

**Bestimmung
des GKV-Spitzenverbandes
nach
§ 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V
vom 14.12.2020**

**inkl. Beschreibung des Datenmeldeverfahrens
zur Durchführung des
Einkommensausgleichs
nach § 270a SGB V i. V. m.
§ 22 Abs. 2 und 4 RSAV**

Gliederungsübersicht:

Definitionen	5
Vorbemerkung	6
Erster Abschnitt: Datenerhebung nach §§ 7 und 9 RSAV	7
§ 1 Individualdaten	7
§ 2 Statusmerkmale	8
§ 3 Versicherungszeiten	8
§ 4 Erhebungsturnus	9
§ 5 Erhebungsregion	10
§ 6 aufgehoben	10
§ 7 Pseudonymisierung	10
§ 8 Meldeverfahren	11
§ 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung	12
Zweiter Abschnitt: Datenmeldung zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V	13
§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	13
§ 11 Erhebungsgebiet	13
§ 12 Erhebungsturnus	13
§ 13 Meldeverfahren	13
§ 14 Plausibilitätsprüfungen	14
Dritter Abschnitt: Schlussvorschriften	15
§ 15 Aufbewahrungsfristen	15
§ 16 Bindungswirkung	15
§ 17 Inkrafttreten und Kündigung	15
Anlagen zu dieser Bestimmung	16



Abkürzungen

AGG	= Alters-Geschlechts-Gruppe
AGS	= Amtlicher Gemeindeschlüssel
AJ	= Ausgleichsjahr
AQ	= Ausschöpfungsquote
BAS	= Bundesamt für Soziale Sicherung
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-FKG	= Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
GKV-SolG	= GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GSG	= Gesundheitsstrukturgesetz
HHVG	= Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
HLB	= Hauptleistungsbereich
IfSG	= Infektionsschutzgesetz
ITSG	= Informationstechnische Servicestelle der GKV GmbH
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
SA	= Strukturanpassung
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 § 267 SGB V bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nach § 267 Abs. 4 Satz 2 SGB V das Nähere über das Verfahren der Datenerhebung und -übermittlung. 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 § 22 Abs. 2 und 3 RSAV sowie das jährliche Meldeverfahren für die Anwendung des § 22 Abs. 4 RSAV beschrieben.



Erster Abschnitt: Datenerhebung nach §§ 7 und 9 RSAV

§ 1 Individualdaten

(1) Die gemäß §§ 7 und 9 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 werden abweichend zu § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres nicht erhoben.

(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 § 7 RSAV zu ermittelnden Versichertenstammdaten werden unter Berücksichtigung der §§ 1 und 2 RSAV, sowie nach § 267 Abs. 2 SGB V 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 § 7 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 § 24 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 § 7 Abs. 1 Satz 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 Beziehern einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung der erste Tag des sechsten Monats vor Beginn der Rente, bei Beziehern 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. 4b SGB V gilt und deren nach § 10 SGB V versicherten Angehörige sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche 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 § 7 Abs. 1 RSAV wird jährlich und auf das Ausgleichsjahr bezogen vorgenommen. Die Erstmeldung erfolgt bis zum 15. August an das BAS.

(2) Die Korrekturmeldung gem. § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 RSAV erfolgt bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BAS. Die

¹



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 § 9 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. § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV erfolgt bis zum 15. April des Meldejahres. Damit werden die Satzart 100-Versichertenstammdaten des gleichen Schlüsseljahres korrigiert. Das Nähere dazu ist in Anlage 1.4 geregelt.

§ 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. Sie erfolgt auf Grundlage der bundeseinheitlichen Krankenversicherungsnummer. Liegt keine bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer vor, gelten die Regelungen des Absatzes 3. Das schlüsselabhängige Verfahren mit jährlichem Schlüsselwechsel zum 15. April stellt sicher, dass jedem Versicherten unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit jeweils dasselbe Pseudonym zugeord-



net 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. Sobald der Krankenkasse eine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegt, ist diese für die Pseudonymisierung zu verwenden.

(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 § 7 Abs. 4 Satz 1 i. V. m. § 7 Abs. 5 Satz 2 RSAV hat der GKV-Spitzenverband die nach § 7 Abs. 1 RSAV erhobenen Daten vor Weiterleitung an das BAS 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 BAS 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 § 22 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 BAS weiter. Zur Durchführung des § 22 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 § 22 Abs. 2 und 3 RSAV wird monatlich durchgeführt.

(2) Die Erhebung der Daten zur Anwendung von § 22 Abs. 4 RSAV wird von den Krankenkassen jährlich durchgeführt.

§ 13 Meldeverfahren

Der GKV-Spitzenverband meldet die Daten nach § 22 Abs. 2 und 3 RSAV zum 5. eines Monats an das BAS. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach



§ 22 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 BAS.

§ 14 Plausibilitätsprüfungen

(1) Die Krankenkassen überprüfen die Daten nach § 22 Abs. 2 und 3 RSAV auf Richtigkeit und nehmen entsprechende Korrekturen vor, bevor die Daten vom GKV-Spitzenverband an das BAS 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 § 22 Abs. 4 RSAV auf Plausibilität. Details zu den Prüfungen werden in Anlage 1.5 dieser Bestimmung beschrieben.



Dritter Abschnitt: Schlussvorschriften

§ 15 Aufbewahrungsfristen

Der § 7 Abs. 2 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.

§ 16 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.

§ 17 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Bestimmung tritt am 15.04.2021 in Kraft und gilt für das Schlüsseljahr 2021/2022.

(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 BAS bekanntzugeben.



Anlagen zu dieser Bestimmung

Anlage 1.1 ₂₀₂₀ :	Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
Anlage 1.1 ₂₀₂₁ :	Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
Anlage 1.2:	aufgehoben
Anlage 1.3:	Pseudonymisierung (zu §§ 7 und 19 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 und 14 der Bestimmung)
Anlage 2.1:	Allgemeines zum Meldeverfahren nach §§ 8 und 13 der Bestimmung
Anlage 3.1:	Meldeverfahren zu § 22 Abs. 2 und 3 RSAV
Anlage 3.2:	Meldeverfahren zu § 22 Abs. 4 RSAV



Anlage 1.1₂₀₂₀:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2020

Ziel der Anlage 1.1₂₀₂₀ 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. § 15 Abs. 5 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 BAS abgestimmt und vom BAS zeitnah veröffentlicht.

A. Übersicht über die berücksichtigungsfähigen bzw. nicht berücksichtigungsfähigen Konten im Gesundheitsfonds nach §§ 12, 13 und 15 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)	(2)	(3)	(4)
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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. § 170 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) Standardisierte Leistungsaus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	310	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe			
	3100	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	--	--	--
32		Erstattungen und Einnahmen nach dem BVG, dem SGB V, dem SGB VI, 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 und dem SGB VI			
	3213	Erstattungen nach § 20 Abs. 4 SGB VI	P	--	--
	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 § 19 BVG n. F.			
	3250	Erstattungen nach § 19 BVG n. F.	P	--	--
	3252	Erstattungen nach § 19 BVG n. F. - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--
	326	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen			

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	
	3260	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V	--	--	--	--
	3262	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	3263	Erstattungen des Bundes nach § 21 Abs. 8 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
33		Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahlтарifen 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	--	--	--

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
	3402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	341	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V				
	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	--	--	--	--
	3721	Einnahmen aus vorübergehenden finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V	--	--	--	--
	3722	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 155 Abs. 3 SGB V	--	--	--	--
	3723	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V in der bis zum 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
	3724	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V in der bis zum 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
	3725	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V in der bis zum 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
	3726	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 166 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	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) Standardisierte Leistungsaus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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 -	--	--	--	--
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	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 39a und 42 RSAV sowie nach § 323 SGB V	--	--	--	--
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	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1)	(2)	(3)	(4)	
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme	
	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)	--	--	--	--
	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	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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	--	--
	4036 bis 4038	Ambulante Behandlung in Hochschulambulan- zen 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	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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	--	--	--
	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	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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	--	--	--
	431	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhausapotheken				
	4310	Mitglieder ohne Rentner	3			
	4311	Familienangehörige der Mitglieder	3			
	4312	Rentner und ihre Familienangehörigen	3			
	433	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter				
	4330	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
	4331	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
	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				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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					
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					

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 Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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	Physiotherapie –vertragsärztliche /vertrags- zahnärztliche Versorgung -					
4500 bis 4502	Physiotherapie – nur vertragsärztliche Versor- gung -					
4500	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4501	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4502	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
4503 bis 4505	Physiotherapie – nur vertragszahnärztliche Versorgung -					
4503	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4504	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4505	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 450, 454, 455, 459)					
4530	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4531	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4532	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
454	Ergotherapeutische Leistungen – nur vertrags- ärztliche 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 Spezi- alfachärztlichen 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	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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 Palli- ativversorgung (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	--	--	--
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 Krankenhausbehand- lung					
4610 bis 4612	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehand- lung (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 Kran- kenhausbehandlung					
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	--	--	--

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	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	--	--
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765)			
	4660 bis 4662	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765) – ohne Pflegepersonalkosten			
	4660	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--
	4661	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--
	4662	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--
	4663 bis 4665	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765) – Pflegepersonalkosten			
	4663	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--
	4664	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--
	4665	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--
	467	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen			
	4670	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4671	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4672	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
	468	Krankenhaus – Pflegepersonalkosten			
	4680	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4681	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4682	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 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			

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	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	--	--
	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	--	--
	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	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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) -				
	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 § 29 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	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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					
5152	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V - Altenteiler		--	--	--	--
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	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)					
5162						
5160	Mitglieder ohne Rentner		2	--	--	--
5161	Familienangehörige der Mitglieder		2	--	--	--
5162	Rentner und ihre Familienangehörigen		2	--	--	--
5163	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISch-GKVLV)					
5165						
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	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen)					
5182						
5180	Mitglieder ohne Rentner		--	X	--	--
5181	Familienangehörige der Mitglieder		--	X	--	--
5182	Rentner und ihre Familienangehörigen		--	X	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	5183 bis 5185	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regel- leistungen - 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 - Regel- leistungen -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 Modell- vorhaben / Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin				
	520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krank- heiten bei Kindern				
	5200	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
	5201	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
	5202	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
	521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebser- krankungen bei Frauen				
	5210	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
	5211	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
	5212	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
	522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebser- krankungen 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 Modellvor- haben				
	5260	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
	5261	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
	5262	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbrau- cher- und Patientenberatung sowie besonde- rer Therapieformen (§§ 65b und 65d SGB V)				
	5270	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5271	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--

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 Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	5272	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	528	Förderung der Weiterbildung in der Allgemein- medizin nach § 75a SGB V				
	5280 bis 5282	Förderung der Weiterbildung in der Allgemein- medizin nach § 75a SGB V - ambulanter Be- reich/Kompetenzzentren				
	5280	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
	5281	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
	5282	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
	5283 bis 5285	Förderung der Weiterbildung in der Allgemein- medizin nach § 75a SGB V - stationärer Be- reich				
	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 bis 5312	Krankenhausbehandlung – ohne Pflegeperso- nalkosten				
	5310	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
	5311	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
	5312	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
	5313 bis 5315	Krankenhausbehandlung – Pflegepersonal- kosten				
	5313	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
	5314	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
	5315	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				
	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, Be- handlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen				
	540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabili- tanden				
	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	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583)				
5420 bis 5422	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 bis 5425	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 bis 5435	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 bis 5445	Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V				
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 § 46 SGB IX i.V.m. § 79 SGB IX				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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 § 167 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	Arztliche 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	Stationäre Entbindung – ohne Pflegepersonal- kosten				
	5522					
	5520	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
	5521	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
	5522	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
	5523	Stationäre Entbindung – Pflegepersonalkosten bis				
	5525					
	5523	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
	5524	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
	5525	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
	553	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft o- der 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	--	--	--
	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	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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	--	--	--
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	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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 Rent- ner	1	--	--	--
	5702	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
	571	Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz				
	5710	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
	5711	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rent- ner	2	--	--	--
	5712	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
	572	Sachleistungen bei Dialyse				
	5720	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
	5721	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rent- ner	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 Rent- ner	3	--	--	--
	5732	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
	574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen				
	5740	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5741	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rent- ner	5	--	--	--
	5742	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	575	Hilfsmittel und digitale Versorgungsangebote				
	5750 bis 5752	Hilfsmittel				
	5750	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5751	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rent- ner	5	--	--	--
	5752	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	5753 bis 5755	Digitale Versorgungsangebote			
	5753	Mitglieder ohne Rentner	5		
	5754	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5		
	5755	Rentner und ihre Familienangehörigen	5		
	576	Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen			
	5760 bis 5762	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 bis 5765	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 / Digitale Gesundheitsanwendungen			
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP			
	5810	Mitglieder ohne Rentner	--	--	X
	5811	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	X
	5812	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	X
	582	Digitale Gesundheitsanwendungen			
	5820	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--
	5821	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--
	5822	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--
	583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP			
	5830	Mitglieder ohne Rentner	--	--	X
	5831	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	X

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) 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 / Umlage nach § 37 Abs. 2a SGB V / Umlagen nach § 150 Abs. 4 SGB XI und § 150a Abs. 7 SGB XI / Erstattungen nach § 87 a Abs. 3b SGB V				
	5900 bis 5902	Medizinischer Dienst				
	5900	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5901	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5902	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	5903 bis 5905	Umlage nach § 37 Abs. 2a SGB V				
	5903	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5904	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5905	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	5906	Umlagen nach § 150 Abs. 4 SGB XI und § 150a Abs. 7 SGB XI	5	--	--	--
	5907	Umlagen nach § 150 Abs. 4 SGB XI und § 150a Abs. 7 SGB XI - Altenteiler	--	--	--	--
	5908	Erstattungen an Kassenärztliche Vereinigungen nach § 87a Abs. 3b SGB V	1	--	--	--

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- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
5909	Erstattungen an Kassenärztliche Vereinigungen nach § 87a Abs. 3b SGB V - Altenteiler		--	--	--	--
591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 5900 bis 5902)					
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, § 42 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					
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	--	--	--

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

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

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

A.3

**Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen
der Krankenversicherung**

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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 Altersversorgungszusagen	--	--	--	--
	6033	Zuschreibungen zu Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 170 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 Wahlтарifen 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)	--	--	--	--
	634	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6401	Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 7 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
641	Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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, Aufwendungen des Gesundheitsfonds im Rahmen der COVID-19-Pandemie				
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	--	--	--	--
6721	Ausgaben für vorübergehende finanzielle Hilfen nach § 164 SGB V	--	--	--	--
6722	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 155 Abs. 3 SGB V	--	--	--	--
6723	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V in der bis 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
6724	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V in der bis 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
6725	Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V in der bis 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
6726	Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 166 SGB V	--	--	--	--
675	Aufwendungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“				
6750	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 4 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
6751	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 5 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6752	Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 d SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6753	Ausgleichszahlungen für Heilmittelbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV (Gesundheitsfond)	--	--	--	--
6754	Zuschussbeträge für soziale Dienstleister nach § 9 SodEG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6755	Aufwendungen für Testung auf Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20i Abs. 3 Satz 2 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
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	--	--	--	--
6777	Zuweisungen – Strukturanpassungen – Gesundheitsfonds	--	--	--	--
678	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds)				
6787	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 39a und 42 RSAV sowie nach § 323 SGB V (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	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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	--
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	Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur				
6970	Elektronische Gesundheitskarte	--	--	X	--
6971	Telematikinfrastruktur – umlagefinanziert		X		
6972	Telematikinfrastruktur – direkt finanziert	4			
6973	Umlage zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik			X	
6974	Elektronische Patientenakte			X	
698	Finanzielle Unterstützung elektronischer Kommunikation und Entwicklung digitaler Innovationen				
6980	Sonstige Aufwendungen für finanzielle Unterstützung elektronischer Kommunikation und Entwicklungen digitaler Innovationen	--	--	X	--
699	Ubrige Aufwendungen				
6990	Ubrige 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	Verwaltungs- kosten	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	Verwaltungs- kosten	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 Leistungs-ausgaben	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	--
	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				
	7390	Sonstige Vergütungen an andere	--	--	X	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs-ausgaben	Satzungs- u. Ermessens-leistungen	Verwaltungs-kosten	Strukturierte Behandlungs-programme
	7391	Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 6 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	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	--	--	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	--
	767	Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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 2020

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

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2020:

	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 2020:

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, Konto 5908
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 431, 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 468, KA 469, KA 486, Konten 5283 bis 5285, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konten 5760 bis 5762, KA 594, Konto 6972

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 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 582, 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 2020:

	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, Konto 6971

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

	Zuweisungsfähige Verwaltungskosten	
	Summe aus	KA 593, KA 691, KA 694, KA 695, KA 698, Konten 6970, 6973 und 6974, 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 § 15 Abs. 5 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 2020:

(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 BAS 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 sowie nach § 20 Abs. 4 SGB VI	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 1.1₂₀₂₁:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2021

Ziel der Anlage 1.1₂₀₂₁ 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. § 15 Abs. 5 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 BAS abgestimmt und vom BAS zeitnah veröffentlicht.

A. Übersicht über die berücksichtigungsfähigen bzw. nicht berücksichtigungsfähigen Konten im Gesundheitsfonds nach §§ 12, 13 und 15 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)	(2)	(3)	(4)
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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. § 170 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 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 SGB VI, 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 und dem SGB VI			
	3213	Erstattungen nach § 20 Abs. 4 SGB VI	P	--	--
	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 § 19 BVG n. F.			
	3250	Erstattungen nach § 19 BVG n. F.	P	--	--
	3252	Erstattungen nach § 19 BVG n. F. - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--
	326	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen			

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	
	3260	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V	--	--	--	--
	3262	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	3263	Erstattungen des Bundes nach § 21 Abs. 8 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
33		Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahlтарifen 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	--	--	--

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
	3402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	341	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V				
	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	--	--	--	--
	3721	Einnahmen aus vorübergehenden finanziellen Hilfen nach § 164 SGB V	--	--	--	--
	3722	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 155 Abs. 3 SGB V	--	--	--	--
	3723	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V in der bis zum 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
	3724	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V in der bis zum 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
	3725	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V in der bis zum 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
	3726	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 166 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	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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 -	--	--	--	--
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	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 39a und 42 RSAV sowie nach § 323 SGB V	--	--	--	--
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	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1)	(2)	(3)	(4)	
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme	
	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)	--	--	--	--
	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	Ärztliche Behandlung (ohne 4003)	1	--	--	--
	4003	Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen	1	--	--	--
	401	Ambulantes Operieren (ohne 462)				
	4010	Ambulantes Operieren (ohne 462)	1	--	--	--
	402	Dialyse-Sachkosten				
	4020	Dialyse-Sachkosten	7	--	--	--
	403	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen				
	4030	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen	1	--	--	--
	4033	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V	1	--	--	--
	4036	Ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V	1	--	--	--
	404	Ärztliche Leistungsaufwendungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme				
	4040	Ärztliche Leistungsaufwendungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043)	--	--	--	X

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	4043	Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V	--	--	--	X
	405	Soziotherapie nach § 37a SGB V				
	4050	Soziotherapie nach § 37a SGB V	5	--	--	--
	406	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung				
	4060	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	5	--	--	--
	408	Leistungen nach § 73b SGB V				
	4080	Leistungen nach § 73b SGB V	1	--	--	--
	409	Leistungen nach § 73c SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung				
	4090	Leistungen nach § 73c SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung	1	--	--	--
41		Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -				
	410	Konservierend-chirurgische Behandlung				
	4100	Konservierend-chirurgische Behandlung	2	--	--	--
	411	Verhütung von Zahnkrankheiten nach § 22a SGB V				
	4110	Verhütung von Zahnkrankheiten nach § 22a SGB V	2	--	--	--
	412	KfO-Behandlung				
	4120	KfO-Behandlung - Honorar	2	--	--	--
	4123	KfO-Behandlung - Pauschalzahlungen	2	--	--	--
	413	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors				
	4130	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors	2	--	--	--
	414	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors				
	4140	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors	2	--	--	--
	415	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – Kinder (FU)				
	4150	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – Kinder (FU)	2	--	--	--
	416	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)				
	4160	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)	2	--	--	--
	417	Fissurenversiegelung				
	4170	Fissurenversiegelung	2	--	--	--
	418	Parodontose-Behandlung				
	4180	Parodontose-Behandlung	2	--	--	--
	419	Sonstige zahnärztliche Leistungen				
	4190	Sonstige zahnärztliche Leistungen	2	--	--	--
42		Zahnersatz				
	426	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V				
	4260	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V	2	--	--	--
	427	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V				
	4270	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V r	2	--	--	--
	428	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V				
	4280	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V	2	--	--	--
43		Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen				
	430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung -				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
4300	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung -		3	--	--	--
431	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhaus-apotheken					
4310	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhaus-apotheken r		3			
433	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter					
4330	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter		3	--	--	--
434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung					
4340	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung		3	--	--	--
4343	Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung		3	--	--	--
4346	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung		3	--	--	--
435	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - nur vertragsärztliche Versorgung -					
4350	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - nur vertragsärztliche Versorgung -		3	--	--	--
436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung -					
4360	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung -		3	--	--	--
437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung					
4370	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung		3	--	--	--
4373	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung		3	--	--	--
438	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung					
4380	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung		3	--	--	--
439	Arzneimittelrabatte					
4390	Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer		3	--	--	--
4393	Gesetzliche Rabatte von Apotheken		3	--	--	--
4396	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern		3	--	--	--
44	Hilfsmittel					
440	Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung					
4400	Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung		5	--	--	--
441	Hilfsmittel der Orthopädietechnik					
4410	Hilfsmittel der Orthopädietechnik		5	--	--	--
444	Hilfsmittel der Medizintechnik					
4440	Hilfsmittel der Medizintechnik		5	--	--	--
445	Hilfsmittel der Rehathechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel					

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	4450	Hilfsmittel der Rehathechnik/doppelfunktionale Hilfsmittel	5	--	--	--
	446	Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare)				
	4460	Hilfsmittel zum Verbrauch (Homecare)	5	--	--	--
	447	Hörhilfen				
	4470	Hörhilfen	5	-	--	--
	448	Sachleistungen bei Dialyse				
	4480	Sachleistungen bei Dialyse	7	--	--	--
	449	Sonstige Hilfsmittel				
	4490	Sonstige Hilfsmittel	5	--	--	--
45		Heilmittel				
	450	Physiotherapie – nur vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung -				
	4500	Physiotherapie – nur vertragsärztliche Versorgung -	5	--	--	--
	4503	Physiotherapie – nur vertragszahnärztliche Versorgung -	5	--	--	--
	453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 450, 454, 455, 458)				
	4530	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 450, 454, 455, 458)	5	--	--	--
	454	Ergotherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -				
	4540	Ergotherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -	5	--	--	--
	455	Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen –vertragsärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung -				
	4550	Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -	5	--	--	--
	4553	Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen – nur vertragszahnärztliche Versorgung -	5	--	--	--
	457	Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V				
	4570	Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V	5	--	--	--
	458	Podologische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -				
	4580	Podologische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -	5	--	--	--
	459	Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -sowie Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)				
	4590	Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -	5	--	--	--
	4593	Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	5	--	--	--
46		Krankenhausbehandlung				
	460	Krankenhausbehandlung				
	4600	Krankenhausbehandlung ohne 4603	4	--	--	--
	4603	Stationäre psychiatrische Behandlung	4	--	--	--
	4606 ⁶	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	P	--	--	--

⁶ 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- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung			
	4610	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613)	4	--	--
	4613	Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung	4	--	--
	462	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)			
	4620	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)	4	--	--
	463	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung			
	4630	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung	1	--	--
	464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 5760)			
	4640	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 5760)	4	--	--
	465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 5760)			
	4650	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 5760)	4	--	--
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763)			
	4660	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763) – ohne Pflegepersonalkosten	7	--	--
	4663	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763) – Pflegepersonalkosten	7	--	--
	467	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen			
	4670	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen	4	--	--
	468	Krankenhaus – Pflegepersonalkosten			
	4680	Krankenhausbehandlung – Pflegepersonalkosten	4	--	--
	469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG			
	4690	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	--	--
47		Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld			
	470	Krankengeld (ohne 471 und 472)			
	4700	Krankengeld (ohne 471 und 472)	6	--	--
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes			
	4710	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6	--	--
	472	Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch			
	4720	Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	6	--	--
	478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld			
	4780	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld	6	--	--
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht			

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand			
	4800	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand	5	--	--
	481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V			
	4810	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V	5	--	--
	483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V			
	4830	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V	5	--	--
	484	Behandlung im Ausland - Mehrleistung			
	4840	Behandlung im Ausland - Mehrleistung	--	X	--
	485	Arznei- und Verbandmittel im Ausland			
	4850	Arznei- und Verbandmittel im Ausland	3	--	--
	486	Krankenhausbehandlung im Ausland			
	4860	Krankenhausbehandlung im Ausland	4	--	--
	487	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht			
	4870	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht	5	--	--
	488	Dialysebehandlung im Ausland			
	4880	Dialysebehandlung im Ausland	7	--	--
	489	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140e SGB V			
	4890	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140e SGB V	5	--	--
49		Fahrkosten			
	492	Flugrettung			
	4920	Flugrettung	5	--	--
	493	Krankentransportwagen			
	4930	Krankentransportwagen	5	--	--
	494	Rettungswagen			
	4940	Rettungswagen	5	--	--
	495	Notarztwagen			
	4950	Notarztwagen	5	--	--
	496	Taxen und Mietwagen			
	4960	Taxen und Mietwagen	5	--	--
	499	Sonstige Fahrkosten			
	4990	Sonstige Fahrkosten	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	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistungen - (ohne 579 und 581)	--	X	--
	501	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581)			
	5010	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581)	--	X	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)					
5020	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)	--	X	--	--	--
503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -					
5030	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -	--	X	--	--	--
504	Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579)					
5040	Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579)	5	--	--	--	--
505	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504 und 579)					
5050	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504 und 579)	5	--	--	--	--
506	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)					
5060	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)	5	--	--	--	--
508	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)					
5080	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)	5	--	--	--	--
509	Persönliche Budgets nach § 29 SGB IX					
5090	Persönliche Budgets nach § 29 SGB IX	--	X	--	--	--
51	Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe					
510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)					
5100	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)	5	--	--	--	--
511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V – verhaltensbezogene Prävention					
5110	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V – verhaltensbezogene Prävention	--	X	--	--	--
512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern					
5120	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	--	X	--	--	--
513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss					
5130	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss	5	--	--	--	--
514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss					
5140	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss	5	--	--	--	--
515	Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren					
5155	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20c SGB V	5	--	--	--	--
5156	Mittel nach § 20b Abs. 4 SGB V	5	--	--	--	--
516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)					
5160	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	2	--	--	--	--
517	Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung					
5170	Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesundheitsförderung	--	X	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	518	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V			
	5180	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen)	--	X	--
	5183	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar	1	--	--
	5186	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe)	3	--	--
	519 ⁷	Rabatte auf Impfstoffe			
	5190	Rabatte auf Impfstoffe	P	--	--
52		Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben / Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin			
	520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern			
	5200	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	1	--	--
	521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen			
	5210	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen	1	--	--
	522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern			
	5220	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern	1	--	--
	523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten			
	5230	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten	1	--	--
	524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V			
	5240	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V	--	X	--
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V			
	5250	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V	--	X	--
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben			
	5260	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben	--	X	--
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie besonderer Therapieformen (§§ 65b und 65d SGB V)			
	5270	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie besonderer Therapieformen (§§ 65b und 65d SGB V)	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/Kompetenzzentren	1	--	--
	5283	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a SGB V - stationärer Bereich	4	--	--
53		Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch			
	530	Ärztliche Beratung und Behandlung			
	5300	Ärztliche Beratung und Behandlung	1	--	--
	531	Krankenhausbehandlung			
	5310	Krankenhausbehandlung – ohne Pflegepersonalkosten	4	--	--

⁷ KA 519 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 3 berücksichtigt.

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	5313	Krankenhausbehandlung – Pflegepersonal- kosten	4	--	--	--
	532	Arznei- und Verbandmittel				
	5320	Arznei- und Verbandmittel	3	--	--	--
	537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				
	5370	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	--	--	--
	539	Übrige Aufwendungen				
	5390	Übrige Aufwendungen	5	--	--	--
54		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Be- handlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen				
	540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabili- tanden				
	5400	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabili- tanden	5	--	--	--
	541	Rehabilitationssport				
	5410	Rehabilitationssport	5	--	--	--
	542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabili- tation (ohne 546, 547, 579 und 583)				
	5420	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabili- tation nach § 43 Abs. 1 SGB V / § 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	5423	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabili- tation nach § 43 Abs. 2 SGB V / § 8 KVLG 1989	5	--	--	--
	543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V / Behandlung in medizini- schen Behandlungszentren nach § 119c SGB V				
	5430	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V	1	--	--	--
	5433	Behandlung in medizinischen Behandlungs- zentren nach § 119c SGB V	1	--	--	--
	544	Behandlung in psychiatrischen / geriatrischen Institutsambulanzen				
	5440	Behandlung in psychiatrischen Institutsambu- lanzen nach § 118 SGB V	1	--	--	--
	5443	Behandlung in geriatrischen Institutsambu- lanzen nach § 118a SGB V	1	--	--	--
	545	Belastungserprobung und Arbeitstherapie				
	5450	Belastungserprobung und Arbeitstherapie	5	--	--	--
	546	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547 und 579)				
	5460	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547 und 579)	5	--	--	--
	547	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546 und 578)				
	5470	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546 und 578)	5	--	--	--
	548	Früherkennung und Frühförderung nach § 46 SGB IX i.V.m. § 79 SGB IX				
	5480	Früherkennung und Frühförderung nach § 46 SGB IX i.V.m. § 79 SGB IX	5	--	--	--
	549	Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 167 Abs. 3 SGB IX				
	5490	Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 167 Abs. 3 SGB IX	--	X	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
55		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft			
	550	Ärztliche Betreuung			
	5500	Ärztliche Betreuung	1	--	--
	551	Hebammenhilfe			
	5510	Hebammenhilfe	5	--	--
	552	Stationäre Entbindung			
	5520	Stationäre Entbindung – ohne Pflegepersonal- kosten	4	--	--
	5523	Stationäre Entbindung – Pflegepersonalkosten	4	--	--
	553	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung			
	5530	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	5	--	--
	554	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung			
	5540	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung	5	--	--
	555	Sonstige Sachleistungen			
	5550	Sonstige Sachleistungen	5	--	--
	556	Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutter- schaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld			
	5560	Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutter- schaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld	5	--	--
	559	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG			
	5590	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	--	--
56		Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege			
	560	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung -			
	5600	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung -	--	--	--
	561	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung -			
	5610	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung -	--	--	--
	562	Betriebshilfe - Mehrleistung -			
	5620	Betriebshilfe - Mehrleistung -	--	--	--
	563	Behandlungspflege und Intensivpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V			
	5630	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V (ohne 5633 und 5636)	5	--	--
	5633	Intensivpflege in stationären Pflegeeinrich- tungen	5	--	--
	5636	Intensivpflege ambulant	5	--	--
	564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -			
	5640	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -	5	--	--
	565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -			
	5650	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -	5	--	--
	566	Haushaltshilfe - Mehrleistung -			
	5660	Haushaltshilfe - Mehrleistung -	--	X	--
	567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung -			
	5670	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V / § 8 KVLG 1989	5	--	--
	5673	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 1 SGB V / § 8 KVLG 1989	5	--	--
	568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung -			

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	5680	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V / § 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	5683	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V / § 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V / Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V				
	5690	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V	--	X	--	--
	5693	Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V	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	Ambulante ärztliche Behandlung	1	--	--	--
	571	Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz				
	5710	Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz	2	--	--	--
	572	Sachleistungen bei Dialyse				
	5720	Sachleistungen bei Dialyse	7	--	--	--
	573	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen				
	5730	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen	3	--	--	--
	574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen				
	5740	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen	5	--	--	--
	575	Hilfsmittel und digitale Versorgungsangebote				
	5750	Hilfsmittel	5	--	--	--
	5753	Digitale Versorgungsangebote	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	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	7	--	--	--
	577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)				
	5770	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)	5	--	--	--
	578	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben				
	5780	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	5	--	--	--
	579	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen				
	5790	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen	--	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 / Digitale Gesundheitsanwendungen				
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP				
	5810	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP	--	--	--	X
	582	Digitale Gesundheitsanwendungen				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- aus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
5820	Digitale Gesundheitsanwendungen		5	--	--	--
583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP					
5830	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP		--	--	--	X
584 ⁸	Aufwendungen für Projekte nach § 92a SGB V					
5840	Aufwendungen für Projekte nach § 92a SGB V		--	X	--	--
586	Leistungen nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V					
5860	Leistungen nach § 140a Abs. 2 Satz 2 SGB V		--	X	--	
587 ⁹	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung – Rabatte					
5870	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung – Rabatte		P	--	--	--
588 ¹⁰	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	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen nach § 140a SGB V und Leistungen nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung		P	--	--	--
589	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V					
5890 ¹¹	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V		P	--	--	--
59	Sonstige Leistungen					
590	Medizinischer Dienst / Umlage nach § 37 Abs. 2a SGB V / Umlagen nach § 150 Abs. 4 SGB XI und § 150a Abs. 7 SGB XI / Erstattungen nach § 87a Abs. 3b SGB V					
5900	Medizinischer Dienst		5	--	--	--
5903	Umlage nach § 37 Abs. 2a SGB V		5	--	--	--
5906	Umlagen nach § 150 Abs. 4 SGB XI und § 150a Abs. 7 SGB XI		5	--	--	--
5908	Erstattungen an Kassenärztliche Vereinigungen nach § 87a Abs. 3b SGB V		1	--	--	--
591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 5900)					
5910	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 5900)		5	--	--	--
592	Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 42 Abs. 3 SGB IX)					
5920	Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 42 Abs. 3 SGB IX)		5	--	--	--

⁸ KA 584 wird um KA 375 vermindert

⁹ KA 587 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹⁰ KA 588 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹¹ Konto 5890 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- aus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
593	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V				
5930	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V	--	--	X	--
594	Zuschüsse zu stationären Hospizen				
5940	Zuschüsse zu stationären Hospizen	4	--	--	--
595	Förderung ambulanter Hospizdienste / Gesundheitliche Versorgungsplanung				
5950	Förderung ambulanter Hospizdienste	5	--	--	--
5953	Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V	5	--	--	--
596	Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V				
5960	Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V	--	X	--	--
597	Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V				
5970	Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V	--	X	--	--
598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen				
5980 ¹²	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989	P	--	--	--
5985 ¹³	Vorauszahlungen von Zuzahlungen	P	--	--	--
599	Übrige Leistungen				
5990	Übrige Leistungen	5	--	--	--
5993	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen	--	X	--	--

¹² Das Konto 5980 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹³ Das Konto 5985 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

A.3

**Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen
der Krankenversicherung**

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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 Altersversorgungszusagen	--	--	--	--
	6033	Zuschreibungen zu Rückstellungen für das Deckungskapital gem. § 170 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 Wahlтарifen 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)	--	--	--	--
	634	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6401	Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 2 Satz 7 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
641	Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs-ausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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, Aufwendungen des Gesundheitsfonds im Rahmen der COVID-19-Pandemie				
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	--	--	--	--
6721	Ausgaben für vorübergehende finanzielle Hilfen nach § 164 SGB V	--	--	--	--
6722	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 155 Abs. 3 SGB V	--	--	--	--
6723	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V in der bis 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
6724	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V in der bis 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
6725	Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V in der bis 31.03.2020 geltenden Fassung	--	--	--	--
6726	Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 166 SGB V	--	--	--	--
675	Aufwendungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“				
6750	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 4 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
6751	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 5 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6752	Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 d SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6753	Ausgleichszahlungen für Heilmittelbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV (Gesundheitsfond)	--	--	--	--
6754	Zuschussbeträge für soziale Dienstleister nach § 9 SodEG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6755	Aufwendungen für Testung auf Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20i Abs. 3 Satz 2 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
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	--	--	--	--
6777	Zuweisungen – Strukturanpassungen – Gesundheitsfonds	--	--	--	--
678	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds)				
6787	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 39a und 42 RSAV sowie nach § 323 SGB V (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	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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	--
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	Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur				
6970	Elektronische Gesundheitskarte	--	--	X	--
6971	Telematikinfrastruktur – umlagefinanziert	--	X	--	--
6972	Telematikinfrastruktur – direkt finanziert	4	--	--	--
6973	Umlage zur Finanzierung der Gesellschaft für Telematik	--	--	X	--
6974	Elektronische Patientenakte	--	--	X	--
698	Finanzielle Unterstützung elektronischer Kommunikation und Entwicklung digitaler Innovationen				
6980	Sonstige Aufwendungen für finanzielle Unterstützung elektronischer Kommunikation und Entwicklungen digitaler Innovationen	--	--	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	Verwaltungs- kosten	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	Verwaltungs- kosten	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 Leistungs-ausgaben	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	--
	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				
	7390	Sonstige Vergütungen an andere	--	--	X	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
7391	Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 6 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
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	--	--	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	--	
767	Erstattungen von den Gemeinden und Gemeindeverbänden					

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs-ausgaben	Satzungs- u. Ermessens-leistungen	Verwaltungs-kosten	Strukturierte Behandlungs-programme
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 2021

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

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2021:

	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 2021:

Hauptleistungsbereich	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
1. Ärzte	Summe aus KA 400, KA 401, KA 403, KA 408, KA 409, KA 463, Konto 5183, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, Konto 5280, KA 530, KA 543, KA 544, KA 550, KA 570, Konto 5908
2. Zahnärzte	Summe aus KG 41, KG 42, Konto 5160, KA 571
3. Arzneimittel	Summe aus KA 430, KA 431, KA 433, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 439, KA 485, Konto 5186, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus Konten 4600 u. 4603, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 467, KA 468, KA 469, KA 486, Konto 5283, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konto 5760, KA 594, Konto 6972

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 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, Konto 5693, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 582, Konten 5900 u. 5903, KA 591, KA 592, KA 595, Konto 5990
6. Krankengeld		KG 47
7. Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung	Summe aus	KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA 572, Konto 5763
8. Nicht besetzt		

B.2 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessungsleistungen für das Ausgleichsjahr 2021:

	Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen	
	Summe aus	KA 484, KA 500, KA 501, KA 502, KA 503, KA 509, KA 511, KA 512, KA 517, Konto 5180, KA 524, KA 525, KA 526, Konto 5420, KA 549, KA 566, KA 568, Konto 5690, KA 579, KA 584 ¹⁴ , KA 586, KA 596, KA 597, Konto 5993, Konto 6410, Konto 6971

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

	Zuweisungsfähige Verwaltungskosten	
	Summe aus	KA 593, KA 691, KA 694, KA 695, KA 698, Konten 6970, 6973 und 6974, 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 § 15 Abs. 5 RSAV

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

¹⁴ KA 584 wird um KA 375 vermindert
Anlage 1.1₂₀₂₁

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2021:

(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 703 gemeldeten versichertenbezogenen Leistungsausgaben werden im Nachhinein vom BAS 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 sowie nach § 20 Abs. 4 SGB VI	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:

- 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 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 der KJ1 unter Schlüssel-Nr. 9995 ausgewiesenen Gesamtbetrag.

Anlage 1.3: Pseudonymisierung (zu §§ 7 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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 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 § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV, sowie die Meldungen der Versichertenstammdaten nach § 9 RSAV für die im laufenden Schlüsseljahr erfolgenden Strukturanpassungen (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.

Schlüsseljahr	Datenmeldung	Berichtsjahr	Meldetermin
April 2021 – April 2022	Korrekturmeldung	2019	15.06.2021
April 2021 – April 2022	Erstmeldung	2020	15.08.2021
April 2021 – April 2022	2. StA 2021	2021	31.08.2021
April 2021 – April 2022	3. StA 2021 u. 1. StA 2022*	2021	28.02.2022
April 2021 – April 2022	Korrekturmeldung (SA110)	2019	15.04.2022
April 2021 – April 2022	Korrekturmeldung (SA110)	2020	15.04.2022

*SA 111 Ganzjahr 2021

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 BAS 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, 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.

¹ Für 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.

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 BAS) 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, führt die Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen durch und leitet die Daten an das BAS 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 § 7 Abs. 5 Satz 4 RSAV geregelt.

Das BAS erhält die pseudonymisierten Daten vom GKV-Spitzenverband. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen werden die Daten sicher aufbewahrt und verwaltet. Das BAS 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 BAS 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

² Von BAS 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.

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]);
```

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 und 19 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.

Sobald der Krankenkasse eine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegt, ist diese für die Pseudonymisierung zu verwenden.

Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung)

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

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.4 ist gültig für das Schlüsseljahr 2021/2022.

1. Erhebungszeitpunkte

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

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

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

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

Für die Korrekturmeldung der Satzarten 100, 400, 500 und 600 nach § 4 Abs. 2 übermitteln die Krankenkassen bis zum 31.05. des auf das erstmalige

Meldejahr folgenden Jahres die Daten an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.06. des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres an das BAS. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit.

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

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

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

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

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

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 BAS für jede Einzelkasse durch den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten²:

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 11
sowie § 15 Abs. 5 RSAV) = die Satzart 100,
2. für die Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
(§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV) = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (mtl. Abschlagverfahren)
(§ 9 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der ambulanten
ärztlichen Versorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,
8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV) = die Satzart 700,
- 8a. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV) = die Satzart 703,

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

- 8b. für die Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV) = die Satzart 710,
- 8c. für die Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV
i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 3 RSAV) = die Satzart 713,
9. für die Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ1
(gemäß § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V) = die Satzart 701.

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

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

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

In den Meldungen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind alle Versicherungsleistungen zu melden, die entsprechend der Systematik des Kontenrahmens den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gemäß Anlage 1.1 dieser Bestimmung zuzurechnen sind. Auch Leistungsausgaben au-

Berhalb der Versicherung in Fällen von Leistungsausgaben aufgrund nachgehenden Leistungsanspruchs und von im Nachhinein zu Unrecht erbrachten, nicht durch Dritte erstatteten Leistungen, sind grundsätzlich berücksichtigungsfähig, sofern der Versicherte mindestens einen Tag im Berichtszeitraum versichert war.

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

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

1. Versichertenstammdaten (Satzart 100)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			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	1 = bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor, 0 = sonst

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
6	Geburtsjahr	55	58	4	numerisch	Geburtsjahr des Versicherten gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
7	Geschlecht	59	59	1	numerisch	Geschlecht des Versicherten gemäß § 7 Abs. 1 Satz Nr. 1 RSAV: 1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Geschlechtsangabe, 4 = divers
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
9	Erwerbsminderung	63	65	3	numerisch	Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV ³
10	extrakorporale Blutreinigung	66	66	1	numerisch	für den Versicherten wurde im Berichtsjahr mindestens eine gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV extrakorporale Blutreinigung erbracht: 1 = extrakorporale Blutreinigung, 0 = sonst
11	Verstorben	67	67	1	numerisch	Versicherter ist im Berichtsjahr verstorben: 1 = verstorben, 0 = sonst
12	DMP-Tage	68	70	3	numerisch	Anzahl der DMP-Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 15 Abs.5 RSAV

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis				
13	Versichertentage Aus- land	71	73	3	numerisch	Anzahl der Versicher- tentage mit Wohnsitz o- der gewöhnlichem Auf- enthalt im Ausland ge- mäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV	
14	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V	74	76	3	numerisch	Anzahl der Versicher- tentage mit Kostener- stattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Ver- sorgung gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV	
15	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V	77	79	3	numerisch	Anzahl der Versicher- tentage mit Kostener- stattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV	
16	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	80	82	3	numerisch	Anzahl der Versicher- tentage mit Anspruch auf Krankengeld gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 RSAV	
17	Kennzeichen Alters-/ Geschlechtswechsel ⁴	83	83	1	numerisch	0 = Es bestehen keine Änderungen. 1 = Es wird ein Alters- und/oder Geschlechts- wechsel bestätigt. 9 = Krankenkasse mel- det das Kennzeichen nicht.	

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

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 Meldjahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

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

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

f) Zu Datenfeld 6 (Geburtsjahr)

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

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Das Geschlecht des Versicherten wird wie folgt gemeldet:

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

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

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

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

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

Bei einer Versicherung nach § 10 SGB V (Familienversicherung) beginnt die Versicherungszeit frühestens mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen

für eine Familienversicherung vorliegen; der Zeitpunkt ist durch eine zeitnahe Meldung nach § 10 Abs. 6 SGB V oder § 289 Satz 2 und 3 SGB V zu belegen.

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

i) Zu Datenfeld 9 (Erwerbsminderung)

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

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

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

j) Zu Datenfeld 10 (extrakorporale Blutreinigung)

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

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

0 = sonst

Als Leistungen der extrakorporalen Blutreinigung gelten alle in den Kontenarten 402, 448, 466*, 488, 572 und in den Konten 5763* bis 5765* zu buchenden Leistungen.

Die Erhebung erfolgt gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV.

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

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

Entgeltschlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichts- jahr 2019	Berichts- jahr 2020
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

	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 Kindernephrologie	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär bundesweit	J	J
85000087	Teilstationäre Dialyse	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
85000094	Teilstationäre LDL-Apherese	Tagesbezogenes Entgelt (BE, nicht kalkulierte Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, teilstationär Bundesweit	J	J
85000095	CAPD teilstationär	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
85000102	Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J

8500L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	DRG tagesbezogen bundesweit	J	J
85090059	Teilstationär CAPD	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bayern	J	J
85120003	Teilstationäre Dialyse	Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Brandenburg	J	J
8600L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 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 § 15 Abs. 5 RSAV im Berichtsjahr zu erheben, in denen der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

m) Zu Datenfeld 13 (Versichertentage Ausland)

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

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

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

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

(b) den jeweiligen Vordrucken der Abkommensstaaten nach Berichtsjahren:

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

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

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

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

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

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

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

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

- p) Zu Datenfeld 16 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch zu erheben. Die Ermittlung der Versichertentage mit Krankengeldanspruch von Versicherten, deren Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erhalten bleibt, richtet sich nach dem Versicherungsverhältnis vor Beginn der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V. Krankengeldanspruchstage für Versicherte, denen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit rückwirkend für einen Zeitraum bewilligt wird, sind für diesen Zeitraum nur dann zu melden, wenn an den jeweiligen Tagen der Anspruch auf Krankengeld dem Grunde nach bestanden hat.⁵ Versichertentage mit Krankengeldanspruch sind in der passiven Phase der Alterszeit nur dann zu melden,

⁵ Die in der GKV gesondert konsentierten Fallkonstellationen werden unter Frage Nr. 53 des MRSA-Fragenkatalogs ab dem Stand vom 24.10.2018 aufgenommen.

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-Clearing Kennzeichen)

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

Sonst wird das Feld mit dem Wert 0 gefüllt.

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

1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert

0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.

t) Zu Datenfeld 20 (amtlicher Gemeindeschlüssel)

Es ist gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV der amtliche Gemeindeschlüssel des Wohnorts zu erheben. Die Ermittlung des amtlichen Gemeindeschlüssels erfolgt durch die Krankenkasse auf Basis der 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.

Die Zuordnungen vorliegender Postleitzahlen zu amtlichen Gemeindeschlüsseln erfolgen auf der Basis eines regelhaften Datenaustauschverfahrens zwischen dem statistischen Bundesamt (Destatis) und der Deutschen Post.⁶

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

⁶ Die Daten des Destatis (Dateibezeichnung: GV100AD) werden monatlich unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/_inhalt.html veröffentlicht und enthalten die 12 und 8-Stelligen amtlichen Gemeindeschlüssel. Aus lizenzrechtlichen Gründen ist in den Daten des statistischen Bundesamtes keine vollständige Liste aller Postleitzahlen enthalten und es werden nur Postleitzahlen von Verwaltungssitzen angegeben. Ein mit den Daten des statistischen Bundesamtes korrespondierendes Postleitzahlenverzeichnis, in dem alle gültigen Postleitzahlen im Bundesgebiet enthalten sind, kann nur über die Deutsche Post bezogen werden und bezieht sich auf die oben genannten Monatsmeldungen. Weitere Details sind der Dokumentation des Destatis zu entnehmen.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

2. Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Satzart 110)

Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 100 des Schlüsseljahres. 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 § 9 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	JJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse

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

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)

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

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Das Geschlecht des Versicherten wird wie folgt gemeldet:

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

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

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

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

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

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

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

i) Zu Datenfeld 9 (Verstorben)

Das Kennzeichen „Verstorben“ wird wie folgt gemeldet:

1 = im Berichtszeitraum verstorben

0 = sonst

j) Zu Datenfeld 10 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

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

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

k) Zu Datenfeld 11 (Letzter Tag im Berichtszeitraum)

1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert

0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden

l) Zu Datenfeld 12 (Erwerbsminderung)

Es ist die Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a). Der unter

§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannte „Bezug einer Erwerbsminderungsrente“ bedeutet, dass die Tage zu melden sind, an denen die Erwerbsfähigkeit des Versicherten nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist – unabhängig davon, ob eine EM-Rente tatsächlich gezahlt wird.

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

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

m) zu Datenfeld 13 (DMP-Tage)

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

4. Daten der Arzneimittelversorgung (Satzart 400)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			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 (§ 7 Abs. 1 Satz 2 RSAV)
6	Pharmazentralnummer	62	69	8	numerisch	Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V und Sonderkennzeichen (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)
7	Anzahl Einheiten oder Faktor	70	78	9	numerisch	Verwendungsmenge der PZN in Promille (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)

Erläuterungen zur Satzart 400 (Daten der Arzneimittelversorgung)

Vorbemerkung:

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

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeld 5 (Verordnungsdatum)

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

f) Zu Datenfeld 6 (Pharmazentralnummer)

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

Pharmazentralnummern und Sonderkennzeichen für nicht über DTA übermittelte Arzneimittel sind nur zu melden, wenn diese in begründeten Ausnahmefällen (z. B. bei technischen Schwierigkeiten) nach § 303 Abs. 3

SGB V nacherfasst wurden und soweit ärztliche Verordnungen und Pharmazentralnummern der abgegebenen und nacherfassten Präparate vorhanden und prüfbar sind.

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

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

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

5. Diagnosen der Krankenhausversorgung (Satzart 500)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „500“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJ
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 (§ 7 Abs. 1 Satz 2 RSAV)
6	Fallzähler	60	61	2	numerisch	Ordnungszahl zur Fallunterscheidung.
7	Diagnose, kodiert	62	68	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM bei Krankenhausentlassung (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV)
8	Lokalisation	69	69	1	numerisch	1 = beidseitig, 0 = sonst
9	Art der Diagnose	70	70	1	numerisch	1 = Hauptdiagnose, 2 = Nebendiagnose
10	Art der Behandlung	71	71	1	numerisch	1 = Behandlung erfolgte vollstationär, 2 = teilstationär 3 = ambulante OP im Krankenhaus 4 = stationsäquivalente psychiatrische Behandlung 0 = sonst

Erläuterungen zur Satzart 500 (Diagnosen der Krankenhausversorgung)

Vorbemerkung:

Es dürfen nur Krankenhausdiagnosen von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gemeldet werden.

Für jede einem Krankenhausfall in der Entlassungsmitteilung zugeordnete maßgebliche Haupt- oder Nebendiagnose wird jeweils ein Datensatz gemeldet, d. h. es dürfen keine zwei identischen Datensätze gemeldet werden. Die stationären Diagnosen sind unabhängig davon, ob zum Zeitpunkt der Datenermittlung der SA 500 eine Abrechnung des Krankenhauses vorliegt, als Morbiditätsinformation zu melden. Gleichmaßen ist es unerheblich, ob der Abrechnungsbetrag oder Fallwert 0 EUR beträgt bzw. nicht vorhanden ist.

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

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

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

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

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

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

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

f) Zu Datenfeld 6 (Fallzähler)

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

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

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

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

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

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

Es werden für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie der Frührephase 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 Krankenhaufällen ohne interne Verlegung ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnose des

ETL-Segmentes und der zugehörigen NDG-Segmente aus der Segmentgruppe SG1 der einzigen behandelnden Fachabteilung bzw. bei Krankenhausfällen mit interner Verlegung, Rückverlegung oder Wiederaufnahme ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnosen des ETL-Segments und der zugehörigen NDG-Segmente der Pseudofachabteilung „0000“ der Segmentgruppe SG1. Bei ambulanten Operationen handelt es sich um die Behandlungsdiagnose. Fälle der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V werden in der Aufnahmeanzeige durch den Aufnahmegrund ‚10‘ als eigenständige Krankenhausfälle gekennzeichnet. Die Diagnosemeldung richtet sich nach den Vorgaben für vollstationäre Krankenhausfälle.

Zur Unterscheidung von Haupt- und Nebendiagnosen vgl. Ausführungen zu Datenfeld 9 (Art der Diagnose).

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A -Z) enthalten.

Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.

Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "*", "+", "-" und "#".

h) Zu Datenfeld 8 (Lokalisation)

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig

0 = sonst

i) Zu Datenfeld 9 (Art der Diagnose)

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

1 = Hauptdiagnose

2 = Nebendiagnose

zu 1: Bei voll- und teilstationären Krankenhausfällen sowie Fällen der Frührephase A und B wird diejenige Diagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet.

zeichnet, die als maßgebliche, primäre Hauptdiagnose in der Entlassungsanzeige ausgewiesen ist. Bei ambulanten Operationen wird die erste Behandlungsdiagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet.

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

j) Zu Datenfeld 10 (Art der Behandlung)

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

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

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

6. Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Satzart 600)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „600“
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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
5	Leistungsquartal	54	54	1	numerisch	Q (Q = 1 für 1. Quartal usw.)
6	Diagnose, kodiert	55	61	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV)
7	Qualifizierung	62	62	1	alphanumerisch	V = Verdachtsdiagnose, Z = Zustand nach der betreffenden Diagnose, A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose, 0 = sonst.
8	Lokalisation	63	63	1	numerisch	1 = beidseitig, 0 = sonstige

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

Erläuterungen zur Satzart 600 (Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung)

Vorbemerkung:

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

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

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen.

Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeld 5 (Leistungsquartal)

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

Q = 1, d. h. 1. Quartal des Berichtsjahres

Q = 2, d. h. 2. Quartal des Berichtsjahres

Q = 3, d. h. 3. Quartal des Berichtsjahres

Q = 4, d. h. 4. Quartal des Berichtsjahres

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

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

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

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

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

Diagnosen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V sind nur dann zu melden, wenn gemäß der Technischen Anlagen ASV das Datenfeld „Diagnoseart“ mit 1 = „Behandlungsdiagnose / Ambulanzdiagnose⁷“ übermittelt wird.

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

⁷ Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 1 = Behandlungsdiagnose wird mit der 14. Fortschreibung vom 22.05.2017 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 03.02.2016 mit Wirkung zum 01.01.2018 in 1 = „Behandlungsdiagnose / Ambulanzdiagnose“ umbenannt.

Diagnosen des BDG-Segmentes zu berücksichtigen, die im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V mit Diagnoseart 1 = „Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose“ und Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V“ übermittelt werden.⁸

Überweisungsdiagnosen (Diagnoseart 2) sind nicht zu berücksichtigen. Als Diagnosen aus Einrichtungen nach § 118 SGB V sind Diagnosen des BDG-Segmentes zu berücksichtigen, die im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V mit der Diagnoseart 1 = Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose und Diagnoseart 4 = begleitende pathogenetisch somatische Diagnose“ übermittelt werden.⁹

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A - Z) enthalten.

Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.

Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "*", "+", "-" und "#".

g) Zu Datenfeld 7 (Qualifizierung)

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

V = Verdachtsdiagnose

Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

A = ausgeschlossene Diagnose

G = gesicherte Diagnose

0 = sonst

h) Zu Datenfeld 8 (Lokalisation)

⁸ Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Abs. 1 und 2 SGB V“ wird mit der 14. Fortschreibung vom 22.05.2017 zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 03.02.2016 mit Wirkung zum 01.01.2018 neu eingeführt.

⁹ Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 4 = „begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose bei § 118 Abs. 3 SGB V“ wird mit der 15. Fortschreibung vom 17.04.2018 (Nachtrag vom 03.12.2019) zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 3.2.2016 mit Wirkung zum 01.01.2020 neu eingeführt.

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig

0 = sonst

i) Zu Datenfeld 9 (Datenweg)

Die Diagnosen werden über den folgenden Datenweg gemeldet:

01 = Diagnose aus Regelversorgung nach § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.

02 = Diagnose aus Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V. Die Meldung der Daten erfolgt über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V.

03 = Diagnose aus Besonderer ambulanter ärztlicher Behandlung nach § 73c SGB V (gültig bis 22.07.2015). Die Meldung der Daten erfolgt über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V.

04 = Diagnose aus Versorgung nach § 140 a-d SGB V (alte Fassung bis 22.07.2015) bzw. § 140a SGB V (neue Fassung ab 23.07.2015).

05 = Diagnose aus ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V (alte und neue Fassung).

06 = Diagnose aus Hochschulambulanz nach § 117 Abs. 1 bis 3 SGB V.

07 = Diagnose aus PIA nach § 118 SGB V.

08 = Diagnose aus SPZ nach § 119 SGB V.

09 = Diagnosen aus medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V.

10 = Diagnose aus § 120 Abs. 1a SGB V.

99 = Diagnose Sonstige – Diagnose kann keinem der obigen Datenwege zugeordnet werden.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

7. Prozeduren der ambulanten Behandlung (Satzart 610)

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

8. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 700)

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
12	Vorzeichen bzgl. Kran- kenhäuser	113	113	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
13	Sonstige Leistungsaus- gaben	114	127	14	numerisch	Ausgaben im HLB 5 nach Anlage 1.1 dieser Bestim- mung
14	Vorzeichen bzgl. sonst. Leistungsausgaben	128	128	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
15	Sachkosten der extra- korporalen Blutreini- gung	129	142	14	numerisch	Sachkosten im HLB 7 nach Anlage 1.1 dieser Bestim- mung
16	Vorzeichen bzgl. LA extrak. Blutr.	143	143	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
17	Ausgaben Krankengeld	144	157	14	numerisch	Ausgaben im HLB 6 nach Anlage 1.1 dieser Bestim- mung
18	Vorzeichen bzgl. Ausga- ben Krankengeld	158	158	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert

Erläuterungen zur Satzart 700 (Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

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

Es sind die Leistungsausgaben abzüglich der Erstattungen und Einnahmen dem Ausgleichsjahr (entspricht bei der Satzart 700, 703, 710 und 713 dem Berichtsjahr) zuzuordnen, auf das sie nach § 37 der Allgemeinen 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 („Für-Prinzip“, vgl. § 4 RSAV).

Hierbei kann die sich auf das Ausgleichsjahr beziehende Leistung auch erst nach Ablauf der Frist für die zeitliche Rechnungsabgrenzung bzw. nach Abschluss der Jahresrechnung (§ 77 SGB IV) für das betreffende Ausgleichsjahr

nach Ablauf des Ausgleichsjahres gebucht worden sein. Die Zahlung oder Erstattung muss jedoch bis zur Selektion der Datenmeldung erfolgt sein.

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

Die in Anlage 1.1 Abschnitt B.1.2 aufgeführten Sachbuchkonten sind für die personenbezogene Datenmeldung der Satzart 700, 703, 710 und 713 zu verwenden.

Grundsätzlich sind alle bis zur Selektion der Satzart 700, 703, 710 und 713 geleisteten Zahlungen für ein Berichtsjahr zu berücksichtigen. Damit sind auch nach Schließung der Sachbücher für das zu selektierende Berichtsjahr gezahlte Beträge in der Satzart 700, 703, 710 und 713 zu berücksichtigen.

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

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

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

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen.

Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeldern 5 – 18 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

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

f) Zu Datenfeld 5 (Ärzte)

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

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

zugrunde gelegt werden.

Folgende Werte werden hieraus berechnet:

$$1. \text{ LB_Punkte_Vergütung} = \text{Vergütung} - (\text{LB_EURO_GO} - \text{LB_Punkte} \times \text{Orientierungspunktwert}^{10})$$

Der zu verwendende Punktwert wird wie folgt berechnet:

$$\text{LB_Punkte_Vergütung} / \text{LB_Punkte} \times 100$$

Mit diesen Punktwerten werden zur Ermittlung der Ausgabenvolumina die in Punktzahlen gemeldeten Daten bewertet und mit den in Euro gemeldeten Daten, ohne Dialysesachkosten, zusammengeführt.

Die Ermittlung der quartalsdurchschnittlichen Punktwerte für die Satzart 700 hat unter Berücksichtigung der aktuellsten bis zum Datum der Erstellung der Satzart eingegangenen Formblatt 3-Daten zu erfolgen.

g) Zu Datenfeld 7 (Zahnärzte)

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

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

h) Zu Datenfeld 9 (Apotheken)

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge abzüglich der vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen. Soweit Sat-

¹⁰ Sofern der für eine KV-Region vereinbarte Punktwert zum bundesweiten Orientierungswert differiert, müssen Krankenkassen für ihre in dieser Region wohnhaften Versicherten den Punktwert aus dem KV-spezifischen Formblatt 3 verwenden. Bei Verwendung mehrerer Punktwerte sind die berechneten Werte für LB_Punkte_Vergütung zu summieren.

zungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre. In der Satzart 700 Datenmeldung nicht zu melden sind Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V entstehen¹¹.

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

i) Zu Datenfeld 11 (Krankenhäuser)

Geleistete Zuzahlungen sind jeweils in Abzug zu bringen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.

Beträge aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V sind nicht abzusetzen.

Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebenen Vorschriften unter zur Kontengruppe 46 (Krankenhausbehandlung) sowie zu 552 (Stationäre Entbindung) und 576 (Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V) sind für die Selektion der Satzart 700 verbindlich einzuhalten. Tritt bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, erfolgt die Zuordnung der Leistungsausgaben nach den Regelungen des Kontenrahmens.

j) Zu Datenfeld 13 (Sonstige Leistungen)

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

¹¹ Ausgaben für PZN, die in der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V gesondert gekennzeichnet werden. Entsprechende Ersatzverordnungen können anhand der Sonder-PZN „06461067“ identifiziert werden.

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

k) Zu Datenfeld 15 (Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung)

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

l) Zu Datenfeld 17 (Ausgaben Krankengeld)

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

8a. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 703)

Vorbemerkung:

Die Vorbemerkung unter Abschnitt 8 zu den personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der Satzart 700 gilt unter Abschnitt 8a für die Datenmeldungen der Satzarten 703 gleichermaßen.

Der Datensatzaufbau entspricht dem Datensatzaufbau der Satzart 700 des Schlüsseljahres. Das Feld 1 „Satzart“ wird abweichend zu den Regelungen der Satzart 700 konstant mit dem Wert „703“ befüllt.

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

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

Grundsätzlich sind alle bis zur Selektion der Satzart 703 geleisteten Zahlungen für ein Berichtsjahr zu berücksichtigen. Damit sind auch nach Schließung der Sachbücher für das zu selektierende Berichtsjahr gezahlte Beträge in der Satzart 703 zu berücksichtigen.

Es wird für jedes Pseudonym der Satzart 100 ein Datensatz geliefert, auch wenn für dieses keine Leistungsausgaben vorliegen. Versichertenbezogene Ausgaben für Leistungen nach § 92a SGB V (Innovationsfonds) sind nicht in der Satzart 703 zu melden. Ebenso sind Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V entstanden sind, nicht zu melden.

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

e) Zu Datenfeld 9 (Nettoausgaben Apotheken)

Zu melden sind die versichertenbezogenen Nettoausgaben. Diese ergeben sich aus den versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträgen abzüglich der je Versicherten ermittelten Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen nach § 130b SGB V- bzw. Rabatte und Abschläge nach §§ 130, 130a, und 130c SGB V. Dabei sind die tatsächlich erzielten Ein- und Auszahlungen zu berücksichtigen. Forderungen und Verpflichtungen sind nicht zu berücksichtigen. Des Weiteren sind die vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.

Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebene Vorschrift zur Kontengruppe 43 (Arznei- und Verbandsmittel aus Apotheken / Arznei- und

Verbandsmittel von Sonstigen) sind für die Selektion der Satzart 703 verbindlich einzuhalten.

Als Grundlage für die Ermittlung von versichertenbezogenen Rabattbeträgen bzw. Differenzbeträgen zu Erstattungsbeträgen dienen die Informationen der Datenmeldungen nach § 300 SGB V des jeweiligen Berichtsjahres.

Erfolgt die Abrechnung der oben genannten Ein- und Auszahlungen nicht gemäß § 300 SGB V (z. B. im Rahmen einer stationär erfolgten Arzneimitteltherapie), so sind als Grundlage für die Ermittlung dieser Beträge die der jeweiligen Abrechnung zugrunde liegenden Unterlagen heran zuziehen.

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

1. Gesetzliche Rabatte und Abschläge nach §§ 130 und 130a SGB V:

Die in den Datenmeldungen nach § 300 SGB V gemeldeten Rabatte werden versichertenbezogen aufsummiert. Zu berücksichtigen sind hierbei die Beträge der Felder NPB-03 Betrag Zu-/Abschlag bzw. ZDB-03 Betrag der technischen Anlage 3 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V, wenn die Schlüsselnummern R001, R004, R005, R006 und R009 im Feld NPB-02 Zu-/Abschlag bzw. ZDB-02 Zu-/Abschlag eingetragen sind.

Sollten sich durch Korrekturen Änderungen der Rabattbeträge ergeben, so sind diese zu berücksichtigen.

2. Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen im Rahmen des Verfahrens nach § 130 b SGB V:

Die tatsächlich erzielten Differenzbeträge zu Erstattungsbeträgen je abgegebener Pharmazentralnummer (PZN) werden je Versicherten aufsummiert. Das Abgabedatum muss innerhalb des Erstattungszeitraums liegen.

Weichen die tatsächlich erzielten Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen von den in Rechnung gestellten Forderungen ab, wird wie folgt verfahren:

Die Beträge in der Spalte Nacherstattung/Forderung je PZN der Nacherstattungsdatei werden mit einem Nacherstattungsfaktor angepasst.

Dieser berechnet sich aus dem Verhältnis von tatsächlich erzieltm Differenzbetrag/gefordertem Differenzbetrag.

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

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

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

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

Anschließend werden die Rabattbeträge je rabattierter PZN versichertenbezogen aufsummiert.

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

8b. Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 710)¹²

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

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

8c. Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 713)¹³

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

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

¹² Die Satzart 710 ist erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

¹³ Die Satzart 713 ist erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

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

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

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 Leistungsaus- gaben	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-Erstat- tungen, die den Nicht- EM-Rentnern zugeord- net 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-Rent- nern zugeordnet wer- den	150	150	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
22	Krankengeld-Erstat- tungen, die den Nicht- EM-Rentnern zugeord- net 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-Rent- nern zugeordnet wer- den	165	165	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
24	Erstattung Übergangsgeld	166	179	14	numerisch	Erstattungen nach § 20 Abs. 4 SGB VI und Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V für Nicht-EM-Rentner, Konto 3213, Konto 3219
25	Vorzeichen Erstattung Übergangsgeld	180	180	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
26	Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	181	194	14	numerisch	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V für EM-Rentner, Konto 3214, Konto 3216
27	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	195	195	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
28	Sonstige Erstattungen	196	209	14	numerisch	Summe der Erstattungen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 20 Abs. 4 SGB VI, § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
29	Vorzeichen Sonstige Erstattungen	210	210	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
30	Arzneimittel- und Impfstoffrabatte	211	224	14	numerisch	Summe der Arzneimittelrabatte inkl. Impfstoffrabatte; §§ 130 und 130a SGB V; KA 439, KA 519*
31	Vorzeichen Arzneimittelrabatte	225	225	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
32	Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	226	239	14	numerisch	Saldo der Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und der Vorauszahlungen auf Zuzahlungen; KA 598
33	Vorzeichen Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	240	240	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
34	Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	241	254	14	numerisch	Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V; KA 589*
35	Vorzeichen Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	255	255	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
36	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	256	269	14	numerisch	Summe der sonstigen nicht zuordenbaren Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung; KA 588
37	Vorzeichen Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	270	270	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
38	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	271	284	14	numerisch	Summe der Einnahmen der Rabatte zur integrierten Versorgung; KA 587*
39	Vorzeichen Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	285	285	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
40	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	286	299	14	numerisch	Summe aus Konto 4606 (ohne 4608)*
41	Vorzeichen Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	300	300	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
42	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	301	314	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9995 Sp. 2
43	Vorzeichen Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	315	315	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
44	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	316	329	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9992 Sp. 2
45	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	330	330	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
46	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	331	344	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9999 Sp. 2
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

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

Die Datenlieferungen der Satzarten 100 bis 713¹⁴ erfolgen entsprechend der Anlage 2.1 nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung:

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

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

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

bestehen.

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

¹⁴ Die Satzarten 710 und 713 sind erstmalig zum 15.4.2023 für das Berichtsjahr 2021 zu melden und daher noch nicht Gegenstand der Datenmeldungen im Schlüsseljahr 2021/2022.

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

2.2 Datensatz, Satzart 100

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

2.3 Datensatz, Satzart 110

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

2.4 Datensatz, Satzart 111

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

2.5 Datensatz, Satzart 400

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

2.6 Datensatz, Satzart 500

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

2.7 Datensatz, Satzart 600

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

2.8 Datensatz, Satzart 610

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

2.9 Datensatz, Satzart 700

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

2.10 Datensatz, Satzart 701

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

2.11 Datensatz, Satzart 703

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

2.12 Datensatz, Satzart 710

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

2.13 Datensatz, Satzart 713

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

2.14 Nachlaufsatz

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

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			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	JJJ	
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	alphanumerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart	

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

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

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

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

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 701

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	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

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

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

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

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
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 BAS zu Abholung bereitgestellt. Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die bestehende Adresse rsa.verfahren@bas.bund.de.

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

Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit:

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

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

Leistungsarten der RV-Träger für die Einstufung als Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) nach § 267 Abs. 2 SGB V

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. m. § 82 Nr. 2a SGB VI, § 240 SGB VI)	ja
74	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI i.V. m. § 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 § 267 Abs. 2 SGB V, 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 und 14 der Bestimmung)

0. Gültigkeit:

Diese Version der Anlage 1.5 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2021/2022.

1. Vorbemerkung:

Gem. § 7 Abs. 4 RSAV und § 9 RSAV übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband die unter Anlage 1.4 Abschnitt B beschriebenen Dateien zur Weiterleitung an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die genannten Datenmeldungen sowie die Datenmeldungen nach § 22 Absatz 4 RSAV sind Teil dieser Anlage.

Unter Teil I sind zu den einzelnen Datenmeldungen (Satzarten 100, 110, 111, 400, 500, 600, 700, 703 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 BAS 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 BAS schriftlich mitzuteilen.

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

Unter Teil II werden die von den Krankenkassen und dem GKV-SV zu berech-

nenden Kennzahlen beschrieben. 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 BAS 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 BAS 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 BAS 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 BAS informiert. Die Krankenkassen erhalten entsprechende Datensätze vom GKV-Spitzenverband aus den Teil 1 Prüfungen zur Information nach der Abgabe der Datenmeldung an das BAS.

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“, „3“, oder „4“ 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 2019 oder im Berichtsjahr 2020 älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2019 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 212 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2020 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 244 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 (Destatis) veröffentlichter Gemeindeschlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf Stellen des Gemeindeschlüssels für die folgenden Stände der monatlichen Gemeindedaten des Destatis (GV100AD), welche mit den entsprechenden Quartalsangaben der Postleitzahlenverzeichnisse der Deutschen Post korrespondieren:

MRSA-Datenmeldung	Stand der GV100AD	PLZ-Verzeichnis der Deutschen Post
Satzart 100K 2019	28. Februar 2021	2. Quartal 2021
Satzart 100E 2020	31. Mai 2021	3. Quartal 2021

Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise. Auch auffällige Datensätze werden an das BAS weitergeleitet.

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“, „3“ oder „4“ 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 2019 oder im Berichtsjahr 2020 älter als 66 Jahre alt sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2019 maximal 212 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2020 maximal 244 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 Gemeindegeschlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 20 (amtlicher Gemeindegeschlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt veröffentlichter Gemeindegeschlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf Stellen des Gemeindegeschlüssels für den folgenden Stand der monatlichen Gemeindegeldaten des Destatis (GV100AD), welche mit der entsprechenden Quartalsangabe des Postleitzahlenverzeichnisses der deutschen Post korrespondieren:

MRSA-Datenmeldung	Stand der GV100AD	PLZ-Verzeichnis der Deutschen Post
Satzart 110 BJ 2019	30. November 2021	1. Quartal 2022
Satzart 110 BJ 2020	30. November 2021	1. Quartal 2022

Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise. Auch auffällige Datensätze werden an das BAS weitergeleitet.

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 Da-

tensätze 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“, „3“ oder „4“ 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 2021 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 273 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 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) Pharmazentralnummer

Die gemeldete Pharmazentralnummer enthält den Wert „06461067“ (Ersatzanspruch nach § 131a SGB V). Entsprechende Datensätze werden gekennzeichnet und nicht an das BAS weitergeleitet. Diese Prüfroutine kommt erstmals mit der Erstmeldung des Berichtsjahres 2020 zur Anwendung.

f) Angaben zu Feld „Anzahl Einheiten oder Faktor“

Der Wert muss größer „0“ sein.

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

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“, „3“ oder „4“ annehmen.

6. 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.

7. 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.

8. Satzart 703 – 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 703 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 703 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 703 entspricht der Anzahl gemeldeter

Versichertenpseudonyme in der Satzart 100.

d) Datenfelder 4 bis 8 und 11 bis 18:

Es wird geprüft, ob die Datenfelder 4 bis 8 und 11 bis 18 der Satzart 703 inhaltlich identisch wie die entsprechenden Datenfelder der Satzart 700 gemeldet werden. Bei Abweichungen werden die entsprechenden Datensätze gekennzeichnet und an das BAS weitergeleitet. Der Datenabsender wird über den Fehler informiert.

9. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 22 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 Berichtsjahr 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 Versichertenanzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099) des Berichtsjahres 2020 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2019 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2020}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2019} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA100“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 des Berichtsjahres 2020 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 100 der Korrekturmeldung 2019 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA } 100 \text{ EM } 2020}{\text{Versichertenjahre aus SA } 100 \text{ KM } 2019} \cdot 100 \right) - 100$$

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 Versichertenanzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) des Berichtsjahres 2019 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2018 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13} \text{ (SP 12099, Spalte 3) BJ 2019}}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13} \text{ (SP 12099, Spalte 3) BJ 2018}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA100“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2019 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 110 der Korrekturmeldung 2018 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 100 KM 2019}}{\text{Versichertenjahre aus SA 110 KM 2018}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 2020 gegenüber der Satzart 100 Korrekturmeldung 2019 bzw. der Satzart 111 des Berichtsjahres 2020:

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

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2020)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ KM\ 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3,6,7,8$$

bzw.

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2020)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 111\ BJ\ 2020)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1,2,4,5,9,10,11$$

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 2019 gegenüber der Satzart 110 des Berichtsjahres 2019 bzw. der Erstmeldung der Satzart 100 des Berichtsjahres 2019

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

$$VR_{cr} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 KM 2019)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 EM 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3$$

bzw.

$$VR_{cr} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 KM 2019)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 110 KM 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11, r \neq 3$$

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 Veränderungsraten „c1) Versichertentage“, „c2) EMR-Tage“, „c4) Verstorben“, „c5) DMP-Tage“, „c6) Versichertentage Ausland“, „c7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13“, „c8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53“, „c9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch“ 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 2020 gegenüber der Erstmeldung 2020 der Satzart 100:

$$VR_{ar} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n ar_i (SA 110 KM 2020)}{\sum_{i=1}^n ar_i (SA 100 EM 2020)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

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“, „a2) EMR-Tage“, „a4) Verstorben“, „a5) DMP-Tage“, „a6) Versichertentage Ausland“, a7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13“, „a8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53“, „a9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch“ 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 2019 gegenüber der Korrekturmeldung 2019 der Satzart 100:

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA 110 KM 2019)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA 100 KM 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

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 Veränderungsdaten „b1) Versichertentage“, „b2) EMR-Tage“, „b4) Verstorben“, „b5) DMP-Tage“, „b6) Versichertentage Ausland“, „b7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13“, „b8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53“, „b9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch“ 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“ ge-

kennzeichneten 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 2019) ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr

durchgeführt. Ebenfalls wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2020) 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 2020)	Satzart 111B Berichtsjahr 2020	b1, b2, b4, b5, b9, b10, b11
		Satzart 100 Korrekturmeldung 2019	b3, b6, b7, b8
1c)	Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten (Korrekturmeldung 2019)	Satzart 110 Berichtsjahr 2019	c1, c2, c4, c5, c6, c7, c8, c9, c10, c11
		Satzart 100 Erstmeldung 2019	c3
2a)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2020)	Satzart 100 Erstmeldung 2020	a1 bis a11
2b)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2019)	Satzart 100 Korrekturmeldung 2019	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 2021 addiert und diese Summe dann durch 6 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2021}} = \frac{\sum \text{Versichertenzahlen}_{(SP\ 12099, \text{Spalte 3})\ 1.HJ\ BJ\ 2021}}{6}$$

Diese Zahl ist durch die entsprechend gebildete halbjahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus den amtlichen KM1 des Vorjahres 2020 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR_KM1“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2021}}}{\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2020}}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA111“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2021 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2020 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA111 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2021}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2020}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 2021 addiert und diese Summe dann durch 12 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2021}} = \frac{\sum \text{Versichertenanzahlen}_{(SP\ 12099, \text{Spalte } 3)\ BJ\ 2021}}{12}$$

Diese Zahl ist durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus der amtlichen KM1/13 des Vorjahres 2020 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR_KM1“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2021}}}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}_{(SP\ 12099, \text{Spalte } 3)\ BJ\ 2020}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_SA111“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2021 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2020 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate „VR_SA111“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2021}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2020}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 ($FW_i = \frac{WT_i}{WT}$).

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

Faktoren für Werktage:

Monat (i)	Werktage (WT _i) 2019	Faktor Werktage (FW _i) 2019	Werktage (WT _i) 2020	Faktor Werktage (FW _i) 2020
Januar	26	1,02631579	26	1,02295082
Februar	24	0,94736842	25	0,98360656
März	26	1,02631579	26	1,02295082
April	24	0,94736842	24	0,94426230
Mai	25	0,98684211	24	0,94426230
Juni	24	0,94736842	25	0,98360656
Juli	27	1,06578947	27	1,06229508
August	27	1,06578947	26	1,02295082
September	25	0,98684211	26	1,02295082
Oktober	26	1,02631579	26	1,02295082
November	26	1,02631579	25	0,98360656
Dezember	24	0,94736842	25	0,98360656

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

$$\text{Anteil Einheiten}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2019}_{je\ Monat}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2019}_{je\ Monat}}$$

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

$$\text{Anteil Datensätze}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}_{je\ Monat}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2019}_{je\ Monat}}$$

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

$$\text{Anteil Einheiten}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2020}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2019}_{\text{je Monat}}}$$

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

$$\text{Anteil Datensätze}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2020}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}_{\text{je Monat}}}$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2019}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 gemeldeten Daten zu dem Behandlungskennzeichen 4 („stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“) werden zu den gemeldeten Daten des Behandlungskennzeichens 1 („vollstationär“) addiert und für die weitere Berechnung dieser Prüfung verwendet. Die Ergebnisse dieser Prü-

fung werden unter der Behandlungsart 1 ausgewiesen.

Die Veränderungsrate je Monat und Behandlungskennzeichen ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

$$VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM2019}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM2019}_{Monat,BA}} \cdot 100 \right) - 100$$

Für die zusammengefassten Behandlungsarten „vollstationär“ und „stationsäquivalent“ (Behandlungsart 1 und 4) 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. Die gemeldeten Daten zu dem Behandlungskennzeichen 4 („stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“) werden zu den gemeldeten Daten des Behandlungskennzeichens 1 („vollstationär“) addiert und für die weitere Berechnung dieser Prüfung verwendet. ¹ Die Ergebnisse dieser Prüfung werden unter der Behandlungsart 1 ausgewiesen.

¹ Die Berechnung der Behandlungsarten 1 und 4 erfolgen zusammenfassend, da die Behandlungsart 4 erst ab dem Berichtsjahr 2018 gemeldet wird. Die Krankenkasse erhält im Rahmen der Prüfungen die absolute gemeldete Zahl der Datensätze mit Behandlungskennzeichen = 4.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{EM(Monat,BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 EM 2020}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 EM 2020}_{Monat,BA}}$$

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.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{KM(Monat,BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 KM 2019}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 KM 2019}_{Monat,BA}}$$

Die Veränderungsraten 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 zusammengefassten Behandlungsarten „vollstationär“ und „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ (Behandlungskennzeichen 1 und 4) 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 die zusammengefassten Behandlungskennzeichen 1 und 4 (vollstationäre Versorgung und stationsäquivalente psychiatrische Behandlung) 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 2021/2022 nicht berücksichtigt. Somit werden die Daten entsprechend der Datenmeldestruktur des Schlüsseljahres 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 dieser 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.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2019}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

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

Die Veränderungsraten 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 Veränderungsraten je Quartal ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

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

$$VR_Datensatzanzahl_{KM(Quart.,G)} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2019}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2019}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

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) Veränderungsraten der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 600) nach Abrechnungsquartal

Die Veränderungsraten sind 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 Veränderungsraten je Quartal ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

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

$$VR_Datensatzanzahl_{EM(Quart.,G)} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2020}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2019}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

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

g) Anzahl Datensätze mit ICD-Kode „Z01.7“ (Laboruntersuchung):

Für die Satzart 600 Erstmeldung 2020 wird die Anzahl gemeldeter Datensätze mit ICD.Kode „Z01.7“ je Krankenkasse ausgewertet und als „Fallzahl Z01.7“ den Krankenkassen zur Information bereitgestellt.

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 Hauptleistungsbereich 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 Leistungsausgaben 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 innerhalb 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 Datenmeldung.

b) Prozentualer Anteil Datensätze der Satzart 700 an Satzart 100

Es wird der Anteil Datensätze an der Satzart 100 des gleichen Berichtsjahres berechnet.

$$\text{Anteil Datensätze}_{KK} = \frac{\text{Anzahl Datensätze SA 700 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze SA 100 EM 2020}}$$

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) bzw. das Geschlechtsmerkmal = 4 („Divers“) bei den Ausgabenprofilen dem Geschlecht „weiblich“ zugeordnet.

$$LA \text{ je Versichertentag}_{AGG_i} = \frac{\sum LA \text{ SA 700 EM 2020}_{AGG_i}}{\sum \text{Versichertentage SA 100 EM 2020}_{AGG_i}}, \text{ für } i = 1, \dots, 40$$

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 de-

nen Auffälligkeiten in den Profilverläufen festgestellt wurden, sind mit einer Verfahrensempfehlung, wenn möglich unter Benennung der Gründe der Auffälligkeiten, dem BAS 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.

$$\text{Anteilswert}_{2020} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 700 EM 2020|LA(HLBi)} \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 700 EM 2020}} \cdot 100$$

$$\text{Anteilswert}_{2019} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 700 EM 2019|LA(HLBi)} \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 700 EM 2019}} \cdot 100$$

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 $\text{Anteilswert}_{2020} - \text{Anteilswert}_{2019} \notin [-3\%; +3\%]$, überprüft die Krankenkasse ihre Datenmeldung und begründet die Auffälligkeit gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

8. Satzart 703 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

a) Datenfeld 9 (Nettoausgaben Apotheken)

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 703 gemeldeten Leistungsausgaben in Datenfeld 9 (Nettoausgaben Apotheken) wird die Summe der Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches 3 gebildet und mit den entsprechenden Nettoleistungsausgaben in der Satzart 701 verglichen. Die Nettoleistungsausgaben in der Satzart 701 ergeben sich aus den Summen unter Abschnitt B.1.2, Ziffer 3 der

Anlage 1.1 aufgeführten Konten und Kontenarten unter Berücksichtigung der Kontenarten 439 und 519.

Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 703 im Hauptleistungsbereich 3 an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote Nettoausgaben Apotheken“.

$$\text{Kennzahl. } a_i = \frac{\sum \text{LA HLB}_i \text{ (SA 703)}}{\sum \text{Netto LA HLB}_i \text{ (SA 701)}}, \text{ mit } i = 3$$

Der zulässige Korridor zur Feststellung der Plausibilität wird für den Hauptleistungsbereich 3 als Abweichung vom entsprechenden KJ 1 -Wert wie folgt ausgewiesen:

HLB 3 – Nettoausgaben Apotheken = 85 % bis 115 %

9. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 22 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

$VR_Mitglieder_{Monat,BBNr} \notin [98\%; 103\%]$ 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.

$$Differenz_Beitragsatz_{Monat,BBNr} = ZB (SA 820)_{Monat,BBNr} - ZB (SA 821)_{Monat,BBNr}$$

Ist ein Wert ungleich 0, mit $Differenz_Beitragsatz_{Monat,BBNr} \neq 0$, 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 BAS durchgeführt werden

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

www.bundesamtsozialesicherung.de

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

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

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

A. Allgemeine Erläuterungen

1. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 2.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2021/2022.

2. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen erheben die in dieser Bestimmung beschriebenen Datenmeldungen der Satzarten 100, 110, 111, 400, 500, 600, 700, 703 und 821 entsprechend den genannten Terminen der Anlagen 1.4 und 3.2.

Die Satzarten 701 und 820 werden vom GKV-Spitzenverband ermittelt und an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 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 und 3.2 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 und 14 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 übermittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das BAS zu den genannten Meldeterminen nach den Anlagen 1.4 und 3.2.

Ändern sich verfahrensrelevante Zuordnungskennzeichen der Datenmeldungen, wie z. B. die Betriebsnummer einer bestehenden Krankenkasse oder der Datenlieferant einer Krankenkasse gegenüber dem vorangegangenen Schlüsseljahr, sind solche Änderungen dem GKV-Spitzenverband mit einer Vorlaufzeit von mindestens 3 Monaten mitzuteilen (kurzfristigere Änderungen sind ausschließlich in Absprache mit dem GKV-Spitzenverband möglich). Diese Mitteilung erfolgt durch den Datenlieferanten, welcher die Datenmeldung des in dieser Bestimmung gültigen Schlüsseljahres an den GKV-Spitzenverband überträgt.

Dazu legt der Datenlieferant dem GKV-Spitzenverband die entsprechende Änderungsmitteilung in Form einer Auflistung der betroffenen Krankenkassen und Satzarten vor.

Die Änderungsmitteilung ist spätestens bis zum 15. Januar vor Inkrafttreten des Schlüsseljahres dieser Bestimmung an rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de zu melden, unter dem Betreff:

„Änderungsmitteilung der Zuordnungen im Schlüsseljahr 2021 / 2022 – Name des Datenlieferanten“.

Das BAS wird umgehend vom GKV-Spitzenverband über entsprechende Änderungen informiert.

In der Änderungsmitteilung werden folgende Informationen genannt:

1. Satzart / Satzarten, welche von der Änderung betroffen ist/sind.
2. Betriebsnummer der betroffenen Krankenkasse(n).
3. Name der betroffenen Krankenkasse(n).
4. Betriebsnummer des Datenlieferanten.
5. Mitteilung über die Änderung von Zuordnungskriterien: (z. B. „Neue Betriebsnummer der Krankenkasse“, „Änderung des Datenlieferanten“ usw.)

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 und 7.4 dieser Bestimmung zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 11
sowie § 15 Abs. 5 RSAV) = die Satzart 100,
2. für Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
nach § 7 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (mtl. Abschlag-
verfahren)
(§ 9 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen
Versorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der
ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,

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

- 8a. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV) = die Satzart 703,

9. für die Meldung der Zusatzbeitragssätze und Mitgliederzahlen zur Durchführung des Einkommensausgleichs
(§ 22 Abs. 4 RSAV) = die Satzart 821.

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 und 7.4 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.

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.

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 untenstehenden 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 2020/2021 zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 7 RSAV und zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 270a SGB V:

Satzart	Berichtsjahr	Erhebung	Abgabe an GKV-SV	Abgabe an BAS
100	2019	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
400	2019	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
500	2019	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
600	2019	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
701	2020	Jahresausgleich		30.6.
100	2020	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
400	2020	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
500	2020	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
600	2020	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
700	2020	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
703	2020	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
111	2021	2. Strukturanpassung (Jan–Jun)	15.8.	31.8.
111	2021	1. + 3. Strukturanpassung (Jan–Dez)	15.2.	28.2.
110	2019	Korrekturmeldungen der Versicherten- stammdaten	31.3.	15.4.
110	2020	Korrekturmeldungen der Versicherten- stammdaten	31.3.	15.4.
821	2020	Einkommensausgleich Jahresmeldung	31.7.	15.8. .

Ab Januar 2015 wird jeweils zum 5. eines Monats die Datenmeldung für den Einkommensausgleich nach § 22 Abs. 2 und 3 RSAV (Satzart 820) an das BAS übertragen.

Anlage 3.1: Meldeverfahren zu § 22 Abs. 2 und 3 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2021/2022

1. Erhebungszeitpunkte

Der GKV-Spitzenverband ermittelt die Daten zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 22 Abs. 2 und 3 RSAV (Satzart 820) monatlich bis zum 5. des jeweiligen Meldemonats und meldet diese an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)

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 BAS bekommt die Krankenkasse Gelegenheit zum Abgleich der zu verwendenden Beitragssatzinformationen. 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 Beitragsatzdatei der ITSG zu korrigieren, sollten die per Mail übermittelten Informationen 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 Meldemonat über die E-Mailadresse: rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de dem GKV-Spitzenverband mit.

Informationen der Mitgliederstatistik KM1

Zur Erstellung der Satzart 820 verwendet der GKV-Spitzenverband die amtlichen Zahlen aus der KM1-Statistik. Für die monatlich zu ermittelnde Satzart 820 werden die Angaben der KM1-Statistik aus dem Vormonat des Meldemonats verwendet. Für die Erstellung der Satzart 820 zu den Strukturanpassungen werden die KM1-Mitgliedszahlen der zurückliegenden Monate verwendet.

Die Erstellung der Satzart 820 erfolgt automatisch am 5. Tag des Meldemonats durch den GKV-Spitzenverband und die Daten werden am selben Tag an das BAS 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 BAS für jede Einzelkasse durch den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gilt folgende Satzart für die Durchführung des Einkommensausgleiches
gem. § 22 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 BAS. Das BAS verwendet diese Daten zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 22 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 § 22 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 (JJJJMM) 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 Strukturanpassung: 21 = 1. Strukturanpassung, 22 = 2. Strukturanpassung, 23 = 3. Strukturanpassung.
5	Berichtsmonat KM1	20	25	6	numerisch	Vormonat (JJJJMM) des Meldemonats bzw. in den Strukturanpassungen 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 § 22 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 KM1)

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 KM1)

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 Nachkommastellen) 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 Erhebungs- art (01 bis 12 monatliche Lieferungen, 21 bis 23 Strukturanpassungen) Stelle 20–20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmel- dung usw.
5	Erstellungsdatum	21	28	8	numerisch	JJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Ab- senders ist einzutragen
7	Laufende Nummer	37	41	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (be- ginnend mit 1) pro Dateil- ieferung 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 übermittelten Datensätze der Satzart 820 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 820

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	820 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Meldemonat	8	13	6	numerisch	JJJJMM
4	Anzahl der Datensätze	14	22	9	numerisch	Anzahl der Datensätze 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 BAS zur Abholung bereitgestellt.

Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die E-Mail-Adresse: rsa.verfahren@bas.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 § 22 Abs. 4 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.2 ist gültig für das Schlüsseljahr 2021/2022.

1. Erhebungszeitpunkt

Die Krankenkassen erheben die Daten der Satzart 821 frühestens nach Abschluss des RSA-Clearingverfahrens auf Basis der Satzart 111B nach § 7 Abs. 6 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 § 22 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 Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bis zum 15.08. eines Meldejahres.

3. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gilt folgende Satzart für die Neuberechnung des Einkommensausgleiches
gem. § 22 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 § 22 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. Kalendertag 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 § 22 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 Fusionstermin 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 von	Stellen bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚VOSZ‘ als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	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. Berichtigungsmeldung usw.
5	Erstellungsdatum	17	24	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	25	32	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen

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

3.2 Nachlaufsatz

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

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 821

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	821 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJ
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.

4. Datenübermittlung

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

Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die bestehende Adresse rsa.verfahren@bas.bund.de.

Die Weiterleitungsdateien werden pro Krankenkasse und Satzart bereitgestellt. Im Fall von unterjährigen Fusionen übermittelt der GKV-Spitzenverband für diese Betriebsnummern die Meldungen als eigenständige Datei an das BAS. Der Dateiname einer Weiterleitungsdatei setzt sich aus Satzart, Betriebsnummer, Ausgleichsjahr, Berichtsjahr sowie einem Zeitstempel zusammen.

Die Felder werden jeweils durch einen Unterstrich voneinander getrennt.

Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit:

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