 Satz 2 SGB V) = die Satzart 130
10. für die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten
(§ 303b Abs. 2 Satz 1 SGB V) = die Satzart 131
11. für die Meldung der Zusatzbeitragssätze und Mitgliederzahlen zur Durchführung des Einkommensausgleichs
(§ 43 Abs. 4 RSAV) = die Satzart 821
12. für die Meldung zur Sondererhebung zum Folgegutachten zu Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland nach § 269 Abs. 3c SGB V = die Satzart 149
13. für die Meldung der Sondererhebung nach § 269 Abs. 3b SGB V die Beitragspflichtigen Einnahmen und Angaben zur Beschäftigung = die Satzart 303
14. für die Meldung der Sondererhebung nach § 269 Abs. 3b SGB V die AU-Fälle = die Satzart 304
15. für die Meldung der Sondererhebung nach § 269 Abs. 3b die AU-Diagnosen = die Satzart 305

Die Inhalte der Datenmeldungen erfolgen entsprechend den Anlagen dieser Bestimmung. Die Parameter bei der Erzeugung der Nutzdatensätze (Zeichensatz, Satztrenner), der Vergabe von Dateinamen und die Verschlüsselung der Dateien sind in den Richtlinien für den Datenaustausch festgelegt.

Jede übermittelte Datei enthält einen Vor- und einen Nachlaufsatz, unabhängig von der Anzahl übermittelter Krankenkassen innerhalb der Datei.

Datenübermittlung:

Die Lieferung aller Datenmeldungen nach Anlagen 1.4, 3.2, 5.1, 6.1 und 6.2 haben den Richtlinien für den Datenaustausch mit den gesetzlichen Krankenkassen zu entsprechen. Diese befinden sich auf:

<http://www.gkv-datenaustausch.de>

Als Trägermedium der Daten kommt sFTP zum Einsatz. Die Daten sind mit dem öffentlichen PKCS#7-Schlüssel des GKV-Spitzenverbandes zu verschlüsseln.¹

Die Segmentierung als technische Aufteilung von großen Dateien ist zwischen Datenlieferanten und Datenempfängern bilateral zu vereinbaren. Ist sie vereinbart, so ist eine zu übertragende Nutzdatendatei auf maximal 1 GB große Einzeldateien (Dateisegmente) aufzuteilen. Jede einzelne Datei kann anschließend ggf. komprimiert sowie danach verschlüsselt werden. Die Einzeldateien (Dateisegmente) stellen für den Transport die Nutzdaten dar. Zu jedem Dateisegment muss deshalb eine Auftragsdatei erstellt werden.

Die Datenmeldungen sind entsprechend den o. g. Anlagen an:

ITSG – Informationstechnische Servicestelle
der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH
Seligenstädter Grund 11
D-63150 Heusenstamm

per sFTP: datenannahme-s.gkv-spitzenverband.de zu senden.

Dem GKV-Spitzenverband ist unter Angabe der Betriebsnummer eine Kontaktperson inkl. der Adresse, Telefonnummer und E-Mail Adresse zu nennen. Nach Unterschrift einer Nutzungsrichtlinie durch die genannte Person, werden der genannten Person die Zugangsdaten übergeben.

¹ Die Satzart 131 ist mit dem Schlüssel des DIMDI zu verschlüsseln und bildet somit die Ausnahme.

Sofern die Kassenorganisationen als Dienstleister im Auftrag der Krankenkassen die Datenmeldungen prüfen, benennt die jeweilige Kassenorganisation diese Krankenkassen einmal jährlich in Form einer vollständigen Krankenkassenliste im unten stehenden Datensatzaufbau.

Die Datenmeldungen der Krankenkassen sind pro Betriebsnummer und Satzart in jeweils einer eigenen Weiterleitungsdatei an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

Tabellarische Übersicht der Meldetermine für die Datenerhebungen des Schlüsseljahres 2018/2019 zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 30 RSAV, zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 270a SGB V sowie nach § 303b Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 SGB V:

| Satzart | Berichtsjahr | Erhebung | Abgabe an GKV-SV | Abgabe an BVA |
|---------|--------------|---|------------------|---------------|
| 100 | 2016 | Korrekturmeldung | 31.5. | 15.6. |
| 400 | 2016 | Korrekturmeldung | 31.5. | 15.6. |
| 500 | 2016 | Korrekturmeldung | 31.5. | 15.6. |
| 600 | 2016 | Korrekturmeldung | 31.5. | 15.6. |
| 701 | 2017 | Jahresausgleich | | 30.6. |
| 100 | 2017 | Jahresausgleich | 31.7. | 15.8. |
| 400 | 2017 | Jahresausgleich | 31.7. | 15.8. |
| 500 | 2017 | Jahresausgleich | 31.7. | 15.8. |
| 600 | 2017 | Jahresausgleich | 31.7. | 15.8. |
| 700 | 2017 | Jahresausgleich | 31.7. | 15.8. |
| 111 | 2018 | 2. Strukturanpassung (Jan–Jun) | 15.8. | 31.8. |
| 111 | 2018 | 1. + 3. Strukturanpassung (Jan–Dez) | 15.2. | 28.2. |
| 110 | 2016 | Korrekturmeldungen der Versicherten- stammdaten | 31.3. | 15.4. |
| 110 | 2017 | Korrekturmeldungen der Versicherten- stammdaten | 31.3. | 15.4. |
| 130 | 2017 | Regionalkennzeichen (Versichertenpseudonym) | 31.3. | 15.4. |
| 131 | 2017 | Regionalkennzeichen (PLZ) | 31.3. | 15.4. |
| 821 | 2017 | Einkommensausgleich Jahresmeldung | 31.7. | 15.8. . |

Ab Januar 2015 wird jeweils zum 5. eines Monats die Datenmeldung für den Einkommensausgleich nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV (Satzart 820) an das BVA übertragen.

Ergänzend zu den Datenmeldungen aus dem regelhaften Verfahren werden die folgenden Daten zur Sondererhebung nach § 269 Abs. 3b und 3c erhoben:

| Satzart | Berichtsjahr | Erhebung | Abgabe an GKV-SV | Abgabe an BVA |
|---------|--------------|------------------|------------------|---------------|
| 303 | 2016 | Erstmeldung | 31.05.2018 | 15.06.2018 |
| 304 | 2016 | Erstmeldung | 31.05.2018 | 15.06.2018 |
| 305 | 2016 | Erstmeldung | 31.05.2018 | 15.06.2018 |
| 149 | 2016 | Erstmeldung | 31.05.2018 | 15.06.2018 |
| 303 | 2017 | Erstmeldung | 31.07.2018 | 15.08.2018 |
| 304 | 2017 | Erstmeldung | 31.07.2018 | 15.08.2018 |
| 305 | 2017 | Erstmeldung | 31.07.2018 | 15.08.2018 |
| 149 | 2017 | Erstmeldung | 31.07.2018 | 15.08.2018 |
| 149 | 2016 | Korrekturmeldung | 31.03.2019 | 15.04.2019 |
| 149 | 2017 | Korrekturmeldung | 31.03.2019 | 15.04.2019 |

Anlage 3.1 Meldeverfahren zu § 43 Abs. 2 und 3 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2018/2019

1. Erhebungszeitpunkte

Der GKV-Spitzenverband ermittelt die Daten zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV (Satzart 820) monatlich bis zum 5. des jeweiligen Meldemonats und meldet diese an das Bundesversicherungsamt (BVA)

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

Informationen zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag

In der Satzart 820 werden die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen zusammengestellt. Als Grundlage dafür dient die „Beitragssatzdatei“ der ITSG (<http://www.gkv-ag.de/Beitragssatzdatei.gkvnet>). Entsprechend der „Spezifikation maschinelle Beitragssatzdatei zum Datenaustausch mit Arbeitgebern“ sind die Krankenkassen verantwortlich für die Pflege, die Aktualität und den Inhalt der Datenbestände (Abschnitt 1.1. der „Spezifikation maschinelle Beitragssatzdatei“ in der jeweils gültigen Version). Für die Erstellung der Satzart 820 verwendet der GKV-Spitzenverband die Angaben der Krankenkassen zu ihrem kassenindividuellen Zusatzbeitrag aus der o. g. Beitragssatzdatei. Für die monatlichen Datenmeldungen ist immer der Beitragssatz zu verwenden, der in dem Monat, für den der Einkommensausgleich durchgeführt wird, gültig ist (Meldemonat). Für die Satzart 820 Datenmeldungen, welche für die Strukturanpassungen (SA) verwendet werden, sind die Beitragssätze der vorangegangenen Monate zu verwenden

(1. SA = Monate Januar bis März, 2. SA = Monate Januar bis September, 3. SA = Monate Januar bis Dezember) und zu melden.

Vor Übermittlung der Datenmeldung der Satzart 820 an das BVA bekommt die Krankenkasse Gelegenheit zum Abgleich der zu verwendenden Beitrags-satzinformationen. Diese Informationen werden am viertletzten Werktag des Vormonats zum Meldemonat automatisiert an die Krankenkassen über den RSA-E-Mail-Verteiler des GKV-Spitzenverbandes versandt.

Die Krankenkasse hat dann die Gelegenheit, den Beitragssatz in der Beitrags-satzdatei der ITSG zu korrigieren, sollten die per Mail übermittelten Informa-tionen nicht mit dem tatsächlichen Beitragssatz übereinstimmen. Die bis zum 4. eines Monats in der Datenbank vorliegenden Informationen werden für die Erstellung der Satzart 820 verwendet.

Sofern sich Ansprechpartner in den Krankenkassen geändert haben, teilt die Krankenkasse diese Änderungen bis zum 15. des Vormonats zum Meldemo-nat über die E-Mailadresse: rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de dem GKV-Spitzenverband mit.

Informationen der Mitgliederstatistik KM 1

Zur Erstellung der Satzart 820 verwendet der GKV-Spitzenverband die amtli-chen Zahlen aus der KM 1-Statistik. Für die monatlich zu ermittelnde Satzart 820 werden die Angaben der KM 1-Statistik aus dem Vormonat des Melde-monats verwendet. Für die Erstellung der Satzart 820 zu den Strukturanpas-sungen werden die KM1-Mitgliedszahlen der zurückliegenden Monate ver-wendet.

Die Erstellung der Satzart 820 erfolgt automatisch am 5. Tag des Meldemo-nats durch den GKV-Spitzenverband und die Daten werden am selben Tag an das BVA übertragen.

Der Meldemonat für die erste und dritte Strukturanpassung ist April (des laufenden bzw. Folgejahres); der Meldemonat für die zweite Strukturanpassung ist Oktober (des laufenden Jahres).

Eine gesonderte Plausibilisierung der Satzart 820 erfolgt nicht.

3. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gilt folgende Satzart für die Durchführung des Einkommensausgleiches
gem. § 43 Abs. 2 und 3 RSAV = die Satzart 820.

Der GKV-Spitzenverband meldet je Krankenkasse Informationen über die Anzahl der Mitglieder nach KM1 sowie Informationen zu den Zusatzbeitragssätzen in einer extra hierfür erstellten Datenmeldung an das BVA. Das BVA verwendet diese Daten zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV.

Die Meldungen der Beitragssatzinformationen richten sich nach den von den Krankenkassen gemachten Angaben, welche aus der „ITSG-Beitragssatzdatei“ übernommen werden. Die Angaben zum Beitragssatz erfolgen ohne Komma.

Die Mitgliederzahlen werden aus der amtlichen KM1-Statistik übernommen.

– Meldung nach § 43 RSAV –

1. Datenmeldung zum Einkommensausgleich (Satzart 820)

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-------------------------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „820“. |
| 2 | Meldemonat | 4 | 9 | 6 | numerisch | Monat (JJJMM) in dem die Datenmeldung erstellt wird. |
| 3 | Betriebsnummer | 10 | 17 | 8 | numerisch | Betriebsnummer der Krankenkasse. |
| 4 | Erhebungsart | 18 | 19 | 2 | numerisch | Art der Datenmeldung: monatliche Meldung: Werte „01“ bis „12“, Meldung zur Struktur- anpassung: 21 = 1. Struktur- anpassung, 22 = 2. Struktur- anpassung, 23 = 3. Struktur- anpassung. |
| 5 | Berichtsmonat KM1 | 20 | 25 | 6 | numerisch | Vormonat (JJJMM) des Meldemonats bzw. in den Struktur- anpassungen die Berichtsmonate KM1. |
| 6 | Mitglieder KM1 | 26 | 37 | 12 | numerisch | Anzahl der Mitglieder aus Schlüsselnummer 10999, Spalte 3. |
| 7 | Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse | 38 | 41 | 4 | numerisch | Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse ohne Komma getrennt aus dem Meldemonat. |

Erläuterungen zur Satzart 820 (Datenmeldung zum Einkommensausgleich nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV)

Vorbemerkung:

Es wird je Monat ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart "820" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Meldemonat)

Es sind alle sechs Stellen des Meldemonats im Format „JJJJMM“ 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 Meldung der Mitgliederzahl für das monatliche Ausgleichsverfahren erfolgt auf dem Fusionsstand des Berichtsmonats KM1.

Die Datenmeldungen für die Strukturanpassungen erfolgen auf dem Fusionsstand zu dem eine Krankenkasse im Berichtsmonat der KM1 bestand. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Erhebungsart)

Im Feld Erhebungsart werden für die monatlichen Meldungen, entsprechend dem jeweiligen Monat, Werte zwischen „01“ und „12“ angegeben. Handelt es sich um eine Datenmeldung im Rahmen der Strukturanpassung, dann werden folgende Werte angegeben:

- 21 = 1. Strukturanpassung,
- 22 = 2. Strukturanpassung,
- 23 = 3. Strukturanpassung.

e) Zu Datenfeld 5 (Berichtsmonat KM 1)

Handelt es sich um eine Meldung für das monatliche Ausgleichsverfahren, ist der Vormonat des Meldemonats im Format JJJJMM anzugeben.

Handelt es sich um eine Meldung im Rahmen einer Strukturanpassung, sind folgende Daten anzugeben:

- 1. Strukturanpassung: JJJJ01, JJJJ02, JJJJ03
- 2. Strukturanpassung: JJJJ01, JJJJ02, JJJJ03, JJJJ04, JJJJ05, JJJJ06, JJJJ07, JJJJ08, JJJJ09
- 3. Strukturanpassung: JJJJ01, JJJJ02, JJJJ03, JJJJ04, JJJJ05, JJJJ06, JJJJ07, JJJJ08, JJJJ09, JJJJ10, JJJJ11, JJJJ12

f) Zu Datenfeld 6 (Mitglieder KM 1)

Bei Datenmeldungen im monatlichen Ausgleichsverfahren ist die Zahl der Mitglieder aus der Statistik KM1 (Schlüsselnummer 10999) des Vormonats zum Meldemonat anzugeben.

Bei Datenmeldungen zu Strukturanpassungen ist die Zahl der Mitglieder aus der Statistik der KM1 des jeweiligen Berichtsmonats anzugeben.

g) Zu Datenfeld 7 (Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse)

Bei Datenmeldungen zum monatlichen Ausgleichsverfahren ist der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse aus dem Meldemonat anzugeben.

Bei Datenmeldungen zu Strukturanpassungen ist der Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse aus dem jeweiligen Berichtsmonat anzugeben.

Der Zusatzbeitragssatz ist 4-stellig (2 Vorkommastellen und 2 Nachkomma-stellen) ohne Komma zu melden (z. B. wird 0,9 % als 0090 gemeldet).

2. Dateibeschreibung:

Die Daten der Satzart 820 sind je Krankenkasse 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.

3. Satzbeschreibungen

3.1 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart und ist in seinem Aufbau ab dem Meldejahr 2015 gültig.

Aufbau des Vorlaufsatzes der Satzart 820

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚VOSZ‘ als Kennzeichen für Vorlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 820 |
| 3 | Meldemonat | 8 | 13 | 6 | numerisch | JJJMM |
| 4 | Dateibezeichnung | 14 | 20 | 7 | alphanumerisch | Stelle 14–17 EAUS Stelle 18–19 Erhebungsart (01 bis 12 monatliche Lieferungen, 21 bis 23 Strukturanpassungen) Stelle 20–20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw. |
| 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. |

3.2 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzart 820 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 820

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläute- rung |
|--------------|----------------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚NCSZ‘ als Kennzei- chen für Nachlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 820 entsprechend der in den Datensät- zen gemeldeten Satzart |
| 3 | Meldemonat | 8 | 13 | 6 | numerisch | JJJJMM |
| 4 | Anzahl der Da- tensätze | 14 | 22 | 9 | numerisch | Anzahl der Datensät- ze in der jeweiligen Satzart |
| 5 | Prüfsumme | 23 | 31 | 9 | numerisch | Summe des letzten Datenfeldes über alle Datensätze in der jeweiligen Satzart. |

4. Datenübermittlung:

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BVA zur Abholung bereitgestellt.

Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die E-Mail-Adresse: Referat_312@bvamt.bund.de.

Die Weiterleitungsdateien werden pro Krankenkasse bereitgestellt. Der Dateiname einer Weiterleitungsdatei setzt sich aus Satzart, Meldemonat, Erhebungsart, Betriebsnummer, einer laufenden Nummer pro Berichtigungsmeldung, sowie einem Zeitstempel zusammen.

Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit:

E-Mail: rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de

Anlage 3.2 Meldeverfahren zu § 43 Abs. 4 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.2 ist gültig für das Schlüsseljahr 2018/2019.

1. Erhebungszeitpunkt

Die Krankenkassen erheben die Daten der Satzart 821 frühestens nach Abschluss des RSA-Clearingverfahrens nach § 30 Abs. 5 RSAV ab dem 1.7. des Meldejahres.

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

Die Krankenkassen stellen die Daten der Satzart 821 ab dem Berichtsjahr 2015 bis zum 31.07. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem GKV-Spitzenverband gemäß den Regelungen der Anlage 2.1 zur Verfügung.

Zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 43 Abs. 4 RSAV für ein Ausgleichsjahr werden in der Satzart 821 die Zusatzbeitragssätze der einzelnen Monate des Berichtsjahres und die korrespondierenden Mitgliederzahlen durch die Krankenkassen ausgewiesen.

Zur Erstellung der Satzart 821 verwendet die Krankenkasse die monatlichen Zahlen der Mitglieder, die am 15. Kalendertag des jeweiligen Berichtsmonates bei ihr versichert waren.

Nach Plausibilisierung übermittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das Bundesversicherungsamt (BVA) bis zum 15.08. eines Meldejahres.

3. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gilt folgende Satzart für die Neuberechnung des Einkommensausgleiches
gem. § 43 Abs. 4 RSAV = die Satzart 821.

Die Krankenkasse meldet an den GKV-Spitzenverband Informationen über die Anzahl der Mitglieder am 15. eines jeweiligen Monats des Berichtsjahres sowie den für diesen Monat erhobenen Zusatzbeitragssatz.

Die Angaben zum Beitragssatz erfolgen ohne Komma.

– Meldung nach § 43 Abs. 4 RSAV –

1. Datenmeldung zum Einkommensausgleich (Satzart 821)

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-------------------------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „821“. |
| 2 | Betriebsnummer | 4 | 11 | 8 | numerisch | Betriebsnummer der Krankenkasse |
| 3 | Berichtsmonat | 12 | 17 | 6 | numerisch | (JJJMM) des Berichtsmonats. |
| 4 | Mitglieder | 18 | 29 | 12 | numerisch | Anzahl der am 15. Kalendarientag des Berichtsmonats versicherten Mitglieder. |
| 5 | Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse | 30 | 33 | 4 | numerisch | Beitragssatz der Krankenkasse ohne Komma getrennt aus dem Berichtsmonat. |

Erläuterungen zur Satzart 821 (Datenmeldung zum Einkommensausgleich nach § 43 Abs. 4 RSAV)

Vorbemerkung:

Es wird je Monat ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart "821" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (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 Datenmeldung erfolgt bei zwischenzeitlich fusionierten Krankenkassen in einer gemeinsamen Meldung. Für Berichtsmonate vor dem Fusi-

onstermin werden in die Datei eigene Datensätze unter der bis zur Fusion gültigen Betriebsnummer gemeldet. Für Berichtsmonate ab dem Fusionstermin sind der Zusatzbeitragssatz und die Mitglieder der fusionierten Kasse mit der entsprechenden Betriebsnummer anzugeben. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

c) Zu Datenfeld 3 (Berichtsmonat)

Die folgenden Daten sind für die Datenmeldung zum Jahresausgleich anzugeben:

JJJJMM:

JJJJ für das Berichtsjahr

MM für den jeweiligen Monat

d) Zu Datenfeld 4 (Mitglieder)

Es ist die Zahl der am fünfzehnten Kalendertag des Berichtsmonats bei der Krankenkasse versicherten Mitglieder nach § 1 Abs. 2 RSAV anzugeben.

e) Zu Datenfeld 5 (Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse)

Es ist der erhobene Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse aus dem jeweiligen Berichtsmonat anzugeben.

Der Zusatzbeitragssatz ist 4-stellig (2 Vorkommastellen und 2 Nachkommastellen) ohne Komma zu melden (z. B. wird 0,9 % als 0090 gemeldet).

2. Dateibeschreibung

Die Daten der Satzart 821 sind je Krankenkasse 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.

3. Satzbeschreibungen

3.1 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart und ist in seinem Aufbau ab dem Schlüsseljahr 2016/2017 gültig.

Aufbau des Vorlaufsatzes der Satzart 821

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚VOSZ‘ als Kennzeichen für Vorlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 821 |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Dateibezeichnung | 12 | 16 | 5 | alphanumerisch | Stelle 12-15 EAUS Stelle 16-16 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmel- dung usw. |
| 5 | Erstellungsdatum | 17 | 24 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| 6 | Betriebsnummer | 25 | 32 | 8 | numerisch | Betriebsnummer des Ab- senders ist einzutragen |

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | | | |
| 7 | Laufende Nummer | 33 | 37 | 5 | numerisch | Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Datei- lieferung je Satzart, Melde- jahr und Berichtsjahr in- nerhalb eines Erhebungs- zyklus. Das Feld ist mit führenden Nullen auf 5 Stellen aufzufüllen. |

3.2 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermit-
telten Datensätze der Satzart 821 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 821

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | Stellen | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|----------------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 821 entsprechend der in den Datensätzen gemel- deten Satzart |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Anzahl der Datens- ätze | 12 | 20 | 9 | numerisch | Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart |
| 5 | Prüfsumme | 21 | 29 | 9 | numerisch | Summe des letzten Da- tenfeldes über alle Da- tensätze in der jeweiligen Satzart. |

4. Datenübermittlung

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BVA zu Abholung bereitgestellt.

Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die bestehende Adresse Referat_312@bvamt.bund.de.

Die Weiterleitungsdateien werden pro Krankenkasse und Satzart bereitgestellt. Im Fall von unterjährigen Fusionen übermittelt der GKV-Spitzenverband für diese Betriebsnummern die Meldungen als eigenständige Datei an das Bundesversicherungsamt. 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: Referat_312@bvamt.bund.de

Anlage 5.1 Meldung der Postleitzahl an das DIMDI

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 5.1 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2018/2019.

1. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Postleitzahl des Wohnortes der Versicherten und melden diese nach § 303b SGB V über den GKV Spitzenverband an das Bundesversicherungsamt. Die Postleitzahl ist für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke zu ermitteln und über das Bundesversicherungsamt (BVA) an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d zu übermitteln.

Die Erhebung der Satzarten 130 und 131 ist jährlich bis zum 31.03. durchzuführen und beginnt frühestens zum Zeitpunkt der Erstellung der Satzart 110 desselben Schlüsseljahres. Für jedes Pseudonym der Satzart 110 des jüngeren Berichtsjahres im Schlüsseljahr ist ein Datensatz in der Satzart 130 zu melden.

Der GKV-Spitzenverband übermittelt die Daten spätestens bis zum 15.04. an das BVA.

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

Die Meldung der Krankenkassen an den GKV Spitzenverband hat bis zum 31.03. zu erfolgen. Die Weiterleitung durch den GKV Spitzenverband an das BVA erfolgt bis zum 15.04.

Es erfolgt ein Abgleich der Pseudonyme der Satzart 130 mit der Satzart 110 des jüngeren Berichtsjahres. Eine gesonderte inhaltliche Plausibilisierung der

Satzart 130 erfolgt nicht. Die Datenmeldungen werden auf formal-technische Kriterien geprüft. Aufgrund der Dateiverschlüsselung ist eine Überprüfung der Satzart 131 nicht möglich.

3. Verschlüsselung der Postleitzahl

Nach § 303b SGB V ist die Postleitzahl eines Versicherten, die die Krankenkassen aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 SGB V gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 SGB V genannten Zwecke ermitteln, über das Bundesversicherungsamt an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d zu übermitteln.

Nach § 303b Abs. 2 SGB V steht dabei die Verschlüsselung der Postleitzahl (Regionalkennzeichen) bei den Krankenkassen und Rückschlüsselung ausschließlich durch das DIMDI, sowie die Verknüpfbarkeit des Pseudonyms im Morbi-RSA mit dem Pseudonym der Datenmeldung für das Regionalkennzeichen an zentraler Stelle.

Zu diesem Zweck sind, unter Berücksichtigung vorhandener technischer Infrastrukturen, Verschlüsselungen einzusetzen. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind die für das Gesundheits- und Sozialwesen vereinbarten Standards zur Verschlüsselung und digitalen Signatur von Daten etabliert. Auf diese Standards wird auch bei der Verschlüsselung der Regionalkennzeichen zurückgegriffen.

Die Gesamtheit der verwendeten Sicherheitsverfahren wird in der Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen¹ beschrieben. Eine Verschlüsselung der Daten erfolgt danach ausschließlich für vollständige Dateien – nicht für einzelne Bereiche der Dateien – nach dem Standard PKCS#7. Dabei gelten die Vorgaben der Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

¹ Die jeweils gültige Version der Security-Schnittstelle für das Gesundheits- und Sozialwesen wird veröffentlicht unter http://www.gkv-datenaustausch.de/standards_und_normen/sicherheitsverfahren/sicherheitsverfahren.jsp

Aus der Vorgabe, einerseits Regionalkennzeichen ausschließlich dem DIMDI zugänglich zu machen und andererseits mit den Versichertenpseudonymen zu verknüpfen, die dem BVA ebenfalls zugänglich sein müssen, sowie der verwendenden Sicherheitsverfahren, ergeben sich Auswirkungen auf den Dateiaufbau und den Datenfluss. Diese werden im Abschnitt 4 näher beschrieben.

4. Datenübermittlung

4.1 Aufbau der Datenlieferungen

Auf Grund der eingesetzten Verschlüsselung auf Datei-Ebene und den gesetzlichen Vorgaben gemäß § 303b Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V ergibt sich die Notwendigkeit, die Pseudonym-Daten in einer separaten Datei zu den Postleitzahl-Daten zu versenden. Daraus resultiert, dass Datenlieferungen stets aus zwei Dateien bestehen:

| Datei | verarbeitende Stelle | Inhalt |
|----------------------------------|----------------------|--|
| Pseudonym-Datei (Satzart 130) | BVA | <ul style="list-style-type: none"> • administrative Daten • Versichertenpseudonyme • Verknüpfungsmerkmal |
| PLZ-Datei (Satzart 131) | DIMDI | <ul style="list-style-type: none"> • administrative Daten • Regionalkennzeichen (PLZ) • Verknüpfungsmerkmal |

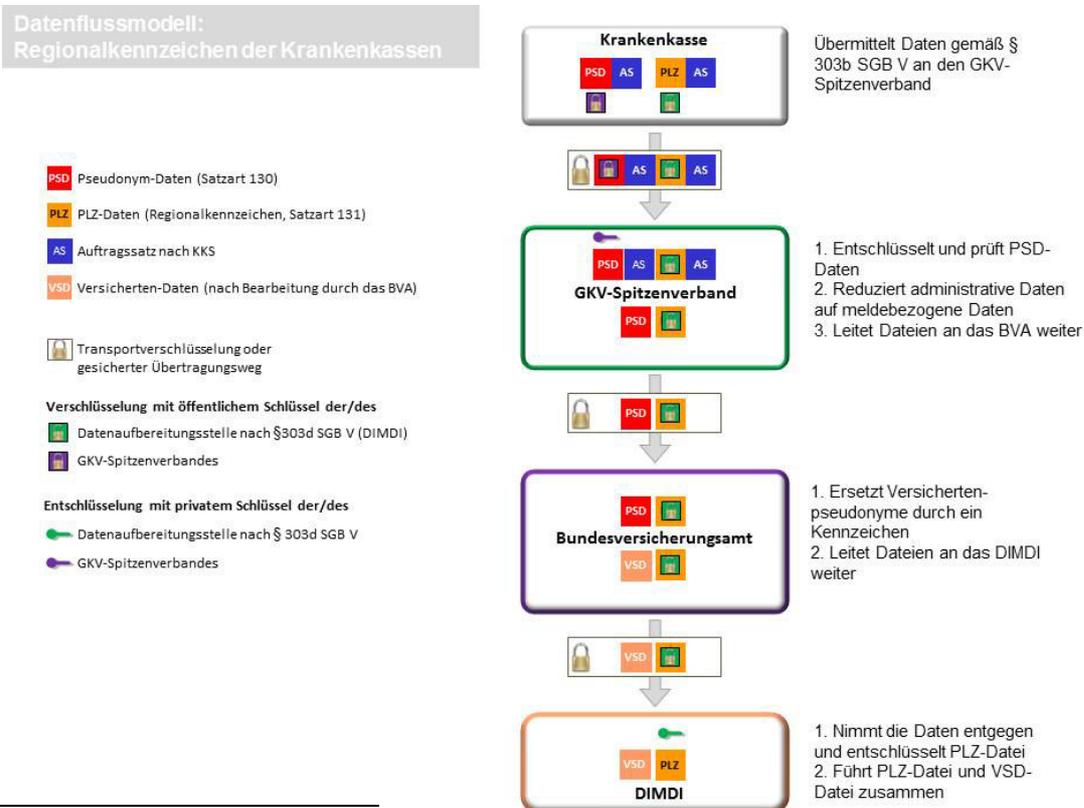
Die beiden Dateien müssen durch entsprechende Angaben innerhalb des Vorlaufsatzes (administrative Daten) und des Auftragsatzes gemäß Krankenkassen-Kommunikationssystem (KKS)² bzw. durch eine entsprechende Dateinamensgebung einander eindeutig zugeordnet werden

² Die jeweils aktuellen Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen, befinden sich unter http://www.gkv-datenaustausch.de/standards_und_normen/richtlinien_fuer_den_datenaustausch_kks/richtlinien_fuer_den_datenaustausch_kks.jsp

können. Nähere Erläuterungen dazu werden in den folgenden Abschnitten getroffen.

Weiterhin ist sicherzustellen, dass für jedes in der Pseudonym-Datei (Satzart 130) enthaltene Versichertenpseudonym genau ein Eintrag in der PLZ-Datei (Satzart 131) enthalten ist, und dass diese beiden Einträge über die gleiche laufende Nummer verknüpft werden können. Die Satzart 131 enthält dabei genauso viele Einträge wie die Satzart 130, so dass zwischen den Einträgen beider Dateien eine 1:1-Beziehung besteht. Dazu wird jeder Datensatz in der Pseudonym-Datei und der dazugehörige Datensatz in der PLZ-Datei mit einer laufenden Nummer (von „1“ bis „n“) gekennzeichnet. Bei „n“ verschiedenen Pseudonymen enthält die Satzart 130 „n“ Einträge und die zugeordnete laufende Nummer und die Satzart 131 enthält ebenfalls „n“ Einträge und die gleiche laufende Nummer, über welche die beiden Dateien miteinander verknüpfbar sind.

Einhergehend mit folgendem Datenfluss-Modell werden Maßnahmen zur Verschlüsselung der Datendateien und des Datentransports getroffen.³



³ Die Möglichkeit nach § 80 Abs. 1 und 2 SGB X die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten im Auftrag durchzuführen ist davon unbenommen. Die in Anlage 2.1 der Bestimmung nach § 267 SGB V getroffenen Regelungen sind für das Verfahren anzuwenden.

4.2 Datenübermittlung der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband

Zur Datenübertragung zwischen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband wird das Krankenkassenkommunikationssystem (KKS) verwendet, ein bei allen gesetzlichen Krankenkassen vorhandener Standard, der die gesetzlichen Vorgaben zur Sicherheit und Datenschutz erfüllt.

4.2.1 Dateinamen

Da der GKV-Spitzenverband die administrativen Daten der verschlüsselten PLZ-Datei nicht einsehen kann, muss mit den Mitteln des KKS ein eindeutiger Bezug der PLZ-Datei zur jeweiligen Pseudonym-Datei hergestellt werden. Hierfür ist das Feld „Dateiname“ des Auftragsatzes der KKS-Übertragung zu verwenden.

4.2.1.1 Physische Dateinamen

Gemäß den Richtlinien des KKS wird der 8-stellige Transferdateiname für die Übertragung nach folgendem Schema gebildet:

<[E/T]><XXXX><999>

<[E/T]>: Echtdaten (E) oder Testdaten (T)

<XXXX>: 4-stellige KKS-Verfahrenskennung, hier „MRS0“

<999>: 3-stellige laufende Nummer

Die zusätzliche Kennung im Feld VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION lautet:

MR130 für die Pseudonym-Datei (Satzart 130)

MR131 für die PLZ-Datei (Satzart131)

Der Name der zugehörigen Auftragsatzdatei wird aus dem Dateinamen der Transferdatei und dem Zusatz „AUF“ gebildet.

4.2.1.2 Logische Dateinamen

Damit der GKV-Spitzenverband bei der Datenannahme die jeweils zusammengehörenden Pseudonym- und PLZ-Dateien erkennen kann, ist eine eindeutige Kennzeichnung erforderlich. Da die PLZ-Datei für den GKV-

Spitzenverband nicht einsehbar ist, wird das 11-stellige Feld „DATEINAME“ des gemäß KKS zu übertragenden Auftragsatzes für die Zuordnung verwendet.

Dabei gilt das folgende Schema:

<[P/R]><99999999><99>

Erläuterung der Dateinamensbausteine:

<[P/R]>: Kennzeichen der Satzart: „P“ = Pseudonym-Datei (Satzart 130);

„R“ = PLZ-Datei (Satzart 131)

<99999999>: 8-stellige Betriebsnummer der Krankenkasse

<99>: 2-stellige laufende Nummer der Datenlieferung je
Meldejahr, ggf. mit führender Null

Die beiden zusammengehörigen Dateien erhalten die gleiche Betriebsnummer und die gleiche laufende Nummer. Sie unterscheiden sich lediglich durch die Kennung der Satzart.

Beispiel:

Pseudonym-Datei: P1234567801

PLZ-Datei: R1234567801

4.2.2 Dateiverschlüsselung

Die Pseudonym-Datei enthält die versichertenidentifizierenden Daten und wird von den Krankenkassen vor dem Versand mit dem öffentlichen Schlüssel des GKV-Spitzenverbandes verschlüsselt. Die PLZ-Datei enthält die Regionalkennzeichen und wird von den Krankenkassen mit dem öffentlichen Schlüssel des DIMDI verschlüsselt. Die beiden Dateien sind also für unterschiedliche Empfänger bestimmt und können nur von diesen eingesehen und bearbeitet werden: Der GKV-Spitzenverband ist in der Lage, die Pseudonym-Datei zu entschlüsseln und die erforderlichen Prüfungen vorzunehmen, die PLZ-Datei kann nur vom DIMDI entschlüsselt werden.

| Datei | Zu verwendender Schlüssel |
|----------------------------------|---|
| Pseudonym-Datei (Satzart 130) | Öffentlicher Schlüssel des GKV- Spitzenverbandes |
| PLZ-Datei (Satzart 131) | Öffentlicher Schlüssel des DIMDI |

Die Nutzdatendateien (Satzarten 130 / 131) sind gemäß der Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen (SECON) nach dem Standard PKCS#7 zu verschlüsseln und zu signieren.

4.3 Datenübermittlung des GKV-Spitzenverbandes an das BVA

4.3.1 Datenbereitstellung

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BVA zur Abholung bereitgestellt. Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die Adresse: Referat_312@bvamt.bund.de. Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit per E-Mail: rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de

4.3.2 Dateinamen

Die Weiterleitungsdateien werden pro Krankenkasse 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.

Beispiel:

130_12345678_2015_2014_20161216110053 (Pseudonym-Datei)

131_12345678_2015_2014_20161216110053 (PLZ-Datei)

5. Verpflichtung zur Meldung

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

6. Dateibeschreibung:

Die Daten der Satzarten 130 und 131 sind je Krankenkasse in jeweils 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.

7. Satzbeschreibungen

7.1 Datensatz für die Meldung des Versichertenpseudonyms (Satzart 130)

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „130“ |
| 2 | Berichtsjahr | 4 | 7 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 3 | Betriebsnummer | 8 | 15 | 8 | numerisch | Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag |
| 4 | laufende Nummer | 16 | 23 | 8 | numerisch | Laufende Nummer zur Zuordnung von PLZ und Pseudonym durch das DIMDI |
| 5 | Versichertenpseudonym | 24 | 61 | 38 | alphanumerisch | Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse |

Datensatzerläuterung zur Meldung des Versichertenpseudonyms (Satzart 130)

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Meldung der Versichertenpseudonyme ist die Satzart „130“ 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 (laufende Nummer)

Zu jedem Versichertenpseudonym ist genau eine laufende Nummer zu vergeben. Diese laufende Nummer stellt den Bezug her zu genau einem Eintrag in der Satzart 131 und somit dem Regionalkennzeichen des Pseudonyms. Die Zählung beginnt in jeder Datenlieferung bei „1“ und endet bei „n“ (wobei „n“ = die Anzahl der Versichertenpseudonyme ist). Diese laufende Nummer ist sowohl im Datensatz zur Satzart 130 mit dem dazugehörigen Versichertenpseudonym als auch im Datensatz zur Satzart 131 mit dem dazugehörigen Regionalkennzeichen zu übermitteln. Dadurch wird die spätere Zusammenführung der Daten aus beiden Satzarten an Hand der laufenden Nummer ermöglicht.

e) Zu Datenfeld 5 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym ent-

spricht dem Pseudonym, welches in der Satzart 110 für das jüngere Berichtsjahr im Schlüsseljahr gemeldet wird.

7.2 Datensatz für die Meldung der Postleitzahl (Satzart 131)

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|---------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „131“ |
| 2 | Berichtsjahr | 4 | 7 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 3 | Betriebsnummer | 8 | 15 | 8 | numerisch | Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag |
| 4 | laufende Nummer | 16 | 23 | 8 | numerisch | Laufende Nummer zur Zuordnung von PLZ und Pseudonym durch das DIMDI |
| 5 | Regionalkennzeichen | 24 | 28 | 5 | alphanumerisch | Postleitzahl 00000 = Ausland 99999 = nicht zugeordnet |

Datensatzerläuterung für die Meldung der Postleitzahl (Satzart 131)

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Meldung der Regionalkennzeichen ist die Satzart „131“ 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 (laufende Nummer)

Zu jedem Versichertenpseudonym der Satzart 130 ist genau eine laufende Nummer zu vergeben. In der Satzart 131 ist unter dieser laufenden Nummer das Regionalkennzeichen des Pseudonyms abzulegen. Die Zählung beginnt in jeder Datenlieferung bei „1“ und endet bei „n“ (wobei „n“ = die Anzahl der Versichertenpseudonyme in der Satzart 130 ist). Diese laufende Nummer ist sowohl im Datensatz zur Satzart 130 mit dem dazugehörigen Versichertenpseudonym als auch im Datensatz zur Satzart 131 mit dem dazugehörigen Regionalkennzeichen zu übermitteln. Dadurch wird die spätere Zusammenführung der Daten aus beiden Satzarten anhand der laufenden Nummer ermöglicht.

e) Zu Datenfeld 5 (Regionalkennzeichen)

Es ist die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten zu melden. Bei der selektierten Postleitzahl handelt es sich um die Postleitzahl, die der Krankenkasse zum Zeitpunkt des Datenabzugs vorliegt. Für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland wird der Wert 00000 gemeldet. Lässt sich ein Versicherter keiner Postleitzahl zuordnen, wird der Wert 99999 vergeben.

7.3 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart und ist in seinem Aufbau ab dem Meldejahr 2016 gültig.

Aufbau des Vorlaufsatzes der Satzarten 130 bzw. 131

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | „VOSZ“ als Kennzeichen für Vorlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 130 bzw. 131 |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Dateibezeichnung | 12 | 16 | 5 | alphanumerisch | Stelle 12–15 REGK Stelle 16–16 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw. |
| 5 | Erstellungsdatum | 17 | 24 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| 6 | Betriebsnummer | 25 | 32 | 8 | numerisch | Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen |
| 7 | Laufende Nummer | 33 | 37 | 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. |
| 8 | Dateiname KKS | 38 | 48 | 11 | alphanumerisch | Logischer Dateiname wie im Feld DATEINAME des KKS-Auftragssatzes |

7.4 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 130 bzw. 131 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 130 bzw. 131

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | 130 bzw. 131 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Anzahl der Datensätze | 12 | 20 | 9 | numerisch | Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart |

Anlage 6.1: Datenmeldung zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Sondererhebung zu Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland

1. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 6.1 ist für das Schlüsseljahr 2018/2019 gültig. Die Sondererhebung bezieht sich ausschließlich auf die Berichtsjahre 2016 und 2017.

2. Erhebungszeitraum

Die Krankenkassen ermitteln die Daten gem. § 269 Abs. 3c SGB V für die Berichtsjahre 2016 und 2017 einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums.

3. Vorlagetermine

Die Krankenkassen stellen die Daten der Satzart 149 für das Berichtsjahr 2016 spätestens bis zum 31.05.2018 und für das Berichtsjahr 2017 spätestens bis zum 31.07.2018 dem GKV-Spitzenverband analog 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 15.06.2018 für das Berichtsjahr 2016 und spätestens bis zum 15.08.2018 für das Berichtsjahr 2017 an das BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

Für die Korrekturmeldung beider Berichtsjahre der vorgenannten Satzart übermitteln die Krankenkassen spätestens bis zum 31.03.2019 die Daten an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.04.2019 an das BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

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. 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.

Krankenkassen, die keine Auslandsversicherten haben, melden einen Datensatz, in dem alle Felder außer Satzart, Berichtsjahr und Betriebsnummer mit Nullen aufgefüllt sind.

4. Definition und Inhalt der Satzart 149

4.1 Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland (Satzart 149)

| Feld- | Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|-------|-----|------------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | | von | bis | Stellen | | |
| | 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „149“ |
| | 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 | Grenzgängerkennzeichen | 54 | 54 | 1 | numerisch | Grenzgänger = 1 Sonst = 0 wird technisch nicht erfasst = 9 |

| Feld- | | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|-------|-----------------------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| Nr. | Feld | von | bis | Stellen | | |
| 6 | Länderkennzeichen des Wohnstaates | 55 | 57 | 3 | alphanumerisch | Länderkennzeichen gemäß Anlage 8 zum Meldeverfahren in 1 bis 3-stelliger Form |
| 7 | Auslandsversichertentage | 58 | 60 | 3 | numerisch | Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Wohnstaat aus Feld 6 |

Erläuterungen zur Satzart 149 (Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland)

Vorbemerkung:

Die Satzart 149 ist für das Gutachten zwei Mal je Berichtsjahr 2016 und 2017 zu melden.

Die Meldungen erfolgen bei der Korrekturmeldung 2016 und Erstmeldung 2017 im Meldejahr 2018 sowie bei den Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten 2016 und 2017 im Meldejahr 2019.

Für Versicherte, deren Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV im Datenfeld 13 in der Satzart 100 Korrekturmeldung 2016 (für die erste Sondererhebung zum Berichtsjahr 2016) bzw. in der Satzart 100 Erstmeldung 2017 (für die erste Sondererhebung zum Berichtsjahr 2017) größer 0 ist, wird entsprechend der nachfolgend aufgeführten Kriterien mindestens ein Datensatz in die Satzart 149 geschrieben.

Für die Datenmeldung, die letztmalig bis zum 15. April 2019 zu übermitteln ist, wird für Versicherte, deren Anzahl der Versichertentage im Datenfeld 13 der Satzart 110 für das Berichtsjahr 2016 größer 0 ist, mindestens ein Datensatz in die Satzart 149 zum Berichtsjahr 2016 bzw. für Versicherte,

deren Anzahl der Versichertentage im Datenfeld 13 der Satzart 110 für das Berichtsjahr 2017 größer 0 ist, mindestens ein Datensatz in die Satzart 149 zum Berichtsjahr 2017 geschrieben.

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.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „149“ 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 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 bzw. 110 für das entsprechende Berichtsjahr (Korrekturmeldung 2016 / Erstmeldung 2017 bzw. Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten 2016 / 2017) gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Grenzgängerkennzeichen)

Grenzgänger sind, bzw. Grenzgänger ist, wer in Deutschland arbeitet und krankenversichert ist, im Ausland wohnt und in der Regel täglich, mindestens aber einmal wöchentlich, in den Wohnstaat zurückkehrt.

0 = keine Kennzeichnung als Grenzgänger bei der Krankenkasse vorhanden bzw. bekannt.

1 = bei diesem Versicherten ist im Laufe des Berichtsjahres das Grenzgängerkennzeichen entsprechend der Kennzeichnung auf den Vordrucken in Anlage 1.4 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V gesetzt worden.

9 = Kennzeichen wird technisch nicht erfasst.

f) Zu Datenfeld 6 (Länderkennzeichen des Wohnstaates)

Es ist das 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 19.10.2016 anzugeben. Das Datenfeld ist linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen.

Zuordnungstabelle: Länderangaben zu Auslandsvordrucken des Datenfeldes 13 der Satzart 100 aus Anlage 1.4. der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V:

| 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 |
| Estland | EST | EST | EE |
| Finnland | FIN | FIN | FI |
| Frankreich | F | FRA | FR |
| Griechenland | GR | GRC | GR |
| Großbritannien ¹ | 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 |
| Schweden | S | SWE | SE |
| Slowakei | SK | SVK | SK |
| Slowenien | SLO | SVN | SI |
| Spanien | E | ESP | ES |
| Tschechische Republik | CZ | CZE | CZ |

¹ Die Meldungen der zuständigen Träger können auch die Kennbuchstaben „UK“ (Vereinigtes Königreich) enthalten. Auch in diesen Fällen ist „GB“ als Länderkennzeichen in der Satzart 149 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 |
|--|--|-------------------------|-------------------------|
| 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 |
| Mazedonien | MK | MKD | MK |
| Türkei | TR | TUR | TR |
| Tunesien | TN | TUN | TN |

g) Zu Datenfeld 7 (Auslandsversichertentage)

Es ist die Anzahl an Auslandsversichertentagen des Aufenthalts im Wohnstaat aus Datenfeld 6 in Verbindung mit dem Status aus Datenfeld 5 zu melden. Bei einem Aufenthaltsland und einem Grenzgängerstatus entspricht dieser Wert den Tagen, die in der Satzart 100 bzw. 110 gemeldet werden. Bei mehreren Aufenthaltsländern und/oder eines im Jahresverlauf wechselnden Grenzgängerstatus (Teilzeitraum mit Kennzeichnung 0, Teilzeitraum mit Kennzeichnung 1) ist je Teilzeitraum eine Datenzeile mit der zugehörigen Anzahl an Auslandsversichertentagen zu melden, deren Summe wiederum den Tagen, die in der Satzart 100 bzw. 110 gemeldet werden, entspricht.

5. Form der Datenlieferung der Krankenkassen/ Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband bzw. des GKV- Spitzenverbandes an das BVA

Die Datenlieferungen der Satzart 149 erfolgt nach den hier aufgeführten Kriterien:

5.1 Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzart 149) 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 und
 einem Nachlaufsatz

bestehen.

Jede logische Datei darf nur Daten der Satzart 149 (mit einem Vor- und einem Nachlaufsatz) enthalten.

5.2 Satzbeschreibungen

Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart.

Aufbau des Vorlaufsatzes

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚VOSZ‘ als Kennzeichen für den Vorlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | ‚149‘ entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Dateibezeichnung | 12 | 20 | 9 | alphanumerisch | 12–15 ‚HHVG‘ 16–19 Meldejahr JJJJ 20–20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung, 2 = 1. Berichtigungs- meldung usw. |
| 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 auf 5 Stellen aufzufüllen. |

Datensatz, Satzart 149

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, die in Abschnitt 4.1 vorgegeben wurde.

Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzart 149 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚NCSZ‘ als Kennzeichen für den Nachlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | ‚149‘ entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Anzahl der Datensätze | 12 | 20 | 9 | numerisch | Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart |
| 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. |

Anlage 6.2: Datenmeldung zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Sondererhebung zum Krankengeldbezug

1. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 6.2 ist für das Schlüsseljahr 2018/2019 gültig. Die Sondererhebung bezieht sich ausschließlich auf die Berichtsjahre 2016 und 2017.

2. Erhebungszeitraum

Die Krankenkassen ermitteln die Daten gem. § 269 Abs. 3b SGB V für die Berichtsjahre 2016 und 2017 einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums.

3. Vorlagetermine

Die Krankenkassen stellen die Daten der Satzarten 303, 304 und 305 für das Berichtsjahr 2016 spätestens bis zum 31.05.2018 und für das Berichtsjahr 2017 spätestens bis zum 31.07.2018 dem GKV-Spitzenverband analog 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 15.06.2018 für das Berichtsjahr 2016 und spätestens bis zum 15.08.2018 für das Berichtsjahr 2017 an das BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

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. 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.

4. Definition und Inhalt der Satzarten 303 bis 305

4.1 Beitragspflichtige Einnahmen und Angaben zur Beschäftigung (Satzart 303)

| Feld- | Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|-------|-----|--|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | | von | bis | Stellen | | |
| | 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „303“ |
| | 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 | Beitragsberechnungsgrundlage | 54 | 54 | 1 | numerisch | Vorliegen von beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit = 1 selbstständiger Tätigkeit (ohne KSVG) = 2 Beitragspflichtige Einnahmen für Künstler und Publizisten nach KSVG = 3 Beitragspflichtige Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld I = 4 Fehlende beitragspflichtige Einnahmen bei dem Bezug von Arbeitslosengeld I = 5 |
| | 6 | Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen | 55 | 68 | 14 | numerisch | Höhe der versichertenbezogenen beitragspflichtigen Einnahmen |
| | 7 | Tätigkeitsschlüssel | 69 | 77 | 9 | numerisch | Tätigkeitsschlüssel nach § 28a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB IV |

| Feld- | | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|-------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| Nr. | Feld | von | bis | Stellen | | |
| 8 | Beschäftigungsbetrieb | 78 | 85 | 8 | numerisch | Die dem Beschäftigungs- betrieb des Versicherten zugeordnete Betriebs- nummer nach § 28a Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 SGB IV |
| 9 | Zeitraum-Beginn | 86 | 93 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| 10 | Zeitraum-Ende | 94 | 101 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |

Erläuterungen zur Satzart 303 (Beitragspflichtige Einnahmen und Angaben zur Beschäftigung)

Vorbemerkung:

Gemäß § 269 Abs. 3b SGB V sind folgende beitragspflichtige Einnahmen zu melden: aus nichtselbstständiger Tätigkeit gemäß § 28a Abs. 3 Satz 2 SGB IV Nr. 2, aus selbstständiger Tätigkeit und aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III. Außerdem sind Tätigkeitsschlüssel nach § 28a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB IV und die dem Beschäftigungsbetrieb des Versicherten zugeordnete Betriebsnummer nach § 28a Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 SGB IV zu melden.

Die Daten für die Satzart 303 (Beitragspflichtige Einnahmen und Angaben zur Beschäftigung) werden versichertenbezogen (und nicht nur auf die Krankengeldfälle beschränkt) gemeldet. Grundsätzlich sollte für jeden Versicherten, der in der Satzart 100 mindestens einen Tag Krankengeldanspruch hat, mindestens ein Datensatz in der Satzart 303 gemeldet werden. Für Versicherte, für die keine Informationen zur Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen vorliegen, wird kein Datensatz in der Satzart 303 gemeldet (ausgenommen davon ist der Bereich ALG I). Für die in den Datenfeldern 6 bis 10 anzugebenden Informationen aus nichtselbstständiger Tätigkeit ist pro nicht stornierte Entgeltmeldung ein Datensatz aufzubauen. Für Mehrfachbeschäftigte sind je Beschäftigungsbetrieb die entsprechenden Datensätze zu melden.

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.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „303“ 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 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für das entsprechende Berichtsjahr (Korrekturmeldung 2016 / Erstmeldung 2017) gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Beitragsberechnungsgrundlage)

Es ist versicherten- und zeitraumbezogen das Vorliegen beitragspflichtiger Einnahmen zu melden.

1 = beitragspflichtige Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit gemäß § 28a Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 SGB IV.

2 = beitragspflichtige Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (ohne KSVG).

3 = beitragspflichtige Einnahmen für Künstler und Publizisten nach KSVG gemäß § 28a Abs. 13 SGB IV.

4 = beitragspflichtige Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld I gemäß § 136 SGB III.

5 = fehlende beitragspflichtige Einnahmen bei dem Bezug von Arbeitslosengeld I gemäß § 136 SGB III.

Meldegründe zu 1:

Es sind die beitragspflichtigen Einnahmen aus folgenden DEÜV-Meldungen mit den Gründen 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 49, 50 51, 52, 53, 54, 57, 70, 71, 72 zu melden.

Meldegründe zu 2:

Es handelt sich um das Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV. Es werden die krankengeldrelevanten Einkommen aus selbstständiger Arbeit gemeldet. Weitere Einkünfte, die nicht zur Berechnung des Krankengeldes herangezogen werden, sind nicht zu berücksichtigen. Es handelt sich um einen monatlichen Betrag für den vorliegenden Zeitraum, der sich aus den Datenfeldern 9 und 10 ergibt.

Sofern sich das relevante monatliche Arbeitseinkommen unterjährig verändert, ist ein entsprechender neuer Datensatz zu melden.

Meldegründe zu 3:

Es handelt sich um das Meldeverfahren von der Künstlersozialkasse (KSK) zur Krankenkasse mit dem Abgabegrund = 01. Es ist jede monatliche Meldung im Berichtsjahr zu melden.

Meldegründe zu 4:

Es sind die beitragspflichtigen Einnahmen aus folgenden DÜBAK-Meldungen mit Beendigungsgrund: 12, 19, 26, 81 zu übermitteln.

Bei den beitragspflichtigen Einnahmen handelt es sich bei den DÜBAK-Beendigungsgründen 12, 19, 26, 81 um einen kalendertäglichen Betrag für den vorliegenden Zeitraum, der sich aus den Datenfeldern 9 und 10 ergibt.

Meldegründe zu 5:

Für die DÜBAK–Beendigungsgründe 11, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 55, 82, 86, 91, 92 liegen keine Informationen zu den beitragspflichtigen Einnahmen vor. Sofern es sich um eine offene Mitgliedszeit des Bezuges von Arbeitslosengeld I mit den DÜBAK–Anmeldegründen 10, 11 oder 13 handelt, die innerhalb des Berichtsjahres nicht beendet wird, ist im Datenfeld Beitragsberechnungsgrundlage die Ziffer 5 anzugeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen)

Es ist versicherten– und zeitraumbezogen die Höhe der in den Datenfeldern 9 und 10 eingegrenzten beitragspflichtigen Einnahmen zu melden. Davon ausgenommen sind die Zeitraumbezüge der Meldegründe zu 2 und 4 aus Datenfeld 5.

Beim Meldegrund 2 handelt es sich um einen monatlichen Betrag, selbst wenn der Zeitraum einen Monat unter– oder überschreitet.

Beim Meldegrund 4 handelt es sich immer um einen kalendertäglichen Betrag, der für den aus Datenfeld 9 und 10 begrenzten Zeitraum Gültigkeit besitzt.

Die Beträge sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben. Wenn in Datenfeld 5 der Wert 5 vorliegt, wird das Feld mit dem Wert „99999999999999“ gemeldet.

g) Zu Datenfeld 7 (Tätigkeitsschlüssel)

Es ist beim Meldegrund 1 im Datenfeld 5 (Beitragsberechnungsgrundlage) versicherten– und zeitraumbezogen der dem Versicherten zuzuordnende neunstellige Tätigkeitsschlüssel, kodiert nach dem Schlüsselverzeichnis für die Angaben zur Tätigkeit der Bundesagentur für Arbeit Ausgabe 2010, des in den Datenfeldern 9 und 10 eingegrenzten Zeitraums zu melden. Bei Mehrfachbeschäftigten werden entsprechend viele Datensätze gemeldet. Wenn für das entsprechende Berichtsjahr keine

Information über den Tätigkeitsschlüssel vorliegt, wird das Datenfeld mit „99999999“ befüllt.

h) Zu Datenfeld 8 (Beschäftigungsbetrieb)

Es ist beim Meldegrund 1 im Datenfeld Beitragsberechnungsgrundlage die Betriebsnummer der meldenden Stelle des Versicherten, vergeben von der Bundesagentur für Arbeit oder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, des in den Datenfeldern 9 und 10 eingegrenzten Zeitraums zu melden. Wenn für das entsprechende Berichtsjahr keine Information über den Beschäftigungsbetrieb vorliegt, wird das Datenfeld mit „99999999“ befüllt.

i) Zu Datenfeld 9 (Zeitraum-Beginn)

Es ist das jeweilige Zeitraum-Beginn-Datum aus der DÜBAK-, DEÜV-Meldung oder der Meldung der KSK bzw. der Beitragseinstufung für die Meldungen aus der in Datenfeld 5 definierten Beitragsberechnungsgrundlage zu melden. Sofern dieser Tag vor der Berichtsperiode liegt, ist der Wert 01.01. des Berichtsjahres zu melden.

j) Zu Datenfeld 10 (Zeitraum-Ende)

Es ist das jeweilige Zeitraum-Ende-Datum aus der DÜBAK, DEÜV oder der Meldung der KSK, bzw. der Beitragseinstufung für die Meldungen aus der in Datenfeld 5 definierten Beitragsberechnungsgrundlage zu melden. Sofern dieser Tag nach der Berichtsperiode liegt oder die Meldung noch offen ist, ist der Wert 31.12. des Berichtsjahres zu melden.

4.2 AU-Fälle (Satzart 304)

| Feld- | Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|-------|-----|---|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | | von | bis | Stellen | | |
| | 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „304“ |
| | 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 | Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V | 54 | 54 | 1 | numerisch | Nein = 0 Ja = 1 |
| | 6 | Beginn AU | 55 | 62 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| | 7 | Ende AU | 63 | 70 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| | 8 | Beginn des Krankengeldbezuges | 71 | 78 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| | 9 | Ende des Krankengeldbezuges | 79 | 86 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| | 10 | Krankengeldausgaben | 87 | 100 | 14 | numerisch | Höhe der fallbezogenen KG-Ausgaben |
| | 11 | Vorzeichen bezüglich Krankengeld | 101 | 101 | 1 | alphanumerisch | „+“ = positiver Wert „-“ = negativer Wert |
| | 12 | Krankengeldbezugstage | 102 | 104 | 3 | numerisch | Krankengeldzahltag für den mit den Datenfeldern 13 und 14 abgegrenzten Zahlungszeitraum |
| | 13 | Beginn Zahlungszeitraum | 105 | 112 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| | 14 | Ende Zahlungszeitraum | 113 | 120 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| | 15 | Zahlungszeitpunkt | 121 | 128 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |

Erläuterungen zur Satzart 304 (AU-Fälle)

Vorbemerkung:

Als eigenständiger AU-Fall gilt jeder Zeitraum ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit unabhängig vom tatsächlichen Krankengeldbezug. Für die Zuordnung eines AU-Falles zu einem Berichtsjahr entscheidend sind Beginn und Ende der AU-Bescheinigung. Es sind all diejenigen AU-Fälle zu melden, die zeitlich ganz oder teilweise im Berichtsjahr liegen. Es sind somit auch diejenigen Fälle zu melden, deren Beginn und/oder deren Ende nicht in das Berichtsjahr fallen, sofern diese im Berichtszeitraum zu einer AU für die Dauer von mindestens einem Tag geführt haben.

Als eigenständiger Krankengeldbezugsfall (KG-Bezugsfall) gilt jeder Zeitraum ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit, für den auch eine Krankengeldleistung gezahlt wurde. Für die Zuordnung eines KG-Bezugsfalles zu einem Berichtsjahr entscheidend sind Beginn und Ende des KG-Bezugs und auch Beginn und Ende des Zahlungszeitraums. Es sind all diejenigen Zahlungszeiträume eines KG-Bezugsfalles zu melden, die zeitlich ganz oder teilweise im Berichtsjahr liegen. Es sind somit auch diejenigen Zahlungszeiträume zu melden, deren Beginn und/oder deren Ende nicht in das Berichtsjahr fallen, sofern mindestens ein Tag des Zahlungszeitraums im Berichtsjahr liegt. Die Zahlungszeiträume eines KG-Bezugsfalls sind zusätzlich auch in dem Berichtsjahr zu melden, in dem der Zahlungszeitpunkt liegt. Zeiträume in einem KG-Bezugsfall ohne Zahlungen sind nicht zu melden.

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.

Krankenkassen, die Versicherte mit AU-Fällen ohne Krankengeldbezug melden, melden einen Datensatz, in dem alle Felder außer Satzart, Berichtsjahr, Betriebsnummer, Versichertenpseudonym, Beginn AU und Ende AU mit NULLEN aufgefüllt sind.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „304“ 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 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für das entsprechende Berichtsjahr (Korrekturmeldung 2016/Erstmeldung 2017) gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V)

0 = Nein

1 = Ja

f) Zu Datenfeld 6 (Beginn AU)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des ersten Tages der Arbeitsunfähigkeit zu melden. Im Falle von Krankengeldanspruch bei Erkrankung eines Kindes ist der erste Tag der Krankschreibung einzutragen (entspricht dem Beginn des Krankengeldbezuges/Datenfeld 8). Sofern dieser Tag vor der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen kleineren Wert annehmen als den 01.01. des Berichtsjahres. Der früheste AU-Beginn ist der 01.01.2013. AU-Fälle, die vor dem 01.01.2013 beginnen, sind nicht zu selektieren.

g) Zu Datenfeld 7 (Ende AU)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit zu melden. Im Falle von Krankengeldanspruch bei Erkrankung eines Kindes ist der letzte Tag der Krankschreibung einzutragen (entspricht dem Ende des Krankengeldbezuges/Datenfeld 9). Sofern das Enddatum zum Zeitpunkt der Satzarterstellung noch offen ist, ist der Wert „99999999“ zu melden. In Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit über das Berichtsjahr hinausgeht, die also zum Ende des Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen sind, darf das Datum einen höheren Wert als den 31.12. des Berichtsjahres annehmen. In Fällen in denen die Arbeitsunfähigkeit vor dem Berichtsjahr endet und der Zahlungszeitpunkt im Berichtsjahr liegt, darf das Datum auch einen kleineren Wert als den 01.01. des Berichtsjahres annehmen.

h) Zu Datenfeld 8 (Beginn des Krankengeldbezuges)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des ersten Krankengeldbezuges in einem AU-Fall zu dokumentieren. Im Falle von Krankengeldanspruch bei Erkrankung eines Kindes ist der erste Tag der Krankschreibung einzutragen (entspricht dem Beginn der AU/Datenfeld 6). Sofern der Beginn vor der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen kleineren Wert annehmen als den 01.01. des Berichtsjahres. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

i) Zu Datenfeld 9 (Ende des Krankengeldbezuges)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des letzten Tages des Krankengeldbezuges in einem AU-Fall zu dokumentieren. Im Falle von Krankengeldanspruch bei Erkrankung eines Kindes ist der letzte Tag der Krankschreibung einzutragen (entspricht dem Ende der AU/Datenfeld 7). Sofern dieser Tag außerhalb der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch außerhalb des Berichtsjahres liegen, darf jedoch nicht das AU-Ende überschreiten. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

Für Fälle, die zum Zeitpunkt der Satzarterstellung noch nicht abgeschlossen sind, ist das Datenfeld mit dem Wert „99999999“ zu befüllen.

j) Zu Datenfeld 10 (Krankengeldausgaben)

Es sind versicherten- und fallbezogen die Krankengeldausgaben für den mit den Datenfeldern 13 und 14 abgegrenzten Zahlungszeitraum zu melden. Es sind alle Krankengeldzahlungen zu melden, für die mindestens eines der Daten aus den Datenfelder 13, 14 oder 15 im Berichtsjahr liegt. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

Es werden nur Ausgaben gemeldet, die grundsätzlich aus einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 und 45 SGB V resultieren.

Die Meldung der Krankengeldausgaben erfolgt analog zur Anlage 1.1. der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V (Kontengruppe 47).

Die Beträge sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben.

k) Zu Datenfeld 11 (Vorzeichen bezüglich Krankengeld)

Wenn keine Krankengeldausgaben für den Datensatz vorhanden sind, ist das Datenfeld 11 mit „-“ zu befüllen.

l) Zu Datenfeld 12 (Krankengeldbezugstage)

Es sind die Krankengeldzahltag für den mit den Datenfeldern 13 und 14 abgegrenzten Zahlungszeitraum zu melden. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

m) Zu Datenfeld 13 (Beginn Zahlungszeitraum)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des ersten Zahltag der in Datenfeld 10 nachgewiesenen Krankengeldausgaben zu dokumentieren. Sofern dieser Tag vor der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen kleineren Wert annehmen als den 01.01. des Berichtsjahres. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

n) Zu Datenfeld 14 (Ende Zahlungszeitraum)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des letzten Zahltag der in Datenfeld 10 nachgewiesenen Krankengeldausgaben zu dokumentieren. Dieses Datum kann außerhalb der Berichtsperiode liegen. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

o) Zu Datenfeld 15 (Zahlungszeitpunkt)

Es ist das Auszahlungsdatum (Anweisungsdatum) der in Datenfeld 10 nachgewiesenen Krankengeldausgaben zu melden. Wenn keine Krankengeldausgaben für den AU-Fall vorhanden sind, ist das Datenfeld mit NULLEN aufzufüllen.

4.3 AU–Diagnosen (Satzart 305)

| Feld– Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Satzart | 1 | 3 | 3 | numerisch | konstant „305“ |
| 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 | Diagnose | 54 | 60 | 7 | alphanumerisch | nach ICD 10 GM |
| 6 | Feststellungsdatum | 61 | 68 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| 7 | Beginn AU | 69 | 76 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| 8 | Diagnoseherkunft | 77 | 77 | 1 | numerisch | Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V = 0 Krankenhaus- und Reha-Diagnosen = 1 Herkunft der Diagnose nicht eindeutig differenzierbar = 9 |
| 9 | Diagnose von | 78 | 85 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |
| 10 | Diagnose bis | 86 | 93 | 8 | numerisch | JJJJMMTT |

Erläuterungen zur Satzart 305 (AU–Diagnosen)

Vorbemerkung:

Die in der Satzart 305 gemeldeten Datensätze müssen mit der Satzart 304 verknüpfbar sein. Liegt keine Diagnoseinformation zu einem in der Satzart 304 gemeldeten AU–Fall vor, ist kein Datensatz zu melden. Für Fälle in der Satzart 304, die im Datenfeld 5 (Krankengeld bei Erkrankung des Kindes) den Wert 1 annehmen, wird die Satzart 305 nicht befüllt. Es sind auch Diagnosen

zu übermitteln, die aus Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Vorjahres bzw. des Folgejahres stammen, sofern diese einem dem Berichtsjahr zugeordneten AU- bzw. KG-Bezugsfall zuzurechnen sind.

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.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „305“ 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 der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym muss bereits in der Satzart 100 für das entsprechende Berichtsjahr (Korrekturmeldung 2016/Erstmeldung 2017) sowie in der Satzart 304 gemeldet worden sein (s. a. Datenfeld 7 „Beginn AU“)

e) Zu Datenfeld 5 (Diagnose)

Es sind alle dem AU-Fall zuzuordnenden ärztlichen Diagnosen, kodiert nach ICD 10 GM, einzutragen. Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A-Z) enthalten. Die Stellen zwei bis drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten. Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "*", "+", "-" und "#".

f) Zu Datenfeld 6 (Feststellungsdatum)

Grundsätzlich ist das Datum der erstmaligen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit der entsprechenden ärztlichen AU-Bescheinigung zu melden. Ist dies aus technischen Gründen nicht möglich, so kann auch das jeweilige AU-Beginndatum übermittelt werden. Bei AU-Fällen, die mit einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer Reha beginnen, ist das zugehörige Aufnahme- bzw. Beginndatum zu übermitteln.

g) Zu Datenfeld 7 (Beginn AU)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des ersten Tages der Arbeitsunfähigkeit analog zum Datenfeld 6 der Satzart 304 zu melden.

Für jeden Datensatz in der SA 305 muss in der SA 304 ebenfalls ein Datensatz erstellt worden sein, denn die Verknüpfbarkeit der beiden Satzarten wird über das Feld „Beginn AU“ gewährleistet.

h) Zu Datenfeld 8 (Diagnoseherkunft)

0 = Diagnosen nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

1 = Krankenhaus- und Reha-Diagnosen

9 = Herkunft der Diagnose ist technisch nicht eindeutig differenzierbar.

i) Zu Datenfeld 9 (Diagnose von)

Es ist das erste Auftreten der Diagnose innerhalb des AU-Falles zu melden. Sofern die Diagnose innerhalb des AU-Falles wegfällt und zu einem späteren Zeitpunkt erneut auftritt, ist zusätzlich der Beginn des

neuen Auftretens zu melden. Sofern die Diagnose aus verschiedenen Datenquellen nach Datenfeld 8 unterschieden wird, ist auch hier jeder Beginn gesondert darzustellen. Bei AU-Fällen mit einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer Reha ist das zur Diagnose zugehörige Aufnahme- bzw. Beginndatum zu übermitteln. Sofern dieser Tag vor der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen kleineren Wert als den 01.01. des Berichtsjahres annehmen. Sofern dieser Tag nach der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen größeren Wert als den 31.12. des Berichtsjahres annehmen.

j) Zu Datenfeld 10 (Diagnose bis)

Es ist das letztmalige dokumentierte Auftreten der Diagnose innerhalb des AU-Falles zu melden. Hierfür ist das Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ der AU-Bescheinigung heranzuziehen. Sofern die Diagnose innerhalb des AU-Falles wegfällt und zu einem späteren Zeitpunkt erneut auftritt, ist zusätzlich das Ende, gemessen am Beginn des neuen Auftretens zu melden. Sofern die Diagnose aus verschiedenen Datenquellen nach Datenfeld 8 unterschieden wird, ist auch hier jedes Ende gesondert darzustellen. Bei AU-Fällen mit einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer Reha ist das zur Diagnose zugehörige Entlass- bzw. Enddatum zu übermitteln. Sofern dieser Tag nach der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen größeren Wert als den 31.12. des Berichtsjahres annehmen. Sofern ein AU-Fall zum Zeitpunkt der Satzarterstellung nicht abgeschlossen ist, kann auch der Wert „99999999“ gemeldet werden. Dies gilt nur für die weiterhin bestehenden Diagnosen, und nicht für solche Diagnosen, die bereits "endgültig" weggefallen sind und ein echtes Ende-Datum haben.

5. Form der Datenlieferung der Krankenkassen/ Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband bzw. des GKV- Spitzenverbandes an das BVA

Die Datenlieferungen der Satzarten 303 bis 305 erfolgen nach den hier aufgeführten Kriterien:

5.1 Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzarten 303 bis 305) 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 und
 einem Nachlaufsatz

bestehen.

Jede logische Datei darf nur Daten der Satzart 303, der Satzart 304 oder der Satzart 305 (jeweils mit einem Vor- und einem Nachlaufsatz) enthalten.

5.2 Satzbeschreibungen

Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart.

Aufbau des Vorlaufsatzes

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|------------------|---------|-----|---------|-----------------|--|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ,VOSZ' als Kennzeichen für den Vorlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | ,303', ,304' oder ,305' entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Dateibezeichnung | 12 | 20 | 9 | alphanumerisch | 12-15 ,HHVG' 16-19 Meldejahr JJJJ 20-20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung, 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw. |
| 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 auf 5 Stellen aufzufüllen. |

Datensatz, Satzart 303

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, die in Abschnitt 4.1 vorgegeben wurde.

Datensatz, Satzart 304

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, die in Abschnitt 4.2 vorgegeben wurde.

Datensatz, Satzart 305

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, die in Abschnitt 4.3 vorgegeben wurde.

Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 303, 304 bzw. 305 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes

| Feld- Nr. | Feld | Stellen | | | Feldeigenschaft | Inhalt bzw. Erläuterung |
|--------------|-----------------------|---------|-----|---------|-----------------|---|
| | | von | bis | Stellen | | |
| 1 | Konstante | 1 | 4 | 4 | alphanumerisch | ‚NCSZ‘ als Kennzeichen für den Nachlaufsatz |
| 2 | Satzart | 5 | 7 | 3 | numerisch | ‚303‘, ‚304‘ oder ‚305‘ entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart |
| 3 | Berichtsjahr | 8 | 11 | 4 | numerisch | JJJJ |
| 4 | Anzahl der Datensätze | 12 | 20 | 9 | numerisch | Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart |
| 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. |

Anlage 6.3: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu § 26 der Bestimmung)

0. Gültigkeit:

Diese Version der Anlage 6.3 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2018/2019.

1. Vorbemerkung:

Gem. § 269 Abs. 3b und 3c SGB V übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband die unter Anlage 6.1 und 6.2 beschriebenen Daten zur Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt (BVA) für das Folgegutachten zu den Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten als auch zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld. Bei den zu überprüfenden Datenmeldungen handelt es sich um die Satzarten 149, 303, 304 und 305.

In Anlage 6.3 werden die Plausibilitätsprüfungen erläutert, die von jeder Krankenkasse und dem GKV-Spitzenverband vorzunehmen sind. Entsprechend der Anlage 2.1 werden die Prüfungen durch die Krankenkassenorganisationen vorgenommen, sofern eine Datenmeldung der Krankenkasse über diese an den GKV-Spitzenverband erfolgt. Die Anlage 6.3 beinhaltet einheitlich von allen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband einzuhaltende Mindestkriterien, über die seitens des GKV-Spitzenverbandes vor oder mindestens zeitnah zu der Datenübergabe an das BVA eine schriftliche Erklärung abgegeben wird. In der Plausibilitätserklärung ist ein abschließendes Votum abzugeben, wie mit den Daten verfahren werden soll und ob die abgegebenen Daten plausibel sind. Für den Fall, dass eine Krankenkasse keine Datenmeldung vornehmen konnte, ist dies unter Nennung der Krankenkasse (mit Betriebsnummer) und der Gründe dem BVA schriftlich mitzuteilen.

Datensätze, die nicht dem formalen Aufbau entsprechen, sind vor Weiterleitung an den GKV-Spitzenverband und an das BVA zu entfernen. Dazu gehören fehlerhaft belegte Felder (z. B. alphanumerische Belegung statt einer nu-

merischen Belegung, fehlerhafter Aufbau der Diagnose usw.). Datensätze mit einer fehlerhaften Satzlänge, Fehler im Vor- oder im Nachlaufsatz führen beim GKV-Spitzenverband generell zu einer Komplettabweisung der Datei. Eine Berichtigungslieferung ist in diesem Falle erforderlich.

Die im folgenden Abschnitt ausgeführten Prüfungen führen dazu, dass bei Auffälligkeiten die entsprechenden Datensätze nicht weitergeleitet werden. Der Datenabsender wird über die nicht weitergeleiteten Datensätze vom GKV-Spitzenverband vor Abgabe der Datenmeldung an das BVA informiert. Die Krankenkassen erhalten entsprechende Datensätze vom GKV-Spitzenverband aus den vorgenommenen Prüfungen zur Information nach der Abgabe der Datenmeldung an das BVA.

2. Satzart 149 – Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland–

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 (bzw. 110) enthalten sein.

b) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 (bzw. 110) zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 149 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 (bzw. 110) ist nicht gültig.

c) Grenzgängerkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“, „1“ oder „9“ annehmen.

d) Länderkennzeichen des Wohnstaates

Das Länderkennzeichen des Wohnstaates entspricht einem Länderkennzeichen aus Spalte 2 (Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“) der Zuordnungstabelle aus Anlage 6.1. zu diesem Datenfeld.

e) Auslandsversichertentage

Die Summe der je Pseudonym in der Satzart 149 gemeldeten Versichertenta-

ge im Ausland muss der Anzahl der in der Satzart 100 bzw. 110 für das jeweilige Pseudonym gemeldeten Versichertentage im Ausland entsprechen.

3. Satzart 303 – Beitragspflichtige Einnahmen und Angaben zur Beschäftigung –

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 303 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

c) Beitragsberechnungsgrundlage

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ bis „5“ annehmen.

d) Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen

Der Wertebereich der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen muss eingehalten werden. Ist die Beitragsberechnungsgrundlage = 5, dann nimmt der Feldinhalt den Wert „99999999999999“ an.

e) Tätigkeitsschlüssel

Der Wertebereich des Datenfeldes „Tätigkeitsschlüssel“ muss eingehalten werden. Ist der Wert „Beitragsberechnungsgrundlage“ ungleich 1, dann nimmt der Feldinhalt des Datenfeldes „Tätigkeitsschlüssel“ den Wert „999999999“ an.

f) Beschäftigungsbetrieb

Der Wertebereich des Datenfeldes „Beschäftigungsbetrieb“ muss eingehalten werden. Ist die Beitragsberechnungsgrundlage ungleich 1, dann nimmt der Feldinhalt des Datenfeldes „Beschäftigungsbetrieb“ den Wert „99999999“ an.

g) Zeitraum-Beginn

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen.
Das Datum darf nicht vor dem 01.01. des Berichtsjahres liegen

h) Zeitraum-Ende

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen.
Das Datum darf nicht nach dem 31.12. des Berichtsjahres liegen.

4. Satzart 304 - AU-Fälle-

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 304 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

c) Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

d) Beginn AU

Das Datenfeld darf nur die Form JJJMMTT annehmen.
Das Datum Beginn AU darf nicht vor dem 01.01.2013 liegen.

e) Ende AU

Das Datenfeld darf nur die Form JJJMMTT oder den Wert „99999999“ annehmen.

f) Beginn des Krankengeldbezuges

Das Datenfeld darf nur die Form JJJMMTT oder den Wert „00000000“ annehmen.

g) Ende des Krankengeldbezuges

Das Datenfeld darf nur die Form JJJMMTT oder die Werte „00000000“ und „99999999“ annehmen.

h) Krankengeldausgaben

Das Datenfeld muss numerisch sein.

i) Vorzeichen bezüglich Krankengeld

Der Wertebereich des Vorzeichens muss eingehalten werden. Der Feldinhalt darf nur „+“ oder „-“ annehmen.

j) Krankengeldbezugstage

Das Datenfeld muss numerisch sein.

k) Beginn Zahlungszeitraum

Das Datenfeld darf nur die Form JJJMMTT oder den Wert ‚00000000‘ annehmen. l) Ende Zahlungszeitraum

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT oder den Wert ‚00000000‘ annehmen.

m) Zahlungszeitpunkt

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT oder den Wert ‚00000000‘ annehmen.

5. Satzart 305 – AU-Diagnosen–

a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

b) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 305 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

Das zu einer gemeldeten AU-Diagnose korrespondierende Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 304 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 305 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 304 ist nicht gültig.

c) Diagnose, kodiert

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 "#".

d) Feststellungsdatum

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen.

e) Beginn AU

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen.

Das Datum Beginn AU darf nicht vor dem 01.01.2013 liegen.

f) Diagnoseherkunft

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“, „1“ oder „9“ annehmen.

g) Diagnose von

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen.

h) Diagnose bis

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT oder den Wert ‚99999999‘ annehmen.