



GKV-SPITZENVERBAND

Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V vom 18.12.2024

inklusive Beschreibung des Datenmeldeverfahrens zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V i. V. m. § 22 Absatz 2 und 4 RSAV, Datenmeldung zur Vorsorgepauschale nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV, Datenmeldung nach § 269 Absatz 5 SGB V für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V und Datenmeldung nach § 115f SGB V.

Impressum

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

www.gkv-spitzenverband.de

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.
Er ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Gliederungsübersicht

Definitionen	6
Vorbemerkung	7
Erster Abschnitt: Datenmeldung nach §§ 7 und 9 RSAV	7
§ 1 Individualdaten	7
§ 2 Statusmerkmale	8
§ 3 Versicherungszeiten	8
§ 4 Übermittlungsturnus	9
§ 5 Melderegion	9
§ 6 aufgehoben	9
§ 7 Pseudonymisierung	9
§ 8 Meldeverfahren	10
§ 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung	10
Zweiter Abschnitt: Datenmeldung zur Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a SGB V	11
§ 10 Kassenindividueller Zusatzbeitragssatz	11
§ 11 Meldegebiet	11
§ 12 Meldeturnus	11
§ 13 Meldeverfahren	11
§ 14 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen	11
Dritter Abschnitt: Datenmeldung zur Vorsorgepauschale nach § 270 Absatz 4 SGB V	12
§ 15 Datenmeldung nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV (Vorsorgepauschale)	12
§ 16 Meldegebiet	12
§ 17 Meldeturnus	12
§ 18 Meldeverfahren	12
§ 19 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen	13
Vierter Abschnitt: Datenmeldungen für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V i. V. m. § 269 Absatz 5 SGB V	13
§ 20 Datenmeldung nach § 269 Absatz 5 SGB V	13
§ 21 Meldegebiet	13
§ 22 Meldeturnus	13
§ 23 Meldeverfahren	14
§ 24 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen	14
Fünfter Abschnitt: Schlussvorschriften	14
§ 25 Aufbewahrungsfristen	14
§ 26 Bindungswirkung	14
§ 27 Inkrafttreten und Kündigung	14
Anlagen zu dieser Bestimmung	16

Abkürzungen

AGG	= Alters-Geschlechts-Gruppe
AGS	= Amtlicher Gemeindeschlüssel
AJ	= Ausgleichsjahr
AMVV	= Arzneimittelverschreibungsverordnung
AQ	= Ausschöpfungsquote
BAS	= Bundesamt für Soziale Sicherung
BfArM	= Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BSI	= Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
BVG	= Bundesversorgungsgesetz
DEÜV	= Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung
DMP	= Disease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme) nach § 137f SGB V
DÜBAK	= Datenübermittlung Bundesagentur für Arbeit/Krankenkassen
DVKA	= Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland
EBM	= Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EM	= Erstmeldung
EM-Rentner/EMR	= Erwerbsminderungsrentner
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	= Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
GKV-SolG	= GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GSG	= Gesundheitsstrukturgesetz
GVWG	= Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
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
PZN	= Pharmazentralnummer
RSA	= Risikostrukturausgleich
RSAV	= Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
StA	= 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 Meldezyklus 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 Absatz 4 Satz 2 SGB V das Nähere über das Verfahren der Datenmeldung. 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 Datenmeldung nach § 22 Absatz 2 und 3 RSAV sowie das jährliche Meldeverfahren für die Anwendung des § 22 Absatz 4 RSAV beschrieben. Der im Schlüsseljahr 2022/2023 neu eingeführte Abschnitt 3 beschreibt das Verfahren zur Datenmeldung nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV. Das Nähere wird in Anlage 4.1 geregelt. Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) am 11. Juli 2021 wird ab dem Schlüsseljahr 2023/2024 ein vierter Abschnitt in der RSA-Bestimmung aufgenommen, in dem die Datenmeldungen für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V i. V. m. § 269 Absatz 5 SGB V enthalten sind. Die Details zu den Meldungen befinden sich in der Anlage 5.1 dieser Bestimmung. Mit Inkrafttreten der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) vom 21.12.2023 i. V. m. § 115f Absatz 4 SGB V werden ab dem Schlüsseljahr 2025/2026 Anpassungen in der Anlage 1.4 und 1.5 erforderlich, anhand derer die Datenmeldungen durchgeführt und validiert werden können.

Erster Abschnitt: Datenmeldung nach §§ 7 und 9 RSAV

§ 1 Individualdaten

(1) Die gemäß §§ 7 und 9 RSAV zu übermittelnden Individualdaten umfassen die Versichertenstammdaten, die Morbiditätsinformationen und die Leistungsausgaben für Versicherte nach § 1 Absatz 1 RSAV. Die Individualdaten der Versicherten werden pseudonymisiert. Die Weiterleitung und Zusammenführung der Individualdaten mit weiteren Daten erfolgt ausschließlich in pseudonymisierter Form. Bezüglich der Herstellung des Versichertenbezuges sind die Vorgaben des § 267 Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB V in Verbindung mit § 7 Absatz 2 Satz 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu beachten.

(2) Für Versicherte nach § 1 Absatz 1 RSAV werden die Morbiditätsinformationen für die Bereiche Arzneimittelversorgung, Krankenhausversorgung, extrakorporale Blutreinigungen, ambulante ärztliche

Versorgung und spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f Absatz 4 SGB V pseudonymisiert übermittelt. Zu den zu übermittelnden Morbiditätsinformationen gehören insbesondere Angaben zu Diagnosen, extrakorporalen Blutreinigungen und verordneten Arzneimitteln. Die ambulanten Prozeduren und Operationen werden abweichend zu § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres nicht übermittelt.

(3) Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 4 RSAV werden vollständig versichertenbezogen übermittelt. 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 Absatz 6 SGB V dokumentiert werden, sind in den Individualdaten nach Absatz 2 und 3 nicht zu melden. 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 2 und § 53 Absatz 4 SGB V,
4. Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 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 Absatz 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 Absatz 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 Berichtsjahres.

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

(4) Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V ruhen, Mitglieder, für deren Beitragsbemessung § 240 Absatz 4b SGB V gilt und deren nach § 10 SGB V versicherten Angehörige sowie Mitglieder, deren Leistungsansprüche nach § 256a Absatz 4 SGB V ruhen, sind nach § 3 Absatz 3 i. V. m. § 2 Absatz 5 RSAV nicht zu selektieren.

§ 4 Übermittlungsturnus

(1) Die Übermittlung der Erstmeldung nach § 7 Absatz 1 RSAV wird jährlich und auf das Ausgleichsjahr bezogen vorgenommen. Die Erstmeldung erfolgt bis zum 15. August an das BAS. Zeitgleich mit der Erstmeldung werden die Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV zur Durchführung der Aufgaben nach § 217f Absatz 7 SGB V an den GKV-Spitzenverband übermittelt.

(2) Die Korrekturmeldung gem. § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 RSAV erfolgt bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BAS. Die Korrekturmeldung erfolgt ausschließlich für die Satzarten 100, 400, 500 und 600. Das Nähere hierzu ist in Anlage 1.4 geregelt.

(3) Die Meldung der Daten 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 Datenübermittlung gem. § 7 Absatz 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) die Meldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV erfolgt bis zum 15. April des Meldejahres. Damit werden die personenbezogenen Leistungsausgaben des gleichen Schlüsseljahres korrigiert. Eine Korrekturmeldung der Daten gem. § 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV erfolgt nicht. Das Nähere dazu ist in Anlage 1.4 geregelt.

§ 5 Melderegion

Die Datenmeldungen 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 zugeordnet wird und die Daten über zwei Berichtszeiträume hinweg verknüpfbar bleiben. Für jeden Versicherten kann innerhalb eines Schlüsseljahres das gleiche Pseudonym verwendet werden. Grundsätzlich sind im Falle von Kassenfusionen innerhalb eines Schlüsseljahres die Daten mit dem individuellen Schlüsselteil der aufnehmenden Kasse zu verschlüsseln.

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

Es ist als 19stelliges Pseudonym zu erzeugen, indem die Betriebsnummer der Krankenkasse in den ersten acht Stellen des Pseudonyms abgebildet wird. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die der Hauptkasse handeln. Die verbleibenden Stellen des Pseudonyms enthalten eine kassenintern vergebene Kennung, die den Versicherten von allen anderen Versicherten der Krankenkasse unterscheidet und in allen Berichtsjahren des Schlüsseljahres, in denen für den Versicherten keine bundeseinheitliche KV-Nummer vorliegt, identisch sein muss. Beim Zusammenschluss zweier Krankenkassen ist darauf zu achten, dass innerhalb des gleichen Schlüsseljahres ein Pseudonym nicht geändert wird. 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 Absatz 4 Satz 1 i. V. m. § 7 Absatz 5 Satz 2 RSAV hat der GKV-Spitzenverband die nach § 7 Absatz 1 RSAV zu übermittelnden 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 übermittelt werden. In der Praxis auftretende Fragestellungen im Zusammenhang mit den rechtlichen Vorgaben zur Datenmeldung werden durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen eines für die Krankenkassen verbindlichen MRSA-Fragenkataloges geklärt. Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband prüfen die Datenmeldungen vor deren Weitergabe 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 Absatz 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 Absatz 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 Meldegebiet

Die Datenmeldungen sind je Krankenkasse bundesweit vorzunehmen.

§ 12 Meldeturnus

(1) Die Meldung der Daten nach § 22 Absatz 2 und 3 RSAV wird monatlich durchgeführt.

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

§ 13 Meldeverfahren

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

(1) Die Krankenkassen überprüfen die Daten nach § 22 Absatz 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 Absatz 4 RSAV auf Plausibilität. Details zu den Prüfungen werden in Anlage 1.5 dieser Bestimmung beschrieben.

Dritter Abschnitt: Datenmeldung zur Vorsorgepauschale nach § 270 Absatz 4 SGB V

§ 15 Datenmeldung nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV (Vorsorgepauschale)

(1) Zur Durchführung der Vorgaben nach § 270 Absatz 4 SGB V (Vorsorgepauschale) übermitteln die Krankenkassen die Daten nach § 270 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V i. V. m. § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV jährlich und leiten diese Daten an den GKV-Spitzenverband weiter.

(2) Details zu den Datenmeldungen sind in der Anlage 4.1 enthalten.

§ 16 Meldegebiet

Die Datenmeldungen sind je Krankenkasse bundesweit vorzunehmen.

§ 17 Meldeturnus

(1) Die Datenmeldung der Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV wird jährlich durchgeführt.

§ 18 Meldeverfahren

(1) Der GKV-Spitzenverband meldet die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV für die Erstmeldung (Satzart 831) zum 15. August an das BAS. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV bis zum 31.07. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband.

(2) Der GKV-Spitzenverband meldet die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV in Verbindung mit § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV für die Korrekturmeldung zum 15. April an das BAS. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV in Verbindung mit § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV bis zum 31.03. des gleichen Schlüsseljahres an den GKV-Spitzenverband.

(3) Die Übermittlung der Erstmeldung nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV wird jährlich und auf das Ausgleichsjahr bezogen vorgenommen.

(4) Die Datenübermittlung nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV in Verbindung mit § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV erfolgt bis zum 15. April des gleichen Schlüsseljahrs an das BAS (Satzart 832). Damit werden die Satzart 831-Daten des gleichen Schlüsseljahres korrigiert.

§ 19 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen

(1) Die Krankenkassen überprüfen die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 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 4.1 dieser Bestimmung beschrieben.

(2) Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband prüfen die Daten nach § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV auf Plausibilität. Details zu den Prüfungen werden in Anlage 1.5 dieser Bestimmung beschrieben.

Vierter Abschnitt: Datenmeldungen für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V i. V. m. § 269 Absatz 5 SGB V

§ 20 Datenmeldung nach § 269 Absatz 5 SGB V

(1) Für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V übermitteln die Krankenkassen die Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V jährlich und leiten diese Daten an den GKV-Spitzenverband weiter.

(2) Details zu den Datenmeldungen sind in der Anlage 5.1 enthalten.

§ 21 Meldegebiet

Die Erhebungen sind je Krankenkasse bundesweit vorzunehmen.

§ 22 Meldeturnus

(1) Die Meldung der Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V wird jährlich durchgeführt.

§ 23 Meldeverfahren

(1) Der GKV-Spitzenverband meldet die Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V für die Erstmeldung (Satzarten 303 und 304) zum 15. August an das BAS. Die Krankenkassen übermitteln die Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V bis zum 31.07. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband.

(2) Die Übermittlung der Erstmeldung nach § 269 Absatz 5 SGB V wird jährlich und auf das Ausgleichsjahr bezogen vorgenommen.

§ 24 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen

(1) Die Krankenkassen überprüfen die Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V 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 5.1 dieser Bestimmung beschrieben.

(2) Die Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband prüfen die Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V auf Plausibilität. Details zu den Prüfungen werden in Anlage 1.5 dieser Bestimmung beschrieben.

Fünfter Abschnitt: Schlussvorschriften

§ 25 Aufbewahrungsfristen

Der § 7 Absatz 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. Ergänzend ist der die Regelung des § 7 Absatz 2 RSAV konkretisierende Aufbewahrungskatalog des GKV-Spitzenverbandes nach § 110a SGB IV (Grundsätze ordnungsgemäßer Aufbewahrung) zu beachten.

§ 26 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.

§ 27 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Bestimmung tritt am 15.04. 2025 in Kraft und gilt für das Schlüsseljahr 2025/2026.

(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 ₂₀₂₄ :	Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
Anlage 1.1 ₂₀₂₅ :	Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
Anlage 1.2:	aufgehoben
Anlage 1.3:	Pseudonymisierung (zu § 7 der Bestimmung)
Anlage 1.4:	Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung)
Anlage 1.4a:	Erwerbsminderungsrentenarten (zu § 8 der Bestimmung)
Anlage 1.5:	Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu §§ 9, 14, 19 und 24 der Bestimmung)
Anlage 2.1:	Allgemeines zum Meldeverfahren nach §§ 8, 13, 18 und 23 der Bestimmung
Anlage 3.1:	Meldeverfahren zu § 22 Absatz 2 und 3 RSAV
Anlage 3.2:	Meldeverfahren zu § 22 Absatz 4 RSAV
Anlage 4.1:	Meldeverfahren zu § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV
Anlage 5.1:	Meldeverfahren zu § 269 Absatz 5 SGB V

Anlage 1.1₂₀₂₄:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2024

Ziel der Anlage 1.1₂₀₂₄ 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 und des Versorgungsfonds	--	--	--	--
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 Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	310	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe				
	3100	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	--	--	--	--
32		Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB XIV, BVG, dem SGB V, dem SGB VI, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Anti-D-Hilfe-Gesetz				
	321 ³	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 ³	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 und § 60 SGB XIV				
	3250 ³	Erstattungen nach § 19 BVG und nach § 60 SGB XIV	P	--	--	--
	3252	Erstattungen nach § 19 BVG und nach § 60 SGB XIV - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	326	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen				
	3260	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	--	--	--	--
	3263	Erstattungen des Bundes im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--

³ 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 Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	3264	Bundesmittel für die Erstattung von Energiekostensteigerungen (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
33		Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V				
	330	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden				
	3300	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden	--	--	--	--
	332	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V				
	3320	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V	--	--	--	--
	3322	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	335	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen				
	3350	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen	--	--	--	--
	3352	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	336	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)				
	3360	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)	--	--	--	--
	3362	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	338	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld				
	3380	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld	--	--	--	--
	3382	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler - (nur LKK)	--	--	--	--
34		Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden				
	340	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte				
	3400 ⁴	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte	P	--	--	--
	3402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--

⁴ Die Konten 3400 und 3410 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	341	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V				
	3410 ⁴	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	--	--	--	--
	371	Vermögenszuführungen (Gesundheitsfonds)				
	3710	Vermögenszuführungen (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	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	--	--	--	--
	373	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V				
	3730	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--
	375	Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
3750	Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V	--	X	--	--
3752	Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V - Altenteiler	--	--	--	--
376	Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V				
3760	Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V - Abschlagsverfahren	--	--	--	--
3761	Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich	--	--	--	--
3762	Mittel aus dem Zusatzbeitrag (ohne 3760 und 3761) – Forderungen/Verpflichtungen	--	--	--	--
377	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren -				
3770	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 7 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3771	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3772	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3773	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3775	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 17 RSAV - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
378	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Jahresausgleich / Korrekturbeträge -				
3780	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 7 Satz 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3781	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3782	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3783	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3784	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 268 Abs. 4 SGB V – Jahresausgleich -	--	--	--	--
3785	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 18 RSAV – Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3786	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbetrag -	--	--	--	--
3787	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 20 und 21 RSAV sowie nach § 408 SGB V	--	--	--	--
379	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne 377 und 378) - Forderungen / Verpflichtungen -				
3790	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 7 Satz 3 SGB V - ohne 3770 und 3780 -	--	--	--	--
3791	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - ohne 3771 und 3781 -	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1) Standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme	
	3792	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - ohne 3772 und 3782 -	--	--	--	--
	3793	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - ohne 3773 und 3783 -	--	--	--	--
	3794	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 268 Abs. 4 SGB V – ohne 3784 –	--	--	--	--
	3795	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 18 RSAV – ohne 3775 und 3785 -	--	--	--	--
	3796	Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 266 Abs. 7 Satz 3 SGB V	--	--	--	--
	3797	Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V	--	--	--	--
	3798	Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen	--	--	--	--
38		Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen				
	380	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen				
	3800	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen	--	--	--	--
	3802	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
39		Sonstige Einnahmen				
	390	Sonstige Einnahmen (Gesundheitsfonds)				
	3900	Unterschreibungsbeträge nach § 110a Abs. 3 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	3901	Beträge nach § 6 Abs. 2 RSAV und § 273 Abs. 6 Satz 9 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	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	Ubrige Einnahmen				
	3990	Ubrige Einnahmen	--	--	--	--
	3992	Ubrige 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) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme	
40		Ärztliche Behandlung				
	400	Ärztliche Behandlung				
	4000	Ärztliche Behandlung (ohne 4003)	1	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
4003	Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen		1	--	--	--
4006	Ambulante Komplexbehandlung nach § 92 Abs. 6b SGB V		1	--	--	--
401	Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte					
4010	Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte (ohne 4011)		1	--	--	--
4011	Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte – Vergütung nach § 115f SGB V-		1	--	--	--
402	Dialyse-Sachkosten					
4020	Dialyse-Sachkosten		7	--	--	--
403	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen					
4030	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V		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
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	--	--	--
4101	Unterkieferprotrusionsschiene		2	--	--	--
4102	Schientherapie - Aufbissschienen		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	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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 -				
	4300	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung -	3	--	--	--
	431	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhausapotheken				
	4310	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhausapotheken 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				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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	--	--	--
4394	Kombinationsabschlag nach § 130e SGB V		3	--	--	--
4396	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern - ambulant		3	--	--	--
4399	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern - stationär		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					
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					
4500	Physiotherapeutische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung		5	--	--	--
4503	Physiotherapeutische Leistungen - vertragszahnärztliche Versorgung		5	--	--	--
4504	Physiotherapeutische Leistungen - Entlassmanagement		5	--	--	--
4505	Physiotherapeutische Leistungen - Blankoverordnung		5	--	--	--
454	Ergotherapie					
4540	Ergotherapeutische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung		5	--	--	--
4544	Ergotherapeutische Leistungen - Entlassmanagement		5	--	--	--
4545	Ergotherapeutische Leistungen - Blankoverordnung		5	--	--	--
455	Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie					
4550	Stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung		5	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
4553	Sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - vertragszahnärztliche Versorgung	5	--	--	--	
4554	Stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - Entlassmanagement	5	--	--	--	
4555	Stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - Blankoverordnung	5	--	--	--	
456	Ernährungstherapie					
4560	Ernährungstherapeutische Leistungen	5	--	--	--	
457	Heilmittel im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V					
4570	Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V	5	--	--	--	
4571	Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	5	--	--	--	
4572	Heilmittel besondere Versorgung nach § 140a SGB V	5	--	--	--	
458	Podologische Therapie					
4580	Podologische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung	5	--	--	--	
4584	Podologische Leistungen - Entlassmanagement	5	--	--	--	
4585	Podologische Leistungen - Blankoverordnung	5	--	--	--	
459	Sonstige Heilmittel					
4590	Sonstige Heilmittel	5	--	--	--	
46	Krankenhausbehandlung					
460	Krankenhausbehandlung					
4600	Krankenhausbehandlung ohne 4603	4	--	--	--	
4603	Stationäre psychiatrische Behandlung	4	--	--	--	
4606 ⁵	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	P	--	--	--	
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 nach § 115b SGB V					
4620	Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V (ohne 4621)	4	--	--	--	
4621	Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V – Vergütung nach § 115f 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	--	--	--	

⁵ Konto 4606 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 4 berücksichtigt.

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	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 471,472 und 473)				
	4700	Krankengeld (ohne 471,472 und 473)	6a	--	--	--
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes				
	4710	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6b	--	--	--
	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	6a	--	--	--
	473	Krankengeld nach § 44b SGB V				
	4730	Krankengeld nach § 44b SGB V	4	--	--	--
	478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld				
	4780	Beiträge aus Krankengeld (ohne 4781 und 4782)	6a	--	--	--
	4781	Beiträge aus Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	6b	--	--	--
	4782	Beiträge aus Krankengeld nach § 44b SGB V	4	--	--	--
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht				
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand				
	4800	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand für Versicherte mit gewöhnlichem Auslandsaufenthalt	--	--	--	--
	4803	Erstattungen für Versicherte mit vorübergehendem Auslandsaufenthalt	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	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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	--	--
	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)	5	--	--
	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	--
	502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)			
	5020	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)	5	--	--
	503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -			
	5030	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -	5	--	--
	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	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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	5	--	--	--	
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					
5120	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern	5	--	--	--	
5123	Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz nach § 20k SGB V	--	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	--	--	
518	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und § 132e SGB V					
5180	Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe 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	--	--	--	
5189	Schutzimpfungen durch Apotheken nach § 132e SGB V	3	--	--	--	
519	Rabatte auf Impfstoffe					
5190	Rabatte auf Impfstoffe	3	--	--	--	

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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 SGB V	--	X	--	--
	5241	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V	5	--	--	--
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V und § 64e SGB V				
	5250	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V	--	X	--	--
	5251	Modellvorhaben nach § 64e SGB V	5	--	--	--
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben				
	5260	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben	--	X	--	--
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, besonderer Therapieeinrichtungen sowie ambulanter Krebsberatungsstellen (§§ 65b, 65d und 65e SGB V)				
	5270	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, besonderer Therapieeinrichtungen sowie ambulanter Krebsberatungsstellen (§§ 65b, 65d und 65e 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	--	--	--
	5313	Krankenhausbehandlung – Pflegepersonalkosten	4	--	--	--
	532	Arznei- und Verbandmittel				
	5320	Arznei- und Verbandmittel	3	--	--	--
	537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	5370	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	--	--	--
	539	Übrige Aufwendungen				
	5390	Übrige Aufwendungen	5	--	--	--
54		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen				
	540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden				
	5400	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden	5	--	--	--
	541	Rehabilitationssport				
	5410	Rehabilitationssport	5	--	--	--
	542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583)				
	5420	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 SGB V / § 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	5423	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 2 SGB V / § 8 KVLG 1989	5	--	--	--
	543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V / Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V				
	5430	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V	1	--	--	--
	5433	Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V	1	--	--	--
	544	Behandlung in psychiatrischen / geriatrischen Institutsambulanzen				
	5440	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	1	--	--	--
	5443	Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen 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	--	--
55		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft				
	550	Ärztliche Betreuung				
	5500	Ärztliche Betreuung	1	--	--	--
	551	Hebammenhilfe				
	5510	Hebammenhilfe	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	552	Stationäre Entbindung			
	5520	Stationäre Entbindung – ohne Pflegepersonal- kosten	4	--	--
	5523	Stationäre Entbindung – Pflegepersonalkosten	4	--	--
	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		Häusliche Krankenpflege, Intensivpflege, Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Betriebs- und Haushaltshilfe			
	560	Betriebshilfe (nur LKK)			
	5600	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung - (nur LKK)	--	--	--
	5601	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung - (nur LKK)	--	--	--
	5602	Betriebshilfe - Mehrleistung - (nur LKK)	--	--	--
	563	Behandlungspflege und besondere Versor- gung nach § 140a SGB V			
	5630	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V	5	--	--
	5637	Behandlungspflege (Regelleistungen) nach § 140a SGB V	5	--	--
	564	Haushaltshilfe			
	5640	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -	5	--	--
	5641	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -	5	--	--
	5642	Haushaltshilfe - Mehrleistung -	--	X	--
	5643	Haushaltshilfe und häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	5	--	--
	567	Häusliche Krankenpflege und besondere Ver- sorgung nach § 140a SGB V			
	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	--	--
	5674	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V/§ 8 KVLG 1989	--	X	--
	5675	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989	--	X	--
	5676	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V/§ 8 KVLG 1989	--	X	--
	5677	Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen) nach § 140a SGB V	5	--	--
	568	Intensivpflege			
	5681	Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtun- gen	5	--	--
	5682	Intensivpflege in Einrichtungen der Eingliede- rungshilfe	5	--	--
	5684	Intensivpflege ambulant in der Häuslichkeit der Versicherten	5	--	--
	5685	Intensivpflege ambulant in Wohneinheiten	5	--	--
	5686	Intensivpflege nach § 37c Abs. 3 Satz 3 SGB V	5	--	--
	569	Kurzzeitpflege und Übergangspflege			

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	5693	Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V	5	--	--	--
	5694	Übergangspflege nach § 39e 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 und 588)				
	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	--	--	--
	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	--	--	--
	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 Anwendungen				
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP				
	5810	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP	--	--	--	X
	582	Digitale Anwendungen				
	5820	Digitale Gesundheitsanwendungen	5	--	--	--
	5821	Digitale Gesundheitsanwendungen und digitale medizinische Anwendungen im Rahmen DMP	--	--	--	X
	583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP				
	5830	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP	--	--	--	X
	584 ⁶	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	--	--

⁶ KA 584 wird um KA 375 vermindert.

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
587 ⁷	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 ⁸	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	--	--	--	
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	--	--	--	
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	--	--	--	
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 / Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken					
5950	Förderung ambulanter Hospizdienste	5	--	--	--	
5951	Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken nach § 39d SGB V	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 SGB V					
5970	Versichertenbonus nach § 65 a SGB V	--	X	--	--	
598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen					

⁷ KA 587 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

⁸ KA 588 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
5980 ⁹	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989	P	--	--	--
5985 ¹⁰	Vorauszahlungen von Zuzahlungen	P	--	--	--
599	Übrige Leistungen				
5990	Übrige Leistungen	5	--	--	--
5993	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen	--	X	--	--

⁹ Das Konto 5980 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹⁰ Das Konto 5985 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

A.3

Kontenklasse 6 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, 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 und zum Versorgungsfonds	--	--	--	--
	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 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. 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6401	Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
641	Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds				
6410	Finanzierungsanteil nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V der Krankenkassen am Innovationsfonds	--	X	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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	--	--	--	--	
671	Vermögensabführungen					
6710	Vermögensabführungen an den Gesundheitsfonds	--	--	--	--	
672	Ausgaben für finanzielle Hilfen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände					
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	--	--	--	--	
673	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V (Gesundheitsfonds)					
6730	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
674	Weitere Aufwendungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und für die Erstattung von Energiekostensteigerungen (Gesundheitsfonds)				
6740	Versorgungsaufschläge nach § 21a Abs. 4 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6741	Aufwendungen nach § 4 Abs. 8 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6742	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 26f KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
675	Aufwendungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie				
6750	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Absätze 4, 4a und 4b KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6751	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 5 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6752	Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V - Ausgleichszeitraum 16. März 2020 bis 30. September 2020 - (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6753	Ausgleichszahlungen für Heilmittelbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV (Gesundheitsfond)	--	--	--	--
6754	Zuschussbeträge für soziale Dienstleister nach § 9 SodEG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6755	Aufwendungen für Testungen auf Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr.1 Buchst. b SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6756	Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V - Ausgleichszeitraum ab 18. November 2020 – (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6757	Aufwendungen für Schutzmasken nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchst. c SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6758	Aufwendungen für Impfungen nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchst. a SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6759	Sonstige Aufwendungen im Rahmen der Corona-Pandemie (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)				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
6776	Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
6777	Zuweisungen – Strukturanpassungen – (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
678	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds)					
6787	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 20 und 21 RSAV sowie nach § 408 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
6788	Risikopool nach § 268 Abs. 4 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	--	
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					

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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 – direkt finanziert	--	--	X	--	
6975	Aufwendungen der Krankenkassen für eigene Telematikinfrastruktur	--	--	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 Leistungsaus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
70		Persönliche Verwaltungskosten				
	700	Dienstbezüge, Gehälter und Löhne				
	7000	Dienstbezüge der Beamten und DO-An- gestellten	--	--	X	--
	7001	Vergütungen der Arbeitnehmer ein- schließlich Vergütungen der hauptamtli- chen Vorstandsmitglieder	--	--	X	--
	7003	Beschäftigungsentgelte	--	--	X	--
	7004	Verwaltungskosten für Mitgliederwerb- ung von privaten Dienstleistern	--	--	X	--
	701	Versicherungsbeiträge und Prämien				
	7010	Nachversicherungsbeiträge	--	--	X	--
	7011	Sozialversicherungsbeiträge und sons- tige Versicherungsbeiträge für den hauptamtlichen Vorstand und für Arbeit- nehmer	--	--	X	--
	7012	Beiträge an den PSVaG	--	--	X	--
	7015	Beiträge zur Zusatzversorgung für Ar- beitnehmer	--	--	X	--
	7016	Prämien an Rückdeckungsversicherun- gen			X	
	702	Versorgungsaufwendungen, Aufwen- dungen für Altersteilzeit und Wertgutha- ben nach § 7b SGB IV				
	7020	Ruhegehälter/Ruhensbezüge, Witwen- und Waisengelder, Altersgelder	--	--	X	--
	7021	Versorgungsbezüge nach § 63 G 131	--	--	X	--
	7022	Zahlungen an Pensionskassen	--	--	X	--
	7023	Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG	--	--	X	--
	7024	Zuführungen zu und Entnahmen aus Mitteln der Versorgungsrücklage und des Versorgungsfonds	--	--	X	--
	7025	Renten aus der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	--	--	X	--
	7026	Rückstellungen aus Altersteilzeitverein- barungen nach dem Altersteilzeitgesetz (AltTZG) (ohne LKK und Gesundheits- fonds)	--	--	X	--
	7027	Rückstellungen aus Wertguthabenver- einbarungen nach § 7b SGB IV (ohne LKK und Gesundheitsfonds)	--	--	X	--
	7028	Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 170 SGB V	--	--	X	--
	703	Beihilfen, Unterstützungen und Fürsor- geleistungen				
	7030	Beihilfen für Beschäftigte	--	--	X	--
	7031	Beihilfen für Versorgungsempfänger	--	--	X	--
	7032	Unterstützungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger	--	--	X	--
	7033	Fürsorgeleistungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger	--	--	X	--
	704	Sonstige persönliche Verwaltungskosten				
	7040	Zuschüsse zur Gemeinschaftsverpfle- gung und für soziale Einrichtungen	--	--	X	--
	7042	Trennungsgeld, Umzugskostenvergütun- gen und Fahrkostenzuschüsse	--	--	X	--

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1) standardisierte Leistungsaus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	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 und 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) standardisierte Leistungsaus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	7391	Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 7 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	7392	Weiterleitung von Zuweisungen für Verwaltungskosten gem. § 149 Abs. 3 SGB V	--	--	X	--
	7393	Erstattung weiterer Verwaltungskosten des BAS (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 der 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 Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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 2024

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

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2024:

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

B.1.2 RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2024:

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
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, Konto 5189, KA 519, 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 473, Konto 4782, 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, Konto 4803, KA 481, KA 483, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 500, KA 502, KA 503, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 509, KA 510, Konto 5120, KA 513, KA 514, KA 515, Konto 5241, Konto 5251, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, Konto 5423, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 555, KA 556, KA 563, Konten 5640, 5641, 5643, 5670, 5673, 5677, KA 568, KA 569, KA 575, KA 578, Konto 5820, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, Konto 5990
6a. Krankengeld		KA 470, KA 472, Konto 4780
6b. Kinderkrankengeld		KA 471, Konto 4781
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 2024:

	Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen	
	Summe aus	Konto 3750, KA 484, KA 501, KA 511, Konto 5123, KA 517, Konto 5180, Konto 5240, KA 525, KA 526, Konto 5420, KA 549, Konto 5642, 5674, 5675, 5676, KA 579, KA 584 ¹¹ , 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, Konten 6970, 6973, 6974 und 6975, KA 698, 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, Konto 5821, KA 583

¹¹ KA 584 wird um KA 375 vermindert
Anlage 1.1₂₀₂₄

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2024:

(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 § 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 und nach § 60 SGB XIV	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
- Besondere/Integrierte Versorgung – Rabatte	KA	587
- Komplexpauschalen bei Besonderer/Integrierter Versorgung	KA	588
- 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 8 unter Berücksichtigung der relevanten Erstattungen und Einnahmen der KK 3, der pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Konto 4606), des Betrages der KA 598 (Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen), des Betrages der KA 587 (Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung – Rabatte), des Betrages der KA 588 (Komplexpauschalen bei Besonderer/Integrierter Versorgung), des Betrages der KA 404 (Ärztliche Leistungsaufwendungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme), des Betrages der KA 581 (Medizinische Vorsorgeleistungen – DMP), des Betrages des Kontos 5821 (Digitale Gesundheitsanwendungen und digitale medizinische Anwendungen im Rahmen DMP), des Betrages der KA 583 (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation – DMP) und des Betrages des Kontos 4800 (Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand für Versicherte mit gewöhnlichem Auslandsaufenthalt) muss identisch sein mit dem in der KJ1 unter Schlüssel-Nr. 9995 ausgewiesenen Gesamtbetrag.

Anlage 1.1₂₀₂₅:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2025

Ziel der Anlage 1.1₂₀₂₅ 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 und des Versorgungsfonds	--	--	--	--
	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 Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	310	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe				
	3100	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	--	--	--	--
32		Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB XIV, BVG, dem SGB V, dem SGB VI, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Anti-D-Hilfe-Gesetz				
	321 ³	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 ³	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 und § 60 SGB XIV				
	3250 ³	Erstattungen nach § 19 BVG und nach § 60 SGB XIV	P	--	--	--
	3252	Erstattungen nach § 19 BVG und nach § 60 SGB XIV - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	326	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen				
	3260	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	--	--	--	--
	3263	Erstattungen des Bundes im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--

³ 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 Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	3264	Bundesmittel für die Erstattung von Energiekostensteigerungen (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
33		Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V				
	330	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden				
	3300	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden	--	--	--	--
	332	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V				
	3320	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V	--	--	--	--
	3322	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	335	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen				
	3350	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen	--	--	--	--
	3352	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	336	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)				
	3360	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)	--	--	--	--
	3362	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	338	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld				
	3380	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld	--	--	--	--
	3382	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler - (nur LKK)	--	--	--	--
34		Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden				
	340	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte				
	3400 ⁴	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte	P	--	--	--
	3402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--

⁴ Die Konten 3400 und 3410 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	341	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V				
	3410 ⁴	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	--	--	--	--
	371	Vermögenszuführungen (Gesundheitsfonds)				
	3710	Vermögenszuführungen (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	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	--	--	--	--
	373	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V				
	3730	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--
	375	Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
3750	Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V	--	X	--	--
3752	Einnahmen aus Fördermitteln des Innovationsfonds nach § 92a SGB V - Altenteiler	--	--	--	--
376	Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V				
3760	Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V - Abschlagsverfahren	--	--	--	--
3761	Mittel aus dem Zusatzbeitrag nach § 270a Abs. 2 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich	--	--	--	--
3762	Mittel aus dem Zusatzbeitrag (ohne 3760 und 3761) – Forderungen/Verpflichtungen	--	--	--	--
377	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren -				
3770	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 7 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3771	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3772	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3773	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
3775	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 17 RSAV - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
378	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Jahresausgleich / Korrekturbeträge -				
3780	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 7 Satz 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3781	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3782	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3783	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3784	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 268 Abs. 4 SGB V – Jahresausgleich -	--	--	--	--
3785	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 18 RSAV – Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--
3786	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbetrag -	--	--	--	--
3787	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 20 und 21 RSAV sowie nach § 408 SGB V	--	--	--	--
379	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne 377 und 378) - Forderungen / Verpflichtungen -				
3790	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 7 Satz 3 SGB V - ohne 3770 und 3780 -	--	--	--	--
3791	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - ohne 3771 und 3781 -	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1) Standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme	
	3792	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - ohne 3772 und 3782 -	--	--	--	--
	3793	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V - ohne 3773 und 3783 -	--	--	--	--
	3794	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 268 Abs. 4 SGB V – ohne 3784 –	--	--	--	--
	3795	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 18 RSAV – ohne 3775 und 3785 -	--	--	--	--
	3796	Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 266 Abs. 7 Satz 3 SGB V	--	--	--	--
	3797	Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Nr. 3 SGB V	--	--	--	--
	3798	Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen	--	--	--	--
38		Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen				
	380	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen				
	3800	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen	--	--	--	--
	3802	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehaltungen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
39		Sonstige Einnahmen				
	390	Sonstige Einnahmen (Gesundheitsfonds)				
	3900	Unterschreitungsbeiträge nach § 110a Abs. 3 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	3901	Beiträge nach § 6 Abs. 2 RSAV und § 273 Abs. 6 Satz 9 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	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	Ubrige Einnahmen				
	3990	Ubrige Einnahmen	--	--	--	--
	3992	Ubrige 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) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme	
40		Ärztliche Behandlung				
	400	Ärztliche Behandlung				
	4000	Ärztliche Behandlung (ohne 4003)	1	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	4003	Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen	1	--	--
	4006	Ambulante Komplexbehandlung nach § 92 Abs. 6b SGB V	1	--	--
	401	Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte			
	4010	Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte (ohne 4011)	1	--	--
	4011	Ambulantes Operieren durch Vertragsärzte – Vergütung nach § 115f SGB V-	1	--	--
	402	Dialyse-Sachkosten			
	4020	Dialyse-Sachkosten	7	--	--
	403	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen			
	4030	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V	1	--	--
	4033	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V	1	--	--
	4036	Ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V	1	--	--
	4037	Dialyse und LDL-Apherese in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V	7	--	--
	404	Ärztliche Leistungsaufwendungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme			
	4040	Ärztliche Leistungsaufwendungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043)	--	--	X
	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	--	--
	4101	Unterkieferprotrusionsschiene	2	--	--
	4102	Schientherapie - Aufbisschienen	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)			

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	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 -				
	4300	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung -	3	--	--	--
	431	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhausapotheken				
	4310	Arznei- und Verbandmittel aus Krankenhausapotheken 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	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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	--	--	--	
4394	Kombinationsabschlag nach § 130e SGB V	3	--	--	--	
4396	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern - ambulant	3	--	--	--	
4399	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern - stationär	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					
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					
4500	Physiotherapeutische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung	5	--	--	--	
4503	Physiotherapeutische Leistungen - vertragszahnärztliche Versorgung	5	--	--	--	
4504	Physiotherapeutische Leistungen - Entlassmanagement	5	--	--	--	
4505	Physiotherapeutische Leistungen - Blankoverordnung	5	--	--	--	
454	Ergotherapie					
4540	Ergotherapeutische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung	5	--	--	--	
4544	Ergotherapeutische Leistungen - Entlassmanagement	5	--	--	--	
4545	Ergotherapeutische Leistungen - Blankoverordnung	5	--	--	--	
455	Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie					

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
4550	Stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung	5	--	--	--
4553	Sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - vertragszahnärztliche Versorgung	5	--	--	--
4554	Stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - Entlassmanagement	5	--	--	--
4555	Stimm-, sprech-, sprach-, schlucktherapeutische Leistungen - Blankoverordnung	5	--	--	--
456	Ernährungstherapie				
4560	Ernährungstherapeutische Leistungen	5	--	--	--
457	Heilmittel im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V				
4570	Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V	5	--	--	--
4571	Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	5	--	--	--
4572	Heilmittel besondere Versorgung nach § 140a SGB V	5	--	--	--
458	Podologische Therapie				
4580	Podologische Leistungen - vertragsärztliche Versorgung	5	--	--	--
4584	Podologische Leistungen - Entlassmanagement	5	--	--	--
4585	Podologische Leistungen - Blankoverordnung	5	--	--	--
459	Sonstige Heilmittel				
4590	Sonstige Heilmittel	5	--	--	--
46	Krankenhausbehandlung				
460	Krankenhausbehandlung				
4600	Krankenhausbehandlung ohne 4603	4	--	--	--
4603	Stationäre psychiatrische Behandlung	4	--	--	--
4606 ⁵	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	P	--	--	--
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 nach § 115b SGB V				
4620	Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V (ohne 4621)	4	--	--	--
4621	Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V – Vergütung nach § 115f 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)				

⁵ Konto 4606 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren im HLB 4 berücksichtigt.

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1)	(2)	(3)	(4)	
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme	
	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 471,472 und 473)				
	4700	Krankengeld (ohne 471,472 und 473)	6a	--	--	--
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes				
	4710	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6b	--	--	--
	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	6a	--	--	--
	473	Krankengeld nach § 44b SGB V				
	4730	Krankengeld nach § 44b SGB V	4	--	--	--
	478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld				
	4780	Beiträge aus Krankengeld (ohne 4781 und 4782)	6a	--	--	--
	4781	Beiträge aus Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	6b	--	--	--
	4782	Beiträge aus Krankengeld nach § 44b SGB V	4	--	--	--
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht				
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand				
	4800	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand für Versicherte mit gewöhnlichem Auslandsaufenthalt	--	--	--	--
	4803	Erstattungen für Versicherte mit vorübergehendem Auslandsaufenthalt	5	--	--	--
	481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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	--	--	--	
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)	5	--	--	--	
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	--	--	
502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)					
5020	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)	5	--	--	--	
503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -					
5030	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -	5	--	--	--	
504	Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579)					

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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 Vä- ter (ohne 579)					
5080	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Vä- ter (ohne 579)		5	--	--	--
509	Persönliche Budgets nach § 29 SGB IX					
5090	Persönliche Budgets nach § 29 SGB IX		5	--	--	--
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					
5120	Unterstützung der Versicherten bei Behand- lungsfehlern		5	--	--	--
5123	Förderung der digitalen Gesundheitskompe- tenz nach § 20k SGB V		--	X	--	--
513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisati- onen und -kontaktstellen - nur Zuschuss					
5130	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisati- onen und -kontaktstellen - nur Zuschuss		5	--	--	--
514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisati- onen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss					
5140	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisati- onen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss		5	--	--	--
515	Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren					
5155	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesund- heitsgefahren nach § 20c SGB V		5	--	--	--
5156	Mittel nach § 20b Abs. 4 SGB V		5	--	--	--
516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- prophylaxe)					
5160	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppen- prophylaxe)		2	--	--	--
517	Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesund- heitsförderung					
5170	Primäre Prävention nach § 20a SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten und Gesund- heitsförderung		--	X	--	--
518	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V und § 132e SGB V					
5180	Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach § 20i SGB V (Satzungsleistungen)		--	X	--	--
5183	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regel- leistungen - ärztliches Honorar		1	--	--	--
5186	Schutzimpfungen nach § 20i SGB V - Regel- leistungen -Arzneimittel (Impfstoffe)		3	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	5189	Schutzimpfungen durch Apotheken nach § 132e SGB V	3	--	--	--
	519	Rabatte auf Impfstoffe				
	5190	Rabatte auf Impfstoffe	3	--	--	--
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 SGB V	--	X	--	--
	5241	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V	5	--	--	--
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V und § 64e SGB V				
	5250	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V	--	X	--	--
	5251	Modellvorhaben nach § 64e SGB V	5	--	--	--
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben				
	5260	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben	--	X	--	--
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, besonderer Therapieeinrichtungen sowie ambulanter Krebsberatungsstellen (§§ 65b, 65d und 65e SGB V)				
	5270	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, besonderer Therapieeinrichtungen sowie ambulanter Krebsberatungsstellen (§§ 65b, 65d und 65e 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	--	--	--

			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 Behandlun- gskzentren 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- ausgaben	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	--	--	--
	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		Häusliche Krankenpflege, Intensivpflege, Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Betriebs- und Haushaltshilfe				
	560	Betriebshilfe (nur LKK)				
	5600	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung - (nur LKK)	--	--	--	--
	5601	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung - (nur LKK)	--	--	--	--
	5602	Betriebshilfe - Mehrleistung - (nur LKK)	--	--	--	--
	563	Behandlungspflege und besondere Versor- gung nach § 140a SGB V				
	5630	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V	5	--	--	--
	5637	Behandlungspflege (Regelleistungen) nach § 140a SGB V	5	--	--	--
	564	Haushaltshilfe				
	5640	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -	5	--	--	--
	5641	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -	5	--	--	--
	5642	Haushaltshilfe - Mehrleistung -	--	X	--	--
	5643	Haushaltshilfe und häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	5	--	--	--
	567	Häusliche Krankenpflege und besondere Ver- sorgung nach § 140a SGB V				
	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	--	--	--
	5674	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 5 SGB V/§ 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	5675	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1a Satz 2 SGB V/§ 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	5676	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V/§ 8 KVLG 1989	--	X	--	--
	5677	Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen) nach § 140a SGB V	5	--	--	--
	568	Intensivpflege				
	5681	Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtun- gen	5	--	--	--
	5682	Intensivpflege in Einrichtungen der Eingliede- rungshilfe	5	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	5684	Intensivpflege ambulant in der Häuslichkeit der Versicherten	5	--	--	--
	5685	Intensivpflege ambulant in Wohneinheiten	5	--	--	--
	5686	Intensivpflege nach § 37c Abs. 3 Satz 3 SGB V	5	--	--	--
	569	Kurzzeitpflege und Übergangspflege				
	5693	Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V	5	--	--	--
	5694	Übergangspflege nach § 39e 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 und 588)				
	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	--	--	--
	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	--	--	--
	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 Anwendungen				
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP				
	5810	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP	--	--	--	X
	582	Digitale Anwendungen				
	5820	Digitale Gesundheitsanwendungen	5	--	--	--
	5821	Digitale Gesundheitsanwendungen und digitale medizinische Anwendungen im Rahmen DMP	--	--	--	X
	583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP				
	5830	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP	--	--	--	X

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
584 ⁶	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 ⁷	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 ⁸	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	--	--	--
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	--	--	--
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	--	--	--
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 / Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken				
5950	Förderung ambulanter Hospizdienste	5	--	--	--
5951	Förderung der Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken nach § 39d SGB V	5	--	--	--
5953	Gesundheitliche Versorgungsplanung nach § 132g SGB V	5	--	--	--
596	Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V				

⁶ KA 584 wird um KA 375 vermindert.

⁷ KA 587 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

⁸ KA 588 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
5960	Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V	--	X	--	--
597	Versichertenbonus nach § 65 a SGB V	--			
5970	Versichertenbonus nach § 65 a SGB V	--	X	--	--
598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen				
5980 ⁹	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989	P	--	--	--
5985 ¹⁰	Vorauszahlungen von Zuzahlungen	P	--	--	--
599	Übrige Leistungen				
5990	Übrige Leistungen	5	--	--	--
5993	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen	--	X	--	--

⁹ Das Konto 5980 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹⁰ Das Konto 5985 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

A.3

Kontenklasse 6 - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, 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 und zum Versorgungsfonds	--	--	--	--
	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 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. 5 SGB V des Gesundheitsfonds am Innovationsfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6401	Finanzierungsanteil nach § 271 Abs. 6 SGB V des Gesundheitsfonds am Strukturfonds (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
641	Aufwendungen der Krankenkassen für den Innovationsfonds				
6410	Finanzierungsanteil nach § 92a Abs. 4 Satz 1 bzw. § 221 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V der Krankenkassen am Innovationsfonds	--	X	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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	--	--	--	--	
671	Vermögensabführungen					
6710	Vermögensabführungen an den Gesundheitsfonds	--	--	--	--	
672	Ausgaben für finanzielle Hilfen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände					
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	--	--	--	--	
673	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V (Gesundheitsfonds)					
6730	Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 270 Abs. 4 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
674	Weitere Aufwendungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und für die Erstattung von Energiekostensteigerungen (Gesundheitsfonds)				
6740	Versorgungsaufschläge nach § 21a Abs. 4 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6741	Aufwendungen nach § 4 Abs. 8 SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6742	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 26f KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
675	Aufwendungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie				
6750	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Absätze 4, 4a und 4b KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6751	Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser nach § 21 Abs. 5 KHG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6752	Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V - Ausgleichszeitraum 16. März 2020 bis 30. September 2020 - (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6753	Ausgleichszahlungen für Heilmittelbringer nach § 2 COVID-19-VSt-SchutzV (Gesundheitsfond)	--	--	--	--
6754	Zuschussbeträge für soziale Dienstleister nach § 9 SodEG (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6755	Aufwendungen für Testungen auf Coronavirus SARS-CoV-2 nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr.1 Buchst. b SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6756	Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111d SGB V - Ausgleichszeitraum ab 18. November 2020 – (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6757	Aufwendungen für Schutzmasken nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchst. c SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6758	Aufwendungen für Impfungen nach § 20i Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 Buchst. a SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6759	Sonstige Aufwendungen im Rahmen der Corona-Pandemie (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)				

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
6776	Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
6777	Zuweisungen – Strukturanpassungen – (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
678	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – Jahresausgleich/Korrekturbeträge – (Gesundheitsfonds)					
6787	Bereinigungs- und Korrekturbeträge nach §§ 20 und 21 RSAV sowie nach § 408 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--	
6788	Risikopool nach § 268 Abs. 4 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	--	
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					

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
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 – direkt finanziert	--	--	X	--	
6975	Aufwendungen der Krankenkassen für eigene Telematikinfrastruktur	--	--	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 Leistungsaus- gaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
70		Persönliche Verwaltungskosten				
	700	Dienstbezüge, Gehälter und Löhne				
	7000	Dienstbezüge der Beamten und DO-An- gestellten	--	--	X	--
	7001	Vergütungen der Arbeitnehmer ein- schließlich Vergütungen der hauptamtli- chen Vorstandsmitglieder	--	--	X	--
	7003	Beschäftigungsentgelte	--	--	X	--
	7004	Verwaltungskosten für Mitgliederwer- bung von privaten Dienstleistern	--	--	X	--
	701	Versicherungsbeiträge und Prämien				
	7010	Nachversicherungsbeiträge	--	--	X	--
	7011	Sozialversicherungsbeiträge und sons- tige Versicherungsbeiträge für den hauptamtlichen Vorstand und für Arbeit- nehmer	--	--	X	--
	7012	Beiträge an den PSVaG	--	--	X	--
	7015	Beiträge zur Zusatzversorgung für Ar- beitnehmer	--	--	X	--
	7016	Prämien an Rückdeckungsversicherun- gen			X	
	702	Versorgungsaufwendungen, Aufwen- dungen für Altersteilzeit und Wertgutha- ben nach § 7b SGB IV				
	7020	Ruhegehälter/Ruhensbezüge, Witwen- und Waisengelder, Altersgelder	--	--	X	--
	7021	Versorgungsbezüge nach § 63 G 131	--	--	X	--
	7022	Zahlungen an Pensionskassen	--	--	X	--
	7023	Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 12 SVRV, § 172c SGB VII und § 7 SVLFGG	--	--	X	--
	7024	Zuführungen zu und Entnahmen aus Mitteln der Versorgungsrücklage und des Versorgungsfonds	--	--	X	--
	7025	Renten aus der Zusatzversorgung für Arbeitnehmer	--	--	X	--
	7026	Rückstellungen aus Altersteilzeitverein- barungen nach dem Altersteilzeitgesetz (AltTZG) (ohne LKK und Gesundheits- fonds)	--	--	X	--
	7027	Rückstellungen aus Wertguthabenver- einbarungen nach § 7b SGB IV (ohne LKK und Gesundheitsfonds)	--	--	X	--
	7028	Zuführungen zu und Entnahmen aus den Altersrückstellungen nach § 170 SGB V	--	--	X	--
	703	Beihilfen, Unterstützungen und Fürsor- geleistungen				
	7030	Beihilfen für Beschäftigte	--	--	X	--
	7031	Beihilfen für Versorgungsempfänger	--	--	X	--
	7032	Unterstützungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger	--	--	X	--
	7033	Fürsorgeleistungen für Beschäftigte und Versorgungsempfänger	--	--	X	--
	704	Sonstige persönliche Verwaltungskosten				
	7040	Zuschüsse zur Gemeinschaftsverpfle- gung und für soziale Einrichtungen	--	--	X	--
	7042	Trennungsgeld, Umzugskostenvergütun- gen und Fahrkostenzuschüsse	--	--	X	--

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1) standardisierte Leistungsaus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	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 und 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) standardisierte Leistungsaus- gaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
	7391	Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds gem. § 271 Abs. 7 SGB V (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	7392	Weiterleitung von Zuweisungen für Verwaltungskosten gem. § 149 Abs. 3 SGB V	--	--	X	--
	7393	Erstattung weiterer Verwaltungskosten des BAS (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 der 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 Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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 2025

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

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2025:

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

B.1.2 RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2025:

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
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, Konto 5189, KA 519, 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 473, Konto 4782, 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, Konto 4803, KA 481, KA 483, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 500, KA 502, KA 503, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 509, KA 510, Konto 5120, KA 513, KA 514, KA 515, Konto 5241, Konto 5251, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, Konto 5423, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 555, KA 556, KA 563, Konten 5640, 5641, 5643, 5670, 5673, 5677, KA 568, KA 569, KA 575, KA 578, Konto 5820, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, Konto 5990
6a. Krankengeld		KA 470, KA 472, Konto 4780
6b. Kinderkrankengeld		KA 471, Konto 4781
7. Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung	Summe aus	KA 402, Konto 4037, 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 2024:

	Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen	
	Summe aus	Konto 3750, KA 484, KA 501, KA 511, Konto 5123, KA 517, Konto 5180, Konto 5240, KA 525, KA 526, Konto 5420, KA 549, Konto 5642, 5674, 5675, 5676, KA 579, KA 584 ¹¹ , 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, Konten 6970, 6973, 6974 und 6975, KA 698, 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, Konto 5821, KA 583

¹¹ KA 584 wird um KA 375 vermindert
Anlage 1.1 2025

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2025:

(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 § 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 und nach § 60 SGB XIV	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
- Besondere/Integrierte Versorgung – Rabatte	KA	587
- Komplexpauschalen bei Besonderer/Integrierter Versorgung	KA	588
- 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 8 unter Berücksichtigung der relevanten Erstattungen und Einnahmen der KK 3, der pauschalen Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Konto 4606), des Betrages der KA 598 (Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen), des Betrages der KA 587 (Besondere Versorgung nach § 140a SGB V und integrierte Versorgung nach § 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung – Rabatte), des Betrages der KA 588 (Komplexpauschalen bei Besonderer/Integrierter Versorgung), des Betrages der KA 404 (Ärztliche Leistungsaufwendungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme), des Betrages der KA 581 (Medizinische Vorsorgeleistungen – DMP), des Betrages des Kontos 5821 (Digitale Gesundheitsanwendungen und digitale medizinische Anwendungen im Rahmen DMP), des Betrages der KA 583 (Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation – DMP) und des Betrages des Kontos 4800 (Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand für Versicherte mit gewöhnlichem Auslandsaufenthalt) 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 Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 1 Satz 6 RSAV (= Erstmeldung zum 15. August), die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 RSAV (= Korrekturmeldungen zum 15. Juni), die Datenmeldungen nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 und Nr. 3 RSAV (= Korrekturmeldungen zum 15. April), 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). Gleichermäßen betrifft das auch die Datenmeldungen nach § 269 Absatz 5 SGB V für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V zum 15. August. Der neue Schlüssel wird vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erzeugt und muss von den Krankenkassen in der Zeit vom 15. April bis zum 15. Mai eines Jahres via Internet beim BfArM abgerufen werden.

Schlüsseljahr	Datenmeldung	Berichtsjahr	Meldetermin
April 2025 – April 2026	Korrekturmeldung	2023	15.06.2025
April 2025 – April 2026	Erstmeldung	2024	15.08.2025
April 2025 – April 2026	Erstmeldung (SA 303 u. 304)	2024	15.08.2025
April 2025 – April 2026	2. StA 2025	2025	31.08.2025
April 2025 – April 2026	3. StA 2025 u. 1. StA 2026*	2025	28.02.2025
April 2025 – April 2026	Korrekturmeldung (SA110)	2023	15.04.2026
April 2025 – April 2026	Korrekturmeldung (SA110)	2024	15.04.2026
April 2025 – April 2026	Korrekturmeldung (SA713)	2024	15.04.2026

Schlüsseljahr	Datenmeldung	Berichtsjahr	Meldetermin
April 2025 – April 2026	Korrekturmeldung (SA832)	2024	15.04.2026

*SA 111 Ganzjahr 2025

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 BfArM 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. das BfArM 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 das BfArM technisch erforderliche Informationen, sowie Username und Passwort, die zeitlich nicht begrenzt sind, per Einschreiben an die Krankenkassen.

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

Bei den Krankenkassen wird der Pseudonymisierungsschlüssel durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher aufbewahrt und verwaltet. Zur Erzeugung der Pseudonyme wird ein vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) gelieferter Algorithmus verwendet. Mittels dieses Algorithmus und der vom BfArM 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

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.

das Schlüsseljahr folgt, auf den sich der Schlüssel bezieht, gelöscht. Der kassenindividuelle Schlüsselteil S2 und der Pseudonymteil P2 werden unter Berücksichtigung der Aufbewahrungsfristen gemäß § 7 Absatz 2 Sätze 3 und 4 RSAV gelöscht. Ergänzend ist der die Regelung des § 7 Absatz 2 RSAV konkretisierende Aufbewahrungskatalog des GKV-Spitzenverbandes nach § 110a SGB IV (Grundsätze ordnungsgemäßer Aufbewahrung) zu beachten.

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 Absatz 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 Schlüsseljahr folgt, auf den sich der Schlüssel bezieht, gelöscht. Der kassenindividuelle Schlüsselteil S2 und der Pseudonymteil P2 werden unter Berücksichtigung der Aufbewahrungsfristen gemäß § 7 Absatz 2 Sätze 3 und 4 RSAV gelöscht. Ergänzend ist der die Regelung des § 7 Absatz 2 RSAV konkretisierende Aufbewahrungskatalog des GKV-Spitzenverbandes nach § 110a SGB IV (Grundsätze ordnungsgemäßer Aufbewahrung) zu beachten.²

3. Spezifikation des Verfahrens

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

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

```
int pseudonym(const char KvNummer[11], const char Schluessel[20],
```

```
int Kennung, char P[20]);
```

Hierbei kann die variable Kennung einen Wert von 0 bis 99999999 annehmen. Für den Wert 0 wird der Pseudonymteil P1 berechnet und in der Variablen P (als ASCII-String inklusive abschließender 0-Kennung) zurückgegeben. Hierbei muss beim Funktionsaufruf die KV-Nummer eine gültige KV-Nummer (als ASCII-String mit abschließender 0-Kennung) und der Schlüssel den 20-stelligen hexadezimalen

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.

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 BfArM 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 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 2025/2026.

1. Datenverarbeitungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Daten der Versicherten nach § 7 Absatz 1 Nr. 1 RSAV (Satzart 100 - Versichertenstammdaten -) für das zurückliegende Kalenderjahr einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums. Die Datenverarbeitung für die Erzeugung 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, 700¹ 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 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf weiteres ausgesetzt.

Für die Korrekturmeldung der Satzarten 100, 400, 500 und 600 nach § 4 Absatz 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

¹ Die Meldung der Satzart 700 erfolgt auf Grundlage von § 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV zum Zeitpunkt der Erstmeldung. Eine Korrektur dieser Datenmeldung ist für die Zwecke nach § 217f SGB V nicht erforderlich.

Jahres an das BAS. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit. Die Krankenkassen melden die Versicherungszeiten der Versicherten für den monatlichen Ausgleich (Satzart 111) nach § 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.

Die Krankenkassen übermitteln die Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten (Satzart 110) nach § 4 Absatz 4 sowie die Korrekturmeldungen der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 713) nach § 4 Absatz 5 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.

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

Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen; für Datenmeldungen der Satzart 111 ist abweichend hiervon der letzte Tag des 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 Datenverarbeitung nicht aus einem einheitlichen Datenbestand möglich sein, kann die Krankenkasse die getrennt erzeugten Datenmeldungen zusammenführen. Beim Zusammenschluss zweier Krankenkassen ist darauf zu achten, dass für Versicherte mit bundeseinheitlicher KV-Nummer der Pseudonymteil P1 bzw. für Versicherte ohne bundeseinheitliche KV-Nummer das Pseudonym innerhalb des gleichen Schlüsseljahres nicht geändert wird.

3. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten:

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 11
sowie § 15 Absatz 5 RSAV) = die Satzart 100,
2. für die Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
(§ 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV) = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (mtl. Abschlagverfahren)
(§ 9 Absatz 1 RSAV) = die Satzart 111,

4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der ambulanten
ärztlichen Versorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,
8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV)² = die Satzart 700,
- 8a. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV) = die Satzart 703,
- 8b. für die Korrekturmeldung der personenbezogenen
berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV) = die Satzart 713,
9. für die Summen der berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben, Erstattungen und Einnahmen nach KJ1
(gemäß § 266 Absatz 6 Satz 3 SGB V) = die Satzart 701.

Eine Krankenkasse meldet die Morbiditätsinformationen nach § 1 Absatz 2 und berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 1 Absatz 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 bzw. der Satzart 110 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.

² Die Datenmeldung der Satzart 700 erfolgt nach § 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV für die Zwecke der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 SGB V und wird nicht mehr für den Risikostrukturausgleich verwendet. Eine Korrekturmeldung der Satzart 700 ist nicht erforderlich.

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

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

Die Betragsangaben in den Satzarten 700, 701, 703 und 713 sind in Eurocent anzugeben.

Nicht verwendete Betragsfelder werden in den Satzarten 700, 701, 703 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 Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

1. Versichertenstammdaten (Satzart 100)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „100“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	KV-Nr-Kennzeichen	54	54	1	numerisch	1 = bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor, 0 = sonst
6	Geburtsjahr	55	58	4	numerisch	Geburtsjahr des Versicherten gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
7	Geschlecht	59	59	1	numerisch	Geschlecht des Versicherten gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV: 1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Angabe, 4 = divers
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
9	Erwerbsminderung	63	65	3	numerisch	Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 267 Absatz 2 SGB V
10	extrakorporale Blutreinigung	66	66	1	numerisch	für den Versicherten wurde im Berichtsjahr mindestens eine gemäß § 7 Absatz 1

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						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 Absatz 5 RSAV
13	Versichertentage Ausland	71	73	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV
14	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V	74	76	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV
15	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Absatz 4 SGB V	77	79	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Absatz 4 SGB V im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV
16	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	80	82	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 10 RSAV

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
17	Kennzeichen Alters-/ Geschlechtswechsel ³	83	83	1	numerisch	0 = Es bestehen keine Änderungen. 1 = Es wird ein Alters- und/oder Geschlechtswechsel bestätigt. 9 = Krankenkasse meldet das Kennzeichen nicht.
18	RSA-Clearingkennzeichen	84	84	1	numerisch	1 = Versicherter war Bestandteil des RSA-Clearingverfahrens und es liegen keine Versichertentage vor, 0 = sonst
19	Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum	85	85	1	numerisch	1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert. 0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.
20	Länderkennzeichen des Wohnstaates	86	88	3	alphanumerisch	Länderkennzeichen in 1 bis 3-stelliger Form.
21	Amtlicher Gemeindeschlüssel	89	96	8	numerisch	Amtlicher Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV. 00000000 = Ausland. 99999999 = nicht zugeordnet.

Erläuterungen zur Satzart 100 (Versichertenstammdaten)

Vorbemerkung:

³ 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.

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Versichertenstammdaten ist die Satzart "100" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten, nach § 1 Absatz 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 Meldung des Geburtsjahres erfolgt gemäß § 7 Absatz 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 Angabe
- 4 = divers

Die Meldung des Geschlechts erfolgt gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

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

Bei der Ermittlung 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 Absatz 6 SGB V oder § 289 Satz 2 und 3 SGB V zu belegen.

Versicherungszeiten von Versicherten, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 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 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu melden (siehe auch Anlage 1.4a). Der unter § 7 Absatz 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 Absatz 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 im Konto 5763* zu buchenden Leistungen.

Die Meldung erfolgt gemäß § 7 Absatz 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) sind anhand der folgenden Entgeltschlüssel zu identifizieren:

Entgelt- schlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
7070L90B	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG- Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse	DRG-Fallpauschale	J	J
7470L90B	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG- Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
7070L90C	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG- Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	DRG-Fallpauschale	J	J
7470L90C	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG- Fallpauschalen): Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
7170L90B	Teilstationäre Versorgung (für teilstationäre DRG- Fallpauschalen):	Entgelte bei Überschreiten der oberen GVD	J	J

Entgelt- schlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre 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 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär bundesweit	J	J
84000064	Tagesklinik Kindernephrologie	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
85000087	Teilstationäre Dialyse	Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
84000087	Teilstationäre Dialyse	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
85000094	Teilstationäre LDL- Apherese	Tagesbezogenes Entgelt (BE, nicht kalkulierte Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG, teilstationär Bundesweit	J	J

Entgelt- schlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
84000094	Teilstationäre LDL- Apherese	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
85000095	CAPD teilstationär	Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
84000095	CAPD teilstationär	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
85000102	Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
84000102	Teilstationäre Peritonealdialyse: intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
85000126	Tagesklinik Nephrologie	Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bundesweit	J	J
84000126	Tagesklinik Nephrologie	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
8500L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	DRG tagesbezogen bundesweit	J	J

Entgelt- schlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
8400L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag	J	J
85090059	Teilstationär CAPD	Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Bayern	J	N
85120003	Teilstationäre Dialyse	Leistungen nach § 6 Absatz 1 KHEntgG tagesbezogen teilstationär Brandenburg	J	N
8600L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	DRG fallbezogen bundesweit	J	J
8450L90A	Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre	Entgelt für Pflege am Bett/je Tag - Pflegeanteil für fallbezogene Entgelte	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

Als Leistung der extrakorporalen Blutreinigung gilt auch die Erbringung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V, wenn die auf Konto 4036 gebuchte Leistung mit einem der folgenden Entgeltschlüssel abgerechnet wurde:

Entgeltschlüssel	Bezeichnung	Untergruppe	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
21000460	LDL-Apherese	Quartalspauschale	J	J
22000090	LDL-Apherese	Behandlungspauschale	J	J
23000060	LDL-Apherese	Tagespauschale	J	J
23000080	Sachmittelabgabe, je Peritonealdialysetag (CAPD, CCPD)	Tagespauschale	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 Absatz 5 RSAV im Berichtsjahr zu melden, in denen der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

m) Zu Datenfeld 13 (Versichertentage Ausland)

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

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

- (a) den für die EU-/EWR-Staaten, das Vereinigte Königreich⁴ und die Schweiz gültigen ausgefüllten Vordrucken⁵ nach Berichtsjahren:

Anspruchsschein	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
E 106	J	J
E 109	J	J
E 120	J	J
E 121	J	J
S017	J	J
S019	J	J
S073	J	J

- (b) den jeweiligen Vordrucken der Abkommensstaaten nach Berichtsjahren:

Land	Anspruchsschein	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
Bosnien und Herzegowina	BH 11/1	J	J
Bosnien und Herzegowina	BH 11/2	J	J
Bosnien und Herzegowina	BH 11/3	J	J
Bosnien und Herzegowina	BH 3 a	J	J
Bosnien und Herzegowina	BH 3 b	J	J
Serbien	SRB 106 DE	J	J

⁴ Das Vereinigte Königreich ist zum 31.01.2020 aus der EU ausgetreten. Für Sachverhalte nach dem Austrittsabkommen sind die genannten Vordrucke für das Vereinigte Königreich weiterhin zu berücksichtigen (Artikel 31 Austrittsabkommen). Dies gilt ebenso vorläufig für Sachverhalte nach dem Protokoll des Abkommens über Handel und Zusammenarbeit (vgl. Anhang KSS-7 Artikel KSSD.75 Absatz 1 Satz 1).

⁵ Mögliche Ausnahmen und Ausnahmegründe für die Verwendung von Papiausdrucken werden in Frage 66 des Fragenkataloges beschrieben.

Land	Anspruchsschein	Berichtsjahr 2023	Berichtsjahr 2024
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, das Fortbestehen 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 Absatz 2 SGB V)

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

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

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

p) Zu Datenfeld 16 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

Es ist gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 10 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch zu melden. 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.⁶ Versichertentage mit Krankengeldanspruch sind in der passiven Phase der Alterszeit nur dann zu melden, wenn für den Versicherten der allgemeine Beitragssatz erhoben wird.

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

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

0 = Es bestehen keine Änderungen

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

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

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

9 = Krankenkasse meldet das Kennzeichen nicht

⁶ Die in der GKV gesondert konsentierten Fallkonstellationen werden unter Frage Nr. 53 des MRSA-Fragenkataloges ab dem Stand vom 24.10.2018 aufgenommen.

r) Zu Datenfeld 18 (RSA-Clearingkennzeichen)

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

Sonst wird das Feld mit dem Wert 0 gefüllt.

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

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

t) Zu Datenfeld 20 (Länderkennzeichen des Wohnstaates)

Es ist je Versicherten zur Versicherungszeit im Ausland und entsprechend den Vorgaben zu Datenfeld 13 gehörige ein- bis dreistellige Länderkennzeichen des Wohnstaates des Versicherten entsprechend Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 29.06.2016 in der Fassung vom 24.06.2021 anzugeben.

Liegen zu einem Versicherten Angaben nach Anlage 8 zum o. a. Rundschreiben zu mehreren Wohnstaaten im Berichtsjahr vor, ist das Länderkennzeichen des Wohnstaates der zeitlich letzten Versicherungszeit im Ausland unter Beachtung der Vorgaben zu Datenfeld 13 zu melden. Werden in einem Berichtsjahr die Voraussetzungen zu Datenfeld 13 nicht erfüllt, ist das Datenfeld Länderkennzeichen mit drei BLANKS zu melden. Das Datenfeld ist linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen.

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

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Belgien	B	BEL	BE
Bosnien und Herzegowina	BIH	BIH	BA

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Bulgarien	BG	BGR	BG
Dänemark	DK	DNK	DK
Estland	EST	EST	EE
Finnland	FIN	FIN	FI
Frankreich	F	FRA	FR
Griechenland	GR	GRC	GR
Großbritannien ⁷	GB	GBR	GB
Irland	IRL	IRL	IE
Island	IS	ISL	IS
Italien	I	ITA	IT
Kroatien	HR	HRV	HR
Lettland	LV	LVA	LV
Liechtenstein	FL	LIE	LI
Litauen	LT	LTU	LT

⁷ Die Meldungen der zuständigen Träger können auch die Kennbuchstaben „UK“ (Vereinigtes Königreich) enthalten. Auch in diesen Fällen ist „GB“ als Länderkennzeichen in der Satzart 100 zu melden.

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Luxemburg	L	LUX	LU
Malta	M	MLT	MT
Montenegro	MNE	MNE	ME
Niederlande	NL	NLD	NL
Nordmazedonien	MK	MKD	MK
Norwegen	N	NOR	NO
Österreich	A	AUT	AT
Polen	PL	POL	PL
Portugal	P	PRT	PT
Rumänien	RO	ROU	RO
Schweden	S	SWE	SE
Schweiz	CH	CHE	CH
Serbien	SRB	SRB	RS
Slowakei	SK	SVK	SK
Slowenien	SLO	SVN	SI
Spanien	E	ESP	ES

Aufteilung Datenfeld 13 der Satzart 100 nach Ländern	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Tschechische Republik	CZ	CZE	CZ
Türkei	TR	TUR	TR
Tunesien	TN	TUN	TN
Ungarn	H	HUN	HU
Zypern	CY	CYP	CY

Bei Anwendung der Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit können zu einem gebietlichen Geltungsbereich eines „Mutterlandes“ weitere „gebietliche Geltungsbereiche“ gehören. Daher besteht die Möglichkeit, dass in Deutschland versicherte Personen mit Wohnort in einem weiteren gebietlichen Geltungsbereich Anspruch auf Sachleistungen zulasten einer deutschen Krankenkasse haben können und somit in diesem Geltungsbereich eingeschrieben werden können (z. B. im Rahmen von S_BUC_1a). Sachverhalte, in denen eine Person im Sinne der Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit in einem solchen gebietlichen Geltungsbereich arbeitet und wohnt, kann es nur in bestimmten Konstellationen geben. In der folgenden Aufstellung werden die Staaten aufgeführt, die neben dem Mutterland noch weitere Staatsgebiete haben. Es werden nur die Staatsgebiete aufgeführt, die vom gebietlichen Geltungsbereich der Verordnungen (EG) über soziale Sicherheit erfasst werden.

Mutterland	Gebietlicher Geltungsbereich
Finnland	Hoheitsgebiet der Republik Finnland einschließlich der Åland-Inseln
Frankreich	Hoheitsgebiet der Republik Frankreich in Europa, Korsika sowie die überseeischen Départements Französisch-Guyana, Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Réunion, Saint Barthelmy und Saint Martin
Malta	Hoheitsgebiet der Republik Malta einschließlich der Insel Gozo

Portugal	Hoheitsgebiet der Portugiesischen Republik einschließlich Azoren (Corvo, Flores, Faial, Pico, S. Jorge, Terceira, Graciosa, S. Miguel, Formigas, Santa Maria) und Madeira (einschließlich Desertas, Selvagens, Porto Santo)
Spanien	Hoheitsgebiet des Königreichs Spanien einschließlich Balearn (Cabrera, Ibiza, Formentera, Mallorca und Menorca), Kanarische Inseln (Fuerteventura, Gran Canaria, El Hierro, La Gomera, La Palma, Lanzarote und Teneriffa) sowie die nordafrikanischen Provinzen Ceuta und Melilla
Vereinigtes Königreich	Hoheitsgebiet des Vereinigten Königreichs von Großbritannien und Nordirland in Europa (England, Schottland, Wales, Nordirland, Gibraltar)

Die Zuordnung eines gebietlichen Geltungsbereiches erfolgt in der Datenmeldung der Satzart 100 immer bezogen auf das Länderkennzeichen des Mutterlandes.

u) Zu Datenfeld 21 (amtlicher Gemeindegchlüssel)

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

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

Als Grundlage zur Überprüfung der amtlichen Gemeindegchlüssel 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 Gemeindegchlüssel wird in Anlage 1.5 (Teil 1) in den Abschnitten der jeweiligen Datenmeldung beschrieben.⁸

⁸ 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 Gemeindegchlüssel. 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 weitgehend korrespondierendes Postleitzahlenverzeichnis kann 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 Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Absatz 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 Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA (Abschlagsverfahren)

- Meldung nach § 9 Satz 1 RSAV -

3. Versichertenstammdaten (Satzart 111)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „111“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	KV-Nr-Kennzeichen	54	54	1	numerisch	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 Angabe, 4 = divers
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 3 Absatz 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.

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.
12	Datenfeld_12	68	70	3	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „999“ zu befüllen.
13	DMP-Tage	71	73	3	numerisch	Anzahl der DMP Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 15 Absatz 5 RSAV
14	Amtlicher Gemeindeschlüssel	74	81	8	numerisch	Amtlicher Gemeindeschlüssel des Wohnortes des Versicherten gemäß § 9 Absatz 1 Satz 1 RSAV. 00000000 = Ausland. 99999999 = nicht zugeordnet.

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 Absatz 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 Angabe
- 4 = divers

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind für den jeweiligen Berichtszeitraum die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben. § 7 Absatz 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 Absatz 6 SGB V oder § 289 Satz 2 und 3 SGB V zu belegen.

Versicherungszeiten von Versicherten, deren Leistungsansprüche nach § 16 Absatz 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 (Datenfeld_12)

Das Datenfeld 12 ist mit dem Wert „999“ zu melden.

m) zu Datenfeld 13 (DMP-Tage)

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

n) Zu Datenfeld 14 (amtlicher Gemeindegeschlüssel)

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

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

Als Grundlage zur Überprüfung der amtlichen Gemeindegeschlüssel in der Satzart 111 wird für die Meldung des halben Berichtsjahres das vom statistischen Bundesamt monatlich veröffentlichte Gemeindeverzeichnis (GV100AD) vom 31. Mai verwendet und für die Meldung der Satzart 111 des gesamten Berichtsjahres das Verzeichnis vom 30. November. Die Zuordnung für die Überprüfungen der zulässigen Gemeindegeschlüssel wird in Anlage 1.5 (Teil 1) beschrieben.⁹

⁹ 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 Gemeindegeschlüssel. Aus lizenzrechtlichen Gründen ist in den Daten des statistischen Bundesamtes keine vollständige Liste aller

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV -

4. Daten der Arzneimittelversorgung (Satzart 400)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „400“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Verordnungsdatum	54	61	8	numerisch	JJJJMMTT (§ 7 Absatz 1 Satz 2 RSAV)
6	Pharmazentralnummer	62	69	8	numerisch	Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 SGB V und Sonderkennzeichen (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)
7	Anzahl Einheiten oder Faktor	70	85	16	numerisch	Verwendungsmenge der PZN in Promille (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV): 16 Stellen numerisch, ggf. mit Vornullen (9 Vor- und 6 Nachkommastellen mit Komma als Dezimaltrennzeichen).

Postleitzahlen enthalten und es werden nur Postleitzahlen von Verwaltungssitzen angegeben. Ein mit den Daten des statistischen Bundesamtes weitgehend korrespondierendes Postleitzahlenverzeichnis kann über die Deutsche Post bezogen werden und bezieht sich auf die oben genannten Monatsmeldungen. Weitere Details sind der Dokumentation des Destatis zu entnehmen.

Erläuterungen zur Satzart 400 (Daten der Arzneimittelversorgung)

Vorbemerkung:

Für jedes Arzneimittel wird je Versichertenpseudonym und Verordnungsdatum ein Datensatz gemeldet. Bei einer Wiederholungsverordnung nach § 31 Absatz 1b SGB V i. V. m. § 4 Absatz 3 AMVV wird für die Teilverordnung 1 ein Datensatz je Verordnungsdatum, bei den Teilverordnungen 2, 3 und 4 ein Datensatz je Abgabedatum gemeldet¹⁰. Das Arzneimittel wird mit der Pharmazentralnummer (PZN) bzw. einer Sonderkennzeichnummer gemäß § 7 Absatz 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 Absatz 1 Satz 2 RSAV anzugeben. Dies wird bei Papierrezepten dem Feld ZUP-03 „Datum Ausstellung“ der Technischen Anlage 3 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V (TA3) und bei elektronischen Rezepten dem Feld ID 80 „Ausstellungsdatum der Verordnung“ der eVerordnungsdaten entnommen.

Bei Wiederholungsverordnungen nach § 31 Absatz 1b SGB V i. V. m. § 4 Absatz 3 AMVV ist bei der Teilverordnung 1 ebenfalls das Verordnungsdatum zu melden. Bei den Teilverordnungen 2, 3 und 4 einer Wiederholungsverordnung ist anstelle des Verordnungsdatums das Abgabedatum (ID 5) des

¹⁰ In den in der TA 7 genannten Übergangszeiträumen können Daten des elektronischen Rezeptes in Daten der Technischen Anlage 3 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V im Rahmen des Abrechnungsverfahrens konvertiert werden. In diesem Fall sind für alle Teile einer Wiederholungsverordnung nach § 31 Absatz 1b SGB V i. V. m. § 4 Absatz 3 AMVV je Verordnungsdatum ein Datensatz zu melden und es gelten die Regelungen für Papierrezepte.

elektronischen Abgabedatensatzes der Technischen Anlage 7 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V zu melden (TA7).

Liegt kein oder kein vollständiges Ordnungs- bzw. Abgabedatum vor, wird das Abrechnungsdatum bzw. der letzte Tag des Abrechnungsmonats angegeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Pharmazentralnummer)

Gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV ist das Kennzeichen nach § 300 Absatz 3 SGB V für das Arzneimittel einzutragen. Dabei sind bei Papierrezepten alle Pharmazentralnummern aus dem EFP-Segment (Feldposition EFP-02) bzw. ZDP-Segment (Feldposition ZDP-02) der TA 03 zu melden. Ausgenommen hiervon sind Pharmazentralnummern des ZDP-Segments der TA 03, wenn gleichzeitig im Feld „Faktorkennzeichen“ (Feldposition ZDP-03) der Wert „55“ (Opioidsubstitution Take-Home Verordnung), „56“ (Opioidsubstitution Z-Verordnung), „57“ (Opioidsubstitution Sichtvergabe oder „99“ (Verwurf) eingetragen ist. Bei elektronischen Rezepten sind alle Pharmazentralnummern aus dem eAbgabedatensatz (ID 20 bzw. ID 50) der TA7 zu melden. Ausgenommen hiervon sind Pharmazentralnummern der ID 50 der TA 07, wenn gleichzeitig im Feld „Faktorkennzeichen“ (ID 52) der Wert „55“ (Opioidsubstitution Take-Home Verordnung), „56“ (Opioidsubstitution Z-Verordnung), „57“ (Opioidsubstitution Sichtvergabe oder „99“ (Verwurf) eingetragen ist.

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 Absatz 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 aus Ersatzverordnungen, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V vorliegen nicht zu melden. Sie sind in den Abrechnungsdaten wie folgt gekennzeichnet:

Papierrezept:

In den Abrechnungsdaten nach § 300 Absatz 3 SGB V wird das Sonderkennzeichen „06461067“ übermittelt. Zusätzlich wird das Vertragskennzeichen (Kennzeichen Rechtsgrundlage) im Feld ZUP-24 zweistellig übermittelt. Wenn die erste Stelle den Wert 1 hat, handelt es sich um eine Ersatzverordnung.

Elektronisches Rezept:

Im Ordnungsdatensatz befindet sich das Kennzeichen Rechtsgrundlage. Dieses Kennzeichen ist zweistellig. Wenn die erste Stelle den Wert 1 hat, handelt es sich um eine Ersatzverordnung. Alternativ können auch Informationen aus dem eAbgabedatensatz genutzt werden. Hier ist eine Ersatzverordnung über Zusatzattribute gekennzeichnet. Das Feld ID29 (Gruppe) enthält in diesem Fall den Wert 8 und das Feld ID 30 (Schlüssel) den Wert true = ja.

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

Für jede PZN wird die Abgabemenge in Promille der Packung angegeben.

Bei Papierrezepten ist für

- eine PZN aus dem EFP-02-Segment der Wert der „Anzahl der Einheiten“ aus dem EFP-Segment (EFP-03) der TA3 mit 1000 zu multiplizieren und für
- eine PZN aus dem ZDP-02-Segment ist die Angabe aus dem Feld „Faktor“ des ZDP-Segments (ZDP-04) der TA3 unverändert zu übernehmen.

Bei elektronischen Rezepten ist für

- eine PZN aus dem eAbgabedatensatz der TA7 mit der ID 20 der Wert „Faktor“ (ID 22) des eAbgabedatensatzes der TA7 mit 1000 zu multiplizieren und für
- eine PZN aus dem eAbgabedatensatz der TA7 mit der ID 50 ist die Angabe aus dem Feld „Faktor“ des Feldes ID 53 der TA7 unverändert zu übernehmen.

Soweit die gleichen Pharmazentralnummern zum gleichen Verordnungsdatum mehrfach vorliegen, so ist die Anzahl der Einheiten zu addieren.

Datensatz für die Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

5. Diagnosen der Krankenhausversorgung sowie Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V (Satzart 500)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „500“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Entlassungsmonat	54	59	6	numerisch	JJJJMM (§ 7 Absatz 1 Satz 2 RSAV)
6	Fallzähler	60	61	2	numerisch	Ordnungszahl zur Fallunterscheidung.
7	Diagnose, kodiert	62	68	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM
8	Lokalisation	69	69	1	numerisch	1 = beidseitig, 0 = sonst
9	Art der Diagnose	70	70	1	numerisch	1 = Hauptdiagnose,

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						2 = Nebendiagnose
10	Art der Behandlung	71	71	1	numerisch	<p>1 = Behandlung erfolgte vollstationär, 2 = teilstationär 3 = ambulante OP im Krankenhaus 4 = stationsäquivalente psychiatrische Behandlung 5 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 301 Absatz 1 und 2 SGB V 6 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 295 Absatz 1b SGB V Neues DTA-Verfahren)¹¹ 7 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 295 Absatz 1b SGB V bei Direktabrechnung. (nur Berichtsjahr 2024) 8 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m § 295 Absatz 2 SGB V (nur Berichtsjahr 2024) 9 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V als Papierabrechnung (nur Berichtsjahr 2024) 0 = sonst</p>

Erläuterungen zur Satzart 500 (Diagnosen der Krankenhausversorgung, sowie Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V).

Vorbemerkung:

¹¹ Ziffer 6 umfasst auch Abrechnungen für das Berichtsjahr 2024.

Es dürfen nur Krankenhausdiagnosen von nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gemeldet werden, sowie – ab dem Berichtsjahr 2024 - Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V.

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 Datenmeldung 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 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV sowie Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Diagnosen der Krankenhausversorgung sowie Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V 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 Absatz 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.

Bei Leistungen, die nach der Verordnung über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren unmittelbar mit der Krankenkasse oder mittelbar bei einer Abrechnungsbeauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V nach Anlage 2 zur Hybrid-DRG-AV (Technische Anlage Hybrid-DRG-AV) abgerechnet werden, ist der Monat einzutragen, der mit dem „Datum Ende der Leistung“ (Segment 4/ Leistungsdaten, Feld 4/4.2.3) übermittelt wurde.

Bei im Kalenderjahr 2024 erbrachten Leistungen, die nach der Verordnung über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren bei einer Abrechnungsbeauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 5 Übergangsregelung der Hybrid-DRG-AV abgerechnet und als Bestandteil der Einzelfallnachweise gemäß Anlage 6 BMV-Ä übermittelt werden, ist der Monat einzutragen, der mit dem „Ende des Behandlungszeitraums“ (Segment 3/ Rechnungsdaten, Feld 3/3.3.2) übermittelt wurde.

Bei im Kalenderjahr 2024 erbrachten Leistungen, die nach der Verordnung über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung unter Verwendung des DTA-Verfahrens nach § 295 Absatz 1b SGB V, Nachrichtentypen DIR73C oder DIR64D, abgerechnet werden, ist der Monat einzutragen, der im Datenfeld „Letzter Tag des Abrechnungszeitraums“ (Segment 12/ Information Rechnung, Feld 12/12.2.2) übermittelt wurde.

Bei im Kalenderjahr 2024 erbrachten Leistungen, die nach der Verordnung über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen nicht auf elektronischem Wege abgerechnet werden, ist der Monat einzutragen, in dem die Behandlung endete.

f) Zu Datenfeld 6 (Fallzähler)

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

g) Zu Datenfeld 7 (Diagnose, kodiert nach § 7 Absatz 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. Darüber hinaus sind auch Diagnosen im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in der Satzart 500 zu melden.

Die aus dem eigenständigen, von der Krankenhausbehandlung abgegrenzten Fall der Übergangspflege nach § 39e Absatz 1 SGB V (Aufnahmegrund ,1101') übermittelte Hauptdiagnose und Nebendiagnosen sind nicht zu übermitteln¹².

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 Absatz 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 die Frührephase A und B diejenigen Diagnosen gemeldet, die in der Entlassungsmitteilung des Krankenhauses als maßgebliche Diagnosen angegeben werden. Hierbei handelt es sich gemäß Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V, Anlage 5, bei Krankenhausfällen ohne interne Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung oder Wiederaufnahme ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnosen des ETL-Segmentes und der zugehörigen NDG-Segmente aus der Segmentgruppe SG1 der einzigen behandelnden Fachabteilung bzw. bei Krankenhausfällen mit interner Verlegung, Rückverlegung, tagesstationäre Behandlung 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 "#".

¹² Vgl. Nachtrag vom 16.11.2021 zur 15. Fortschreibung vom 17.04.2018 der § 301-Vereinbarung mit Wirkung zum 01.04.2022 zur Abrechnung von Krankenhausfällen mit Aufnahmen in die Übergangspflege ab 01.11.2021.

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, Fällen der Frührephase A und B, der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V sowie Diagnosen der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) aus dem DTA-Verfahren nach § 301 Absatz 1 und 2 SGB V wird diejenige Diagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet, die als maßgebliche, primäre Hauptdiagnose in der Entlassungsanzeige ausgewiesen ist. Bei ambulanten Operationen wird die erste Behandlungsdiagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet.

Bei Leistungen, die nach der Verordnung über die spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren unmittelbar mit der Krankenkasse oder mittelbar bei einer Abrechnungsbeauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V nach Anlage 2 zur Hybrid-DRG-AV (Technische Anlage Hybrid-DRG-AV) abgerechnet werden, wird diejenige Diagnose als Hauptdiagnose gekennzeichnet, die im Segment 2/ Hauptdiagnosedaten als „Hauptdiagnose, codiert“ gekennzeichnet ist.

Für die nach der Hybrid-DRG-Verordnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren im Kalenderjahr 2024 erbrachten Leistungen gelten folgende Besonderheiten:

- 1.1 Bei einer Abrechnungsbeauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung, die nach § 5 Übergangsregelung der Hybrid-DRG-AV abgerechnet und als Bestandteil der Einzelfallnachweise gemäß Anlage 6 BMV-Ä übermittelt werden, ist diejenige Diagnose als Hauptdiagnose zu kennzeichnen, die entsprechend § 5 Übergangsregelung der Hybrid-DRG-AV im Feld 5/5.3.4 des LED-Segments als Hauptdiagnose eingetragen ist.
- 1.2 Bei Abrechnungen, die ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung und die unter Verwendung des DTA-Verfahrens nach § 295 Absatz 1b SGB V, Nachrichtentypen DIR73C oder DIR64D, an die Krankenkassen übermittelt werden, wird die erste im Segment 7/ Diagnosedaten, Feld 7/7.2.1 übermittelte Diagnose aus dem Hybrid-DRG-Fall als Hauptdiagnose gekennzeichnet. Die Diagnose darf im Feld 7/7.2.2 Diagnosesicherheit keinen Eintrag „A“, „V“ und „Z“ haben.
- 1.3 Bei Abrechnungen, die ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung und die nicht unter Verwendung eines DTA-Verfahrens an die Krankenkassen auf elektronischem Wege übermittelt werden (sog. Papierabrechnung), wird die erste übermittelte oder tatsächlich als Hauptdiagnose gekennzeichnete Diagnose als Hauptdiagnose verwendet.

zu 2: Alle anderen gemeldeten, für den Krankenhausfall sowie die Hybrid-DRG-Fälle aus dem DTA-Verfahren nach § 301 Absatz 1 und 2 SGB V maßgeblichen Diagnosen der Entlassungsmitteilung bzw. des Rechnungssatzes „Ambulante Operation“ werden als Nebendiagnosen gekennzeichnet.

Bei Leistungen, die nach der Hybrid-DRG-Verordnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren unmittelbar mit der Krankenkasse oder mittelbar bei einer Abrechnungsbeauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V nach Anlage 2 zur Hybrid-DRG-AV (Technische Anlage Hybrid-DRG-AV) abgerechnet werden, sind, die im Segment 3/ Nebendiagnosedaten als „Nebendiagnose, codiert“ übermittelten Diagnosen, als Nebendiagnose zu kennzeichnen.

Für die nach der Hybrid-DRG-Verordnung von Vertragsärztinnen, Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren im Kalenderjahr 2024 erbrachten Leistungen gelten folgende Besonderheiten:

- 2.1 Bei einer Abrechnungsbeauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung, die nach § 5 Übergangsregelung der Hybrid-DRG-AV abgerechnet und als Bestandteil der Einzelfallnachweise gemäß Anlage 6 BMV-Ä übermittelt werden, sind die Diagnosen, die für den Fall im DIA-Segment übermittelt werden, in der Satzart 600 im Datenweg 01 zu melden. Dadurch ist es möglich, dass die gemäß § 5 Übergangsregelung der Hybrid-DRG-AV im LED-Segment übermittelte Hauptdiagnose (siehe oben die Beschreibung unter 1.1) sowohl in der Satzart 500 als auch parallel in der Satzart 600 gemeldet wird, wenn diese Diagnose auch im DIA-Segment enthalten ist. Es muss sichergestellt sein, dass das Quartal des Entlassungsmonats für die in der Satzart 500 gemeldete Hauptdiagnose mit dem Leistungsquartal in der Satzart 600 übereinstimmt.
- 2.2 Ist eine technische Identifizierung der Hauptdiagnose aus dem Feld 5/5.3.4 des LED-Segments nicht sicher möglich, sind ebenso alle Diagnosen aus dem Fall in der Satzart 600 im Datenweg 01 zu melden.
- 2.3 Bei Abrechnungen, die ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung und die unter Verwendung des DTA-Verfahrens nach § 295 Absatz 1b SGB V, Nachrichtentypen DIR73C oder DIR64D, an die Krankenkassen übermittelt werden, sind ab der zweiten im Segment 7/ Diagnosedaten, Feld 7/7.2.1 übermittelten Diagnose alle weiteren Diagnosen aus dem Hybrid-DRG-Fall als Nebendiagnose zu kennzeichnen und in der Satzart 500 zu melden. Die Diagnosen müssen im Feld 7/7.2.2 Diagnosesicherheit einen Eintrag „G“ haben. Diagnosen aus dem Hybrid-DRG-Fall, die im Feld 7/7.2.2 Diagnosesicherheit einen Eintrag „A“, „V“ oder „Z“ aufweisen, werden für die Satzart 500 ausgeschlossen.
- 2.4 Bei Abrechnungen, die ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung und die nicht unter Verwendung eines DTA-Verfahrens an die Krankenkassen auf elektronischem Wege übermittelt werden (sog. Papierabrechnung), werden ab der zweiten übermittelten Diagnose alle weiteren Diagnosen als Nebendiagnosen gekennzeichnet. Die Diagnosen müssen in der Abrechnung als gesicherte Diagnose gekennzeichnet sein. Diagnosen, die in der Abrechnung als Diagnosesicherheit einen Eintrag „A“, „V“ oder „Z“ oder keinen Eintrag aufweisen, werden für die Satzart 500 ausgeschlossen.
- 2.5 Bei Abrechnungen, die ohne Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung, die unter Verwendung des DTA-Verfahrens nach § 295 Absatz 1b SGB V, Nachrichtentyp DIR73C und DIR64D an die Krankenkassen übermittelt werden, werden alle Diagnosen aus dem Hybrid-DRG-Fall, sofern eine Meldung in der Satzart 500 aus technischen Gründen nicht möglich ist, in der Satzart 600 mit dem Datenweg 03 gemeldet.

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
- 5 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 301 Absatz 1 und 2 SGB V
- 6 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 295 Absatz 1b SGB V bei neuem DTA-Verfahren
- 7 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 295 Absatz 1b SGB V bei Direktabrechnung. (nur Berichtsjahr 2024)
- 8 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V i. V. m. § 295 Absatz 2 SGB V (nur Berichtsjahr 2024)
- 9 = Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V als Papierabrechnung (nur Berichtsjahr 2024)
- 0 = sonstige

Datensatz für die Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

6. Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Satzart 600)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „600“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Leistungsquartal	54	54	1	numerisch	Q (Q = 1 für 1. Quartal usw.)
6	Diagnose, kodiert	55	61	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM (§ 7 Absatz 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
9	Datenweg	64	65	2	numerisch	01 = Diagnose aus § 295 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 02 = Diagnose aus Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V 03 = Diagnose aus Besondererambulanter ärztlicher Behandlung nach § 73c SGB V (alte Fassung)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						04 = Diagnose aus Versorgung nach § 140a-d SGB V (alte Fassung) bzw. § 140a SGB V (neue Fassung) 05 = Diagnose aus Ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V (alte Fassung) bzw. Ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V (neue Fassung) 06 = Diagnose aus Hochschulambulanz nach § 117 Absatz 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 Absatz 1a SGB V 99 = Sonstige Datenwege
10	Vertragsnummer	66	76	11	alphanumerisch	Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 SGB V des Leistungsfalls oder Dummywert „999999999999“

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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 3 SGB V sind nur zu melden, wenn die rechnungsbegründende Unterlage eine Verschlüsselung der Diagnose nach ICD-10-GM aufweist.

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

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

Als Diagnosen aus Einrichtungen nach § 117 Absatz 1 und 2 SGB V sind die Diagnosen des BDG-Segmentes zu berücksichtigen, die im AMBO-Verfahren nach § 301 SGB V mit Diagnoseart 1 = „Behandlungsdiagnose/Ambulanzdiagnose“ und Diagnoseart 3 = „mitbehandelte Diagnosen bei § 117 Absatz 1 und 2 SGB V“ übermittelt werden. 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.¹³

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)

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig

0 = sonst

¹³ Die im BDG-Segment übermittelte Diagnoseart 4 = „begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose bei § 118 Absatz 3 SGB V“ wird mit der 15. Fortschreibung vom 17.04.2018 (Nachtrag vom 03.12.2019) zur Fortschreibung der § 301-Vereinbarung vom 03.02.2016 mit Wirkung zum 01.01.2020 neu eingeführt.

i) Zu Datenfeld 9 (Datenweg)

Die Diagnosen werden über den folgenden Datenweg gemeldet:

- 01 = Diagnose aus Regelversorgung nach § 295 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 1a SGB V.
- 99 = Diagnose Sonstige - Diagnose kann keinem der obigen Datenwege zugeordnet werden.

j) Zu Datenfeld 10 (Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 SGB V)

Die Krankenkassen melden nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des SGB V die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 SGB V. Nach § 295 Absatz 1b Satz 8 bzw. § 295 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 SGB V erfolgt die Meldung der Vertragsnummer diagnosebezogen. Liegt keine diagnosebezogene Vertragsnummer vor, meldet die Krankenkasse den Dummywert "9999999999".

Datensatz für die Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Absatz 1 Nr. 6 RSAV -**7. Prozeduren der ambulanten Behandlung (Satzart 610)**

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

Datensatz für den Zweck der Datenverarbeitung nach § 217f Absatz 7 SGB V

- Meldung nach § 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV -

8. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 700)

Vorbemerkung:

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

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 „700“ befüllt.

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

h) Zu Datenfeld 9 (Apotheken)

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge abzüglich der vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre. In der Satzart 700 Datenmeldung nicht zu melden sind Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V entstehen¹⁴.

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. Im Datenfeld 9 der Satzart 700 sind die in der Anlage 1.1 unter Abschnitt B. 1.2 Nr. 3 aufgeführten Sachbuchkonten 439 und 519 nicht für die Datenmeldung zu selektieren.

Die Datenfelder 2 bis 8 und 11 bis 20 werden entsprechend nach den Vorgaben unter Abschnitt 8a dieser Anlage gemeldet.

¹⁴ Ausgaben für PZN, die in der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V gesondert gekennzeichnet werden. Entsprechende Ersatzverordnungen werden wie in Satzart 400 aufgeführt, gekennzeichnet.

Datensatz für die Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV

8a. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 703)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „703“
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	Nettoausgaben Apotheken	84	97	14	numerisch	Ausgaben im HLB 3 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
10	Vorzeichen bzgl. Apotheken	98	98	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
11	Krankenhäuser	99	112	14	numerisch	Ausgaben im HLB 4 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
12	Vorzeichen bzgl. Krankenhäuser	113	113	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
13	Sonstige Leistungsausgaben	114	127	14	numerisch	Ausgaben im HLB 5 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
14	Vorzeichen bzgl. sonst. Leistungsausgaben	128	128	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
15	Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung	129	142	14	numerisch	Sachkosten im HLB 7 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
16	Vorzeichen bzgl. LA extrak. Blutr.	143	143	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
17	Ausgaben Krankengeld	144	157	14	numerisch	Ausgaben nach § 44 SGB V im HLB 6a nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
18	Vorzeichen bzgl. Ausgaben Krankengeld	158	158	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
19	Ausgaben Kinderkrankengeld	159	172	14	numerisch	Ausgaben nach § 45 SGB V im HLB 6b nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
20	Vorzeichen bzgl. Ausgaben Kinderkrankengeld.	173	173	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert

Erläuterungen zur Satzart 703 (Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Vorbemerkung:

Die Meldungen der Leistungsausgaben in der Satzart 700, 703 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 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 Berichtsjahr 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 und 713 zu verwenden.

Grundsätzlich sind alle bis zur Selektion der Satzart 700, 703 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 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 und 713 nicht zur Ein- bzw. Auszahlung

gekommen sind. In der Satzart 700, 703 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 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 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 „703“ 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. Um die nach Schließung der Sachbücher für das zu selektierende Berichtsjahr gezahlten Beträge zuzuordnen, können im Fall von Änderungen im Kontenrahmen die gültigen Anlagen 1.1 der beiden Berichtsjahre des Schlüsseljahres verwendet werden.

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:

$$1. \text{ LB_Punkte_Vergütung} = \text{Vergütung} - (\text{LB_EURO_GO} - \text{LB_Punkte} \times \text{Orientierungspunktwert}^{15})$$

Der zu verwendende quartalsdurchschnittliche kassenindividuelle Punktwert wird wie folgt berechnet:

$$2. \text{ LB_Punkte_Vergütung} / \text{LB_Punkte} \times 100$$

Die Ermittlung der quartalsdurchschnittlichen kassenindividuellen Punktwerte für die Satzart 703 hat unter Berücksichtigung der aktuellsten bis zum Datum der Erstellung der Satzart eingegangenen Formblatt 3-Daten zu erfolgen. Kann ein quartalsdurchschnittlicher kassenindividueller Punktwert aufgrund fehlender Abrechnungsdaten nicht berechnet werden oder weicht der entsprechend ermittelte Punktwert um $\pm 75\%$ vom Orientierungspunktwert nach § 87 Absatz 2e SGB V ab, ist ersatzweise der Orientierungspunktwert nach § 87 Absatz 2e SGB V zu verwenden. Dabei wird die Abweichung wie folgt berechnet.

Damit gilt:

Wenn $\text{LB_Punkte_Vergütung} / \text{LB_Punkte} \times 100 > 1,75 \times \text{Orientierungspunktwert}$

oder

$\text{LB_Punkte_Vergütung} / \text{LB_Punkte} \times 100 < 0,25 \times \text{Orientierungspunktwert}$

=> quartalsdurchschnittliche kassenindividuelle Punktwert wird durch Orientierungspunktwert nach § 87 Absatz 2e SGB V ersetzt.

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

Der in Cent angegebene Punktwert wird mit 4 Nachkommastellen angegeben, die 4. Nachkommastelle wird kaufmännisch auf Basis der 5. Stelle gerundet.

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

¹⁵ 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.

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 703 einzuhalten.

h) Zu Datenfeld 9 (Nettoaussgaben 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, 130c und 130e SGB V. Dabei sind die tatsächlich erzielten Ein- und Auszahlungen zu berücksichtigen. Nicht zu melden sind Leistungsausgaben, die im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen nach § 131a SGB V entstehen¹⁶. 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 zugrundeliegenden Unterlagen heranzuziehen.

Die in Abzug zu bringende Differenzbeträge zu den Erstattungsbeträgen nach § 130b bzw. Rabatte und Abschläge nach §§ 130, 130a, 130c und 130e 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 bei Papierrezepten die Beträge der Felder NPB-03 Betrag Zu-/Abschlag bzw. ZDB-03 Betrag der technischen Anlage 3 der Arzneimittelvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V, wenn die Schlüsselnummern R001, R004, R005, R006 und R009 im Feld NPB-02 Zu-/Abschlag bzw. ZDB-02 Zu-/Abschlag eingetragen sind.

¹⁶ Ausgaben für PZN, die in der Technischen Anlage 1 der Vereinbarung zur Datenübermittlung nach § 300 SGB V gesondert gekennzeichnet werden. Entsprechende Ersatzverordnungen werden wie in Satzart 400 aufgeführt, gekennzeichnet.

Bei E-Rezepten sind die Beträge der Felder ID 15 bzw. ID 27 Betrag Zu-/Abschlag des eAbrechnungsdatensatzes der Technischen Anlage 7 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Absatz 3 SGB V zu berücksichtigen, wenn die Schlüsselnummern R001, R004, R005, R006 und R009 im Feld ID 13 bzw. ID 25 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 § 130b 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 erzielttem 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 Absatz 8, 8c und § 130c SGB V:

Bei der Selektion von PZN, die Bestandteile eines Vertrages nach 130a Absatz 8, 8c 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 Absatz 8, 8c, § 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.

4. Kombinationsabschläge nach § 130e SGB V:

Kombinationsabschläge nach § 130e SGB V sind versichertenbezogen zu berücksichtigen.

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 703 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 Absatz 5 SGB XI sind dabei mit dem versichertenbezogenen Kostenanteil, der von der Krankenversicherung übernommen wurde, zu melden.

Die in der Bestimmung des Kontenrahmens beschriebene Vorschrift zur Kontengruppe 44 (Hilfsmittel) und 45 (Heilmittel) sowie Kontenart 556 (Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld) sind für die Selektion der Satzart 703 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 6a 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 703 verbindlich einzuhalten.

j. Zu Datenfeld 19 (Ausgaben Kinderkrankengeld)

Das Datenfeld ist mit den Ausgaben im HLB 6b (Kinderkrankengeld) nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung zu befüllen. Die in der Bestimmung des Kontenrahmens aufgeführte Buchungsvorschrift zur Kontengruppe 47 (Kinderkrankengeld und Beiträge aus Kinderkrankengeld) ist für die Selektion der Satzart 703 verbindlich einzuhalten.

Datensatz für die Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV -

8b. Korrekturmeldung der personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (Satzart 713)

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.

Die Datenfelder 2 bis 20 werden entsprechend nach den Vorgaben unter Abschnitt 8a dieser Anlage gemeldet.

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert. Abweichend zu den Regelungen der Satzart 703 muss dieses Pseudonym bereits in der Satzart 110 des gleichen Berichtsjahres gemeldet worden sein.

Datensatz für die Datenübermittlung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

- Meldung nach § 266 Absatz 6 Satz 3 SGB V -

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

Gemäß § 266 Absatz 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 von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „701“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Summe der berücksichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld	16	29	14	numerisch	Summe der Felder 6, 8, 10, 12, 14 und 20
5	Vorzeichen Summe der berücksichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld	30	30	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
6	Ärzte	31	44	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 1 der Anlage 1.1
7	Vorzeichen Ärzte	45	45	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
8	Zahnärzte	46	59	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 2 der Anlage 1.1
9	Vorzeichen Zahnärzte	60	60	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
10	Apotheken	61	74	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 3 der Anlage 1.1 ohne Berücksichtigung KA 439 und 519
11	Vorzeichen Apotheken	75	75	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
12	Krankenhäuser	76	89	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 4 der Anlage 1.1

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
13	Vorzeichen Krankenhäuser	90	90	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
14	Sonstige Leistungsausgaben	91	104	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 5 der Anlage 1.1
15	Vorzeichen Sonstige Leistungsausgaben	105	105	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
16	Krankengeld	106	119	14	numerisch	Krankengeld nach § 44 SGB V, Abschnitt B.1.2, Ziffer 6a der Anlage 1.1
17	Vorzeichen Krankengeld	120	120	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
18	Kinderkrankengeld	121	134	14	numerisch	Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V, Abschnitt B.1.2, Ziffer 6b der Anlage 1.1
19	Vorzeichen Kinderkrankengeld	135	135	1	alphanumerisch	„+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
20	Extrakorporale Blutreinigung-Su	136	149	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 7 der Anlage 1.1
21	Vorzeichen Extrakorporale Blutreinigung-Su	150	150	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
22	Erstattungen, die bei Zeit- bzw. Dauerrenten für die Vorjahre zugeordnet werden	151	164	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeit- bzw. Dauerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für die Vorjahre, Konto 3215, Konto 3217
23	Vorzeichen Erstattungen, die bei Zeit- bzw. Dauerrenten für die Vorjahre zugeordnet werden	165	165	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
24	Krankengeld-Erstattungen im Zusammenhang mit den Altersrenten	166	179	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V im Zusammenhang mit den Altersrenten, Konto 3218

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
25	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen im Zusammenhang mit den Altersrenten	180	180	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
26	Erstattung Übergangsgeld	181	194	14	numerisch	Erstattungen nach § 20 Absatz 4 SGB VI und Erstattungen nach § 49 Absatz 1 Nr. 3 SGB V, Konto 3213, Konto 3219
27	Vorzeichen Erstattung Übergangsgeld	195	195	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
28	Krankengeld-Erstattungen, die bei Zeit- bzw. Dauerrenten für das Geschäftsjahr zugeordnet werden	196	209	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeit- bzw. Dauerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für das Geschäftsjahr, Konto 3214, Konto 3216
29	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die bei Zeit- bzw. Dauerrenten für das Geschäftsjahr zugeordnet werden	210	210	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
30	Sonstige Erstattungen	211	224	14	numerisch	Summe der Erstattungen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 20 Absatz 4 SGB VI, § 49 Absatz 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
31	Vorzeichen Sonstige Erstattungen	225	225	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
32	Arzneimittel- und Impfstoffrabatte	226	239	14	numerisch	Summe der Arzneimittelrabatte inkl. Impfstoffrabatte; §§ 130 und 130a SGB V; KA 439, KA 519*
33	Vorzeichen Arzneimittelrabatte	240	240	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
34	Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	241	254	14	numerisch	Saldo der Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und der Vorauszahlungen auf Zuzahlungen; KA 598
35	Vorzeichen Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	255	255	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
36	Datenfeld_36	256	269	14	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „99999999999999“ zu befüllen
37	Vorzeichen Datenfeld_36	270	270	1	alphanumerisch	Das Feld ist mit dem Wert „+“ zu befüllen.
38	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	271	284	14	numerisch	Summe der sonstigen nicht zuordenbaren Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung; KA 588
39	Vorzeichen Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	285	285	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
40	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	286	299	14	numerisch	Summe der Einnahmen der Rabatte zur integrierten Versorgung; KA 587*
41	Vorzeichen Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	300	300	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
42	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	301	314	14	numerisch	Summe aus Konto 4606 (ohne 4608)*
43	Vorzeichen Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	315	315	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
44	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	316	329	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9995
45	Vorzeichen Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	330	330	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
46	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	331	344	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9992
47	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	345	345	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "-" = negativer Wert
48	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	346	359	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9999
49	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	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

*Der unter KA 439, KA 519, KA 587 und 4606 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 713 erfolgen entsprechend der Anlage 2.1 nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung:

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

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

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

bestehen.

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

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

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

Aufbau des Vorlaufsatzes

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	,VOSZ' als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	100, 110, 111, 400, 500, 600, 610, 700, 701, 703 oder 713 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
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 713

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

2.13 Nachlaufsatz

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

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

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	100, 110, 111, 400, 500, 600 oder 610 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	numerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart
5	Prüfsumme	21	29	9	numerisch	Summe des letzten numerischen Datenfeldes über alle Datensätze in der jeweiligen Satzart. Bei einem Datenfeld mit Dezimalstellen wird die Summe über alle Vor- und Nachkommastellen ohne die Berücksichtigung des Kommas ermittelt. Sofern ein Numeric Overflow auftritt, werden die überfälligen Stellen des Wertes links abgeschnitten.

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzarten 700, 703 und 713

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	700, 703 oder 713
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	numerisch	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 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 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 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 oder 713
9	Sonstige LA-Summe	77	90	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 13 gemeldeten Daten (absolute

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						Werte) der Satzarten 700, 703 oder 713
10	extrak. Blutr.- Summe	91	104	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 15 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703 oder 713
11	Krankengeld- Summe	105	118	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 17 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703 oder 713
12	Kinderkrankengeld- Summe	119	132	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 19 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzarten 700, 703 oder 713

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 701

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

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						Feldern 6, 8, 10, 12, 14 und 20 gemeldeten Daten der Satzart 701
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	Kinderkrankengeld-Su	119	132	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 18 gemeldeten Daten der Satzart 701
13	Extrakorporale Blutreinigung-Su	133	146	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 20 gemeldeten Daten der Satzart 701
14	Krankengeld-Erstattungen die bei Zeit- bzw. Dauerrenten für die Vorjahre zugeordnet werden	147	160	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 22 gemeldeten Daten der Satzart 701
15	Krankengeld-Erstattungen im Zusammenhang mit den Altersrenten zugeordnet werden	161	174	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 24 gemeldeten Daten der Satzart 701
16	Erstattung Übergangsgeld	175	188	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 26 gemeldeten Daten der Satzart 701
17	Krankengeld-Erstattungen, die bei Zeit- bzw. Dauerrenten für das Geschäftsjahr zugeordnet werden	189	202	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 28 gemeldeten Daten der Satzart 701
18	Sonstige Erstattungen	203	216	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 30 gemeldeten Daten der Satzart 701
19	Arzneimittel- und Impfstoffrabatte	217	230	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 32 gemeldeten Daten der Satzart 701
20	Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	231	244	14	numerisch	Summe der Rück- und Vorauszahlungen aller in dieser Datei in Feld 34

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						gemeldeten Daten der Satzart 701
21	Datenfeld_21	245	258	14	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „9999999999999999“ zu befüllen.
22	Sonstige nicht zuordbare Aufwendungen für die Leistungen der integrierten Versorgung	259	272	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 38 gemeldeten Daten der Satzart 701
23	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	273	286	14	numerisch	Summe der Rabatte aller in dieser Datei in Feld 40 gemeldeten Daten der Satzart 701
24	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	387	300	14	numerisch	Summe der Rabatte und Rückzahlungen aller in dieser Datei in Feld 42 gemeldeten Daten der Satzart 701
25	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	301	314	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 44 gemeldeten Daten der Satzart 701
26	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	315	328	14	numerisch	Summe der Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 46 gemeldeten Daten der Satzart 701
27	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	329	342	14	numerisch	Summe der Erstattungen 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 Erstattungen aller in dieser Datei in Feld 50 gemeldeten Daten der Satzart 701

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 Absatz 2 SGB V

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
11	Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau (§ 45 Absatz 1 SGB VI i. d. F. bis 31.12.2000)	ja
12	Rente für Bergleute wegen langjähriger Untertagebeschäftigung und Vollendung des 50. Lebensjahres (§ 45 Absatz 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

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
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 Absatz 1 SGB VI, § 242a Absatz 1 SGB VI, § 243 Absatz 1 und 4 SGB VI)	
21	Große Witwen-/Witwerrente (§ 46 Absatz 2 SGB VI, § 242a Absatz 2 SGB VI, § 243 Absatz 2 bis 4 SGB VI)	
25	Halbwaisenrente (§ 48 Absatz 1 SGB VI)	
26	Vollwaisenrente (§ 48 Absatz 2 SGB VI)	
29	Knappschaftsruhegeld (§ 48 Absatz 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	

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
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 Absatz 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	
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)	

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
65	<p>Altersrente für besonders langjährig Versicherte (§ 38 SGB VI - Rentenbeginn ab 01.01.2012 bzw. nach § 236b SGB VI - Rentenbeginn ab 01.07.2014)</p> <p>Bei früherem Rentenbeginn = Rente wegen Erwerbsunfähigkeit als Umstellungsrente nach § 308 SGB VI</p>	ja ¹
71	Rente für Bergleute (§ 45 Absatz 1 SGB VI - Rentenbeginn ab 01.01.2001)	ja
72	Rente für Bergleute (§ 45 Absatz 3 SGB VI - Rentenbeginn ab 01.01.2001)	ja
73	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Absatz 1 SGB VI i.V. m. § 82 Nr. 2a SGB VI, § 240 SGB VI)	ja
74	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Absatz 1 SGB VI i.V. m. § 82 Nr. 2b SGB VI, § 240 SGB VI)	ja
75	Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Absatz 2 SGB VI)	ja
76	Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Absatz 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

¹ nur gültig bis einschließlich 2011

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
95	Bergmannswitwen-/witwerrente (Art. 2 § 12 RÜG) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet	
98	Bergmannshalbwaisenrente (Art. 2 § 15 Absatz 1 RÜG) – Leistungsart wird im laufenden Verfahren nicht mehr verwendet	
99	Bergmannsvollwaisenrente (Art. 2 § 15 Absatz 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 Absatz 2 SGB V, so dass zusätzlich zu den bisherigen Rentenarten auch diese Rentenbezieher in den Versichertenbeständen und bei der Ermittlung der Satzarten 100 und 110 als EU-/BU-Rentner zu führen sind.

Anlage 1.5: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu §§ 9, 14, 19 und 24 der Bestimmung)

0. Gültigkeit:

Diese Version der Anlage 1.5 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2025/2026.

1. Vorbemerkung:

Gemäß § 7 Absatz 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, die Datenmeldungen nach § 22 Absatz 4 RSAV, die personenbezogenen Meldungen nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV, sowie die Datenmeldung nach § 269 Absatz 5 SGB V für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V sind Teil dieser Anlage.

Unter Teil I sind zu den einzelnen Datenmeldungen (Satzarten 100, 110, 111, 303, 304, 400, 500, 600, 700, 703, 713, 821, 831 und 832) 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-Spitzenverband zu berechnenden 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 die Begründung dem BAS zur Verfügung. Die Begründungen der Krankenkassen dienen dem BAS zur Bewertung von Auffälligkeiten im Rahmen der Prüfung der Datenmeldungen im Anschluss an die Übermittlung.

Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, auf Grundlage neuer Erkenntnisse weitere Plausibilitätsprüfungen zur Vermeidung von Selektions- oder Datenfehlern vorzunehmen. Die Krankenkassen können nach vorheriger Absprache von der Möglichkeit Gebrauch machen, die Datenmeldungen bis zu zwei Wochen vor dem offiziellen Abgabetermin dem GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Der wiederum stellt die Kennzahlen im Anschluss bereit. Sofern die Krankenkasse erneuten Meldebedarf feststellt, kann die Meldung bis zum Zeitpunkt des offiziellen Abgabetermins wiederholt werden.

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 Nachlautsatz 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 Satzarten 100/110 bzw. 111: Prüfung w) bzw. n) amtlicher Gemeindeschlüssel bei Abweichungen von dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Gemeindeschlüssel. Sowie Satzarten 100/110: Prüfung v) Prüfung Länderkennzeichen i. V. m. Datenfeld 13 Versichertentage im Ausland). 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 1909 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 2023 oder im Berichtsjahr 2024 älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2023 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 334 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2024 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 366 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-Versichertertage 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 / Versichertertage

Die Versichertertage 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) Prüfung Länderkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur ein Länderkennzeichen aus Spalte 2 der Zuordnungstabelle aus Anlage 1.4 zu diesem Datenfeld enthalten oder mit „BLANK“ gefüllt sein.

v) Prüfung Länderkennzeichen in Verbindung mit Datenfeld 13 Versichertertage im Ausland

Das Datenfeld „Länderkennzeichen“ muss mit „BLANK“ gefüllt sein, wenn im Datenfeld „Versichertertage im Ausland“ = 0 Tage gemeldet werden.

Das Datenfeld „Länderkennzeichen“ muss ein Länderkennzeichen aus Spalte 2 der Zuordnungstabelle aus Anlage 1.4 zu diesem Datenfeld enthalten, wenn im Datenfeld 13 „Versichertertage im Ausland“ ein Wert größer 0 gemeldet wird.

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

w) **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 2023	28. Februar 2025 ¹	2. Quartal 2025
Satzart 100E 2024	31. Mai 2025	3. Quartal 2025

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.

¹ Bei Schaltjahren kann der Stand auch der 29. Februar des Jahres sein.

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 1909 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 2023 oder im Berichtsjahr 2024 älter als 66 Jahre alt sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2023 maximal 334 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2024 maximal 366 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) Prüfung Länderkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur ein Länderkennzeichen aus Spalte 2 der Zuordnungstabelle aus Anlage 1.4 zu diesem Datenfeld enthalten oder mit „BLANK“ gefüllt sein.

v) Prüfung Länderkennzeichen in Verbindung mit Datenfeld 13 (Versichertentage im Ausland)

Das Datenfeld „Länderkennzeichen“ muss mit „BLANK“ gefüllt sein, wenn im Datenfeld „Versichertentage im Ausland“ = 0 Tage gemeldet werden.

Das Datenfeld „Länderkennzeichen“ muss ein Länderkennzeichen aus Spalte 2 der Zuordnungstabelle aus Anlage 1.4 zu diesem Datenfeld enthalten, wenn im Datenfeld 13 „Versichertentage im Ausland“ ein Wert größer 0 gemeldet wird.

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

w) amtlicher Gemeindeschlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 21 (amtlicher Gemeindeschlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt veröffentlichter Gemeindeschlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf

Stellen des Gemeindeschlüssels für den folgenden Stand der monatlichen Gemeindedaten 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 2023	30. November 2025	1. Quartal 2026
Satzart 110 BJ 2024	30. November 2025	1. Quartal 2026

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 Datensätze weitergeleitet.

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

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

c) Betriebsnummer

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

d) KV-Nr-Kennzeichen

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

e) Bildung des Pseudonyms

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

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

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

f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1909 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) Datenfeld 12

Das Feld darf nur den Wert „999“ enthalten.

m) DMP-Tage

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

n) amtlicher Gemeindegchlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 14 (amtlicher Gemeindegchlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt (Destatis) veröffentlichter Gemeindegchlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf Stellen des Gemeindegchlüssels für die folgenden Stände der monatlichen Gemeindegdaten 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 111 A 2025 (Halbjahresmeldung)	31. Mai 2025	3. Quartal 2025

MRSA-Datenmeldung	Stand der GV100AD	PLZ-Verzeichnis der Deutschen Post
Satzart 111 B 2025 (Ganzjahresmeldung)	30. November 2025	1. Quartal 2026

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

4. Satzart 303 - Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen -

a) Betriebsnummer

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

b) Identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, und gleichzeitig weist Datenfeld 5 (Beitragsberechnungsgrundlage) den Wert 2 oder 4 oder 5 auf, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

Sofern Datenfeld 5 den Wert 1 oder 3 aufweist sind auch identische Datensätze an das BAS weiterzuleiten.

c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 303 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

d) Beitragsberechnungsgrundlage

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ bis „5“ annehmen.

e) Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen

Der Wertebereich der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen muss eingehalten werden. Ist die Beitragsberechnungsgrundlage = 5, dann nimmt der Feldinhalt den Wert „00000000000000“ an.

f) Zeitraum-Beginn

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen. Das Datum darf nicht vor dem 01.01. des Berichtsjahres liegen

g) Zeitraum-Ende

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen. Das Datum darf nicht nach dem 31.12. des Berichtsjahres liegen.

5. Satzart 304 - Meldung des Krankengeldes -

a) Betriebsnummer

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

b) 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 304 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

d) Beginn des Krankengeldbezuges im AU-Fall

Das Datenfeld darf nur die Form JJJJMMTT annehmen.

e) Ende des Krankengeldbezuges im AU-Fall

Das Datenfeld Ende des Krankengeldbezuges im AU-Fall darf nur die Form JJJJMMTT oder den Wert „99999999“ annehmen.

f) Krankengeldausgaben

Das Datenfeld muss numerisch sein.

g) Vorzeichen bezüglich Krankengeld

Der Wertebereich des Vorzeichens muss eingehalten werden. Der Feldinhalt darf nur „+“ oder „-“ annehmen.

h) Krankengeldbezugstage

Das Datenfeld muss numerisch und der Wert muss größer „0“ sein.

6. Satzart 400 - Arzneimitteldaten -

a) Betriebsnummer

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

b) 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. An der zehnten Stelle muss ein Komma als Dezimaltrennzeichen sein, gefolgt von sechs Nachkommastellen (ggf. Nullen).

7. Satzart 500 - Diagnosen der stationären Behandlung sowie Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V -**a) Betriebsnummer**

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

b) 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 für das Berichtsjahr 2024 die Werte „0“, „1“, „2“, „3“, „4“, „5“, „6“, „7“, „8“ oder „9“ annehmen. Für das Berichtsjahr 2023 sind nur die Werte 0 bis 4 zulässig.

8. Satzart 600 - Diagnosen der ambulanten Behandlung -

a) Betriebsnummer

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

b) 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.

i) Vertragsnummer

Entspricht der Feldinhalt im Datenfeld 9 (Datenweg) dem Wert 02, dann ist der Inhalt des Datenfeldes 10 (Vertragsnummer) ungleich „9999999999“.

9. 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) Datenfelder 4 bis 8 und 11 bis 20:

Es wird geprüft, ob die Inhalte der Datenfelder 4 bis 8 und 11 bis 20 der Satzart 700 inhaltlich identisch mit den entsprechenden Datenfeldern der Satzart 703 gemeldet werden. Bei Abweichungen werden die entsprechenden Datensätze gekennzeichnet und der Datenabsender wird über den Fehler informiert.

10. 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 Versicherten-pseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versicherten-pseudonym 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) Unplausible Krankengeldleistungen (HLB 6a) in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Gegen die Satzart 100 wird geprüft, ob Leistungsdaten (Werte >0) bei Versicherten anfallen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht anspruchsberechtigt sind (Alter < 15). Ist das der Fall, sind nähere Überprüfungen in den Krankenkassen vorzunehmen und diese Datensätze ggf. zu entfernen.

11. Satzart 713 - Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben -**a) Betriebsnummer**

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 110 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 110 des gleichen Berichtsjahres zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 713 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 110 ist nicht gültig.

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 713 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 713 entspricht der Anzahl gemeldeter Versichertenpseudonyme in der Satzart 110.

d) Unplausible Krankengeldleistungen (HLB 6a) in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Gegen die Satzart 110 wird geprüft, ob Leistungsdaten (Werte >0) bei Versicherten anfallen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht anspruchsberechtigt sind (Alter < 15). Ist das der Fall, sind nähere Überprüfungen in den Krankenkassen vorzunehmen und diese Datensätze ggf. zu entfernen.

12. Satzart 821 - Datenmeldung nach § 22 Absatz 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.

13. Satzart 831 - Meldung über Angabe der Leistungen gem. § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV -

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 des gleichen Berichtsjahres zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 831 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

d) Datenfeld 6 (GOP): Nicht zuordenbare GOPs

Die gemeldeten GOPs in der Datenmeldung werden mit den GOPs der vom BAS veröffentlichten GOP-Liste abgeglichen. Als Referenz wird die vom BAS veröffentlichte Tabelle „A1_AJ2024_VP.xlsx“ in der für das Ausgleichsjahr 2024 aktuellsten Fassung verwendet, welche als Anlage zur „Verfahrensbeschreibung zur Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gemäß § 15 Absatz 4 RSAV“ veröffentlicht wird. Ist die Zuordnung von einer oder mehreren gemeldeten GOPs nicht möglich, dann werden diese GOPs gekennzeichnet und die Anzahl als Information an die Krankenkasse übermittelt. GOPs aus dem Bereich BEMA, bei denen nur die Groß- bzw. Kleinschreibung von der Bekanntgabe abweicht, werden den Krankenkassen nicht als auffällig gekennzeichnet.

14. Satzart 832 - Meldung über Angabe der Leistungen gem. § 15 Absatz 6 Satz 1 Nr. 2 RSAV i. V. m. § 7 Absatz 4 RSAV -**a) Betriebsnummer**

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 110 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 110 des gleichen Berichtsjahres zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 832 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 110 ist nicht gültig.

d) Datenfeld 6 (GOP): Nicht zuordenbare GOPs

Die gemeldeten GOPs in der Datenmeldung werden mit den GOPs der vom BAS veröffentlichten GOP-Liste abgeglichen. Als Referenz wird die vom BAS veröffentlichte Tabelle „A1_AJ2024_VP.xlsx“ in der für das Ausgleichsjahr 2024 aktuellsten Fassung verwendet, welche als Anlage zur „Verfahrensbeschreibung zur Stufeneinteilung und Höhe der Pauschalen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen gemäß § 15 Absatz 4 RSAV“ veröffentlicht wird. Ist die Zuordnung von einer oder mehreren gemeldeten GOPs nicht möglich, dann werden diese GOPs gekennzeichnet und die Anzahl als Information an die Krankenkasse übermittelt. GOPs aus dem Bereich BEMA, bei denen nur die Groß- bzw. Kleinschreibung von der Bekanntgabe abweicht, werden den Krankenkassen nicht als auffällig gekennzeichnet.

Teil II: Kennzahlen

1. Satzart 100 - Jahresdaten des Versicherten -

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

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

Es wird die Veränderungsrate „ VR_{KM1} “ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099) des Berichtsjahres 2024 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2023 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_{KM1} ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\text{Versichertenzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2024}{\text{Versichertenzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2023} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „ VR_{SA100} “ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 des Berichtsjahres 2024 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 100 der Korrekturmeldung 2023 geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate VR_{SA100} ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 100 EM 2024}}{\text{Versichertenjahre aus SA 100 KM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

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

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „ VR_{SA100} “ vom Wert „ VR_{KM1} “ abgezogen wird.

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

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

Es wird die Veränderungsrate „ VR_{KM1} “ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) des Berichtsjahres 2023 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2022 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_{KM1} ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\text{Versichertenzahl der KM1_13}_{(SP\ 12099, Spalte\ 3)}\ BJ\ 2023}{\text{Versichertenzahl der KM1_13}_{(SP\ 12099, Spalte\ 3)}\ BJ\ 2022} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „ VR_{SA100} “ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2023 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 110 der Korrekturmeldung 2022 geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate VR_{SA100} ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 100 KM 2023}}{\text{Versichertenjahre aus SA 110 KM 2022}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 Veränderungsrate 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 2024 gegenüber der Satzart 100 Korrekturmeldung 2023 bzw. der Satzart 111 des Berichtsjahres 2024:

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

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2024)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ KM\ 2023)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 2,3,6,7,8$$

bzw.

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2024)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 111\ BJ\ 2024)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1,4,5,9,10,11$$

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.

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen b2 bis b5 und b9 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, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert.)

c) Veränderungsrate der Korrekturmeldung 2023 gegenüber der Satzart 110 des Berichtsjahres 2023 bzw. der Erstmeldung der Satzart 100 des Berichtsjahres 2023

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

$$VR_{cr} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 KM 2023)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 EM 2023)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3$$

bzw.

$$VR_{cr} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 KM 2023)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 110 KM 2023)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11, r \neq 3$$

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

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

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

c12) Weisen die Veränderungsrate „c1) Versichertentage“, „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 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 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 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 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 Berichtungslieferung 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 2024 gegenüber der Erstmeldung 2024 der Satzart 100:

$$VR_{ar} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n ar_i (SA 110 KM 2024)}{\sum_{i=1}^n ar_i (SA 100 EM 2024)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

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 %

* 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.

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen „a2 und a4 bis a9“ 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“, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert).

a12) Weisen die Veränderungsraten „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.

b) Veränderungsrate der Satzart 110 des Berichtsjahres 2023 gegenüber der Korrekturmeldung 2023 der Satzart 100:

$$VR_{br} = \left(\frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA 110 KM 2023)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA 100 KM 2023)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

Veränderungsrate des Teilbereiches (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 %

*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.

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen „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 „b2 und b5 bis b9“, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert).

b12) Weisen die Veränderungsraten „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“ gekennzeichneten Pseudonyme durch die jeweilige Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme dividiert, wobei für die Bildung der Gesamtanzahl die Pseudonyme mit Clearingkennzeichen „1“ unberücksichtigt bleiben.

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

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

d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

d.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das BfArM 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 2023) ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Ebenfalls wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2024) 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 2024)	Satzart 111B Berichtsjahr 2024	b1, b4, b5, b9, b10, b11
		Satzart 100 Korrekturmeldung 2023	b2, b3, b6, b7, b8
1c)	Satzart 100 - Jahresdaten des Versicherten (Korrekturmeldung 2023)	Satzart 110 Berichtsjahr 2023	c1, c2, c4, c5, c6, c7, c8, c9, c10, c11
		Satzart 100 Erstmeldung 2023	c3

Kennzahl Nr.	Name der Datenmeldung	Referenzdatenmeldung(en)	Felder zur Prüfung
2a)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2024)	Satzart 100 Erstmeldung 2024	a1 bis a11
2b)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2023)	Satzart 100 Korrekturmeldung 2023	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 2025 addiert werden und diese Summe dann durch 6 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2025}} = \frac{\sum \text{Versichertenzahlen}_{(SP\ 12099, \text{Spalte 3})\ 1.HJ\ BJ\ 2025}}{6}$$

Diese Zahl ist durch die entsprechend gebildete halbjahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus den amtlichen KM1 des Vorjahres 2024 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR_{KM1}“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2025}}}{\overline{\text{Versichertenzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2024}}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_{SA111}“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2025 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2024 geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate VR_{SA111} ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2025}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2024}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 Veränderungsrate 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 2025 addiert werden und diese Summe dann durch 12 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2025}} = \frac{\sum \text{Versichertenanzahlen}_{(SP\ 12099, Spalte\ 3)\ BJ\ 2025}}{12}$$

Diese Zahl ist durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus der amtlichen KM1/13 des Vorjahres 2024 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR_{KM1}“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left(\frac{\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2025}}}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13\ (SP\ 12099, Spalte\ 3)\ BJ\ 2024}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR_{SA111}“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2025 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2024 geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate „VR_{SA111}“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left(\frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2025}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2024}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 Veränderungsrate 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 BfArM 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 Berichtungslieferung 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 303: - Zeitraumbezogene Beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten -

a) Anteil Beitragssummen am Vorjahr:

Es werden für die Beitragsberechnungsgrundlagen 1 bis 4 die Summen der Beitragspflichtigen Einnahmen gebildet und mit den entsprechenden Summen der Beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Vorjahr verglichen, indem je Beitragsberechnungsgrundlage Anteilswerte gebildet werden.

$$\text{Kennzahl. } a_i = \frac{\sum bpE_i (SA 303_{2024})}{\sum bpE_i (SA 303_{2023})}, \text{ mit } i = 1,2,3,4$$

Die Krankenkassen erhalten die Berechnungsergebnisse zur Überprüfung Ihrer Datenmeldung. Sofern eine Krankenkasse eine Auffälligkeit in ihrer Datenmeldung feststellt, kann diese innerhalb der geltenden Meldefrist eine berichtigte Datenmeldung abgeben.

5. Satzart 304: - Fallbezogene Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V je Versicherten -

a) Ausschöpfungsquote Krankengeld an der Satzart 701

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über die Satzart 304 gemeldeten Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V wird die Summe der Krankengeldausgaben der Satzart 304 für das Berichtsjahr gebildet und mit den Leistungsausgaben Krankengeld nach § 44 SGB V der Satzart 701 für das Berichtsjahr verglichen. Der Anteil der Krankengeldausgaben der Satzart 304 an den entsprechenden Krankengeldausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote Krankengeld Satzart 304 an der Satzart 701“.

$$\text{Kennzahl. a} = \frac{\sum \text{Krankengeld (SA 304)}}{\sum \text{Krankengeld (SA 701)}}$$

Für das Krankengeld nach § 44 SGB V wird ein Korridor von 85 % bis 115 % erwartet. Sofern eine Krankenkasse einen dieser Werte unter- bzw. überschreitet, hat diese ihre Abweichung zu überprüfen und ggf. innerhalb der geltenden Meldefrist eine berichtigte Datenmeldung abzugeben.

b) Ausschöpfungsquote Krankengeld an der Satzart 703

Ergänzend zur Prüfung a) wird in Prüfung b) die Ausschöpfungsquote an der Satzart 703 berechnet. Zur Prüfung der Vollständigkeit der über die Satzart 304 gemeldeten Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V wird die Summe der Krankengeldausgaben der Satzart 304 gebildet und mit den Leistungsausgaben Krankengeld nach § 44 SGB V der Satzart 703 verglichen. Der Anteil der Krankengeldausgaben der Satzart 304 an den entsprechenden Krankengeldausgaben nach Satzart 703 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote Krankengeld Satzart 304 an der Satzart 703“.

$$\text{Kennzahl. b} = \frac{\sum \text{Krankengeld (SA 304)}}{\sum \text{Krankengeld (SA 703)}}$$

Für das Krankengeld nach § 44 SGB V wird ein Korridor von 95 % bis 105 % erwartet. Sofern eine Krankenkasse einen dieser Werte unter- bzw. überschreitet, hat diese ihre Abweichung zu überprüfen und ggf. innerhalb der geltenden Meldefrist eine berichtigte Datenmeldung abzugeben.

6. 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 Werktage (FW_i) multipliziert, um die gewichteten Werte $b_i \cdot FW_i$ zu erhalten, somit gilt $b_i \cdot FW_i = b_i \cdot FW_i$, wobei FW_i gegeben.

Aus den gewichteten Werten ($b_i \cdot FW_i$) 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 Werktage:

Berechnet werden die Werktage 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 Werktage (FW) je Monat berechnen sich, indem die Werktage (WT_i) durch das arithmetische Mittel der Werktage dividiert werden ($FW_i = \frac{WT_i}{\overline{WT}}$).

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

Faktoren für Werktage:

Monat (i)	Werktage (WT_i) 2023	Faktor Werktage (FW_i) 2023	Werktage (WT_i) 2024	Faktor Werktage (FW_i) 2024
Januar	26	1,02631579	26	1,02295082
Februar	24	0,94736842	25	0,98360656
März	27	1,06578947	25	0,98360656
April	23	0,90789474	25	0,98360656
Mai	24	0,94736842	24	0,94426230
Juni	26	1,02631579	25	0,98360656
Juli	26	1,02631579	27	1,06229508
August	27	1,06578947	27	1,06229508
September	26	1,02631579	25	0,98360656
Oktober	25	0,98684211	26	1,02295082

Monat (i)	Werktage (WT _i) 2023	Faktor Werktage (FW _i) 2023	Werktage (WT _i) 2024	Faktor Werktage (FW _i) 2024
November	26	1,02631579	26	1,02295082
Dezember	24	0,94736842	24	0,94426230

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2024}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2023}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

$$\text{Anteil Einheiten}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2023}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2023}_{\text{je Monat}}}$$

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

$$\text{Anteil Datensätze}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2023}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2023}_{\text{je Monat}}}$$

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

$$\text{Anteil Einheiten}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2024}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2023}_{\text{je Monat}}}$$

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

$$\text{Anteil Datensätze}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2024}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2023}_{\text{je Monat}}}$$

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 $\text{Kennzahl. } f \notin [0,8; 1,2]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

7. Satzart 500: - Diagnosen der stationären Behandlung sowie Diagnosen im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V -

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 $b_i \cdot FW_i$, mit $b_i \cdot FW_i = b_i \cdot FW_i$, wobei FW_i gegeben, zu erhalten. Aus den gewichteten Beobachtungen ($b_i \cdot FW_i$) 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.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2024}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2023}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

e) **Veränderungsraten 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 Prüfung werden unter der Behandlungsart 1 ausgewiesen.

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

$$VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM2023}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM2023}_{Monat,BA}} \cdot 100 \right) - 100$$

Für die zusammengefassten Behandlungsarten „vollstationär“ und „stationsäquivalent“ (Behandlungsart 1 und 4) liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von - 10 % und +10 %, mit $VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} \notin [-10\%; +10\%]$ => 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 $VR_Datensatzanzahl_{Monat,BA} \notin [-30\%; +30\%]$ => 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. Die Ergebnisse dieser Prüfung werden unter der Behandlungsart 1 ausgewiesen.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{EM(Monat,BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 EM 2024}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 EM 2024}_{Monat,BA}}$$

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.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{KM(Monat,BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 KM 2023}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 KM 2023}_{Monat,BA}}$$

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

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

Für die zusammengefassten Behandlungsarten „vollstationär“ und „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ (Behandlungskennzeichen 1 und 4) liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -15 % und +15 %, mit $VR_Diagnosen_{Monat,BA} \notin [-15\%; +15\%]$ => 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 $VR_Diagnosen_{Monat,BA} \notin [-30\%; +30\%]$ => Hinweis.

Die Behandlungskennzeichen 0, 5 bis 9 werden in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

g) Summe Datensätze je Behandlungsart zu 5 bis 9:

Für die gemeldeten Daten im Rahmen von Hybrid-DRGs nach § 115 f SGB V wird je Behandlungsart die Summe der ‚Datensätze‘ gebildet. Die Ergebnisse werden je Behandlungsart, an die Krankenkassen zur Information, ausgewiesen.

$$\text{Kennzahl. } g_i = \sum \text{Datensätze}_i, \text{ für } i = 5, 6, 7, 8, 9$$

8. Satzart 600: - Diagnosen der ambulanten Behandlung -

Zur Berechnung der Kennzahlen c) bis f) der Satzart 600 wird die Ausdifferenzierung der Datenfelder „Datenweg“ und „Vertragsnummer“ im Schlüsseljahr 2025/2026 nicht berücksichtigt. Somit werden die Daten über die Datenfelder 1 bis 8 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

$$VR_Datensatzanzahl_{EM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2024}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2023}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM(Quart.,G)} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2023}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2023}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

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 Qualifizierungskennzeichen „G“ zu verwenden.

$$VR_Datensatzanzahl_{EM(Quart.,G)} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2024}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2023}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

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.

9. **Satzart 703 - Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben**

a) **Datenfelder 5-20 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)**

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 703 gemeldeten Leistungsausgaben wird die Summe aller Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich gebildet und mit den Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich in der Satzart 701 verglichen.² Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 703 in einem Hauptleistungsbereich an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote je Hauptleistungsbereich“.

$$Kennzahl. a_i = \frac{\sum LA HLB_i (SA 703)}{\sum LA HLB_i (SA 701)}, \text{ mit } i = 2, \dots, 6a, 6b$$

$$Kennzahl. a_{ij} = \frac{\sum LA HLB_i (SA 703) + \sum LA HLB_j (SA 703)}{\sum LA HLB_i (SA 701) + \sum LA HLB_j (SA 701)}, \text{ mit } i = 1 \text{ und } j = 7$$

² Für die Berechnung der Ausschöpfungsquote des Hauptleistungsbereiches 3 (Nettoaussgaben Apotheken) sind die im Abschnitt B. 1.2. Ziffer 3 der Anlage 1.1 aufgeführten Kontenarten 439 und 519 aus Feld 32 der Satzart 701 zu berücksichtigen.

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 – Nettoausgaben Apotheken	= 85 % bis 115 %
HLB 4 – Krankenhäuser	= 85 % bis 115 %
HLB 5 – Sonstige LA	= 80 % bis 120 %
HLB 6a – Krankengeld	= 85 % bis 115 %
HLB 6b – Kinderkrankengeld	= 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 $i = 3, 4, 6a, 6b$ => Begründung oder neue Datenmeldung.

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

Kennzahl. $a_{ij} \notin [0,85; 1,15]$ für $i = 1$ und $j = 7$ => Begründung oder neue Datenmeldung.

b) Prozentualer Anteil Datensätze der Satzart 703 an Satzart 100

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

$$\text{Anteil Datensätze}_{KK} = \frac{\text{Anzahl Datensätze SA 703 EM 2024}}{\text{Anzahl Datensätze SA 100 EM 2024}}$$

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.³ 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 Angabe“) bzw. das Geschlechtsmerkmal = 4 („Divers“) bei den Ausgabenprofilen dem Geschlecht „weiblich“ zugeordnet.

³ Für Kinderkrankengeld werden keine Ausgabenprofile erstellt, da es sich hierbei um einen nicht versichertenbezogenen Ist-Kostenausgleich handelt.

$$LA \text{ je Versichertentag}_{AGGi} = \frac{\sum LA \text{ SA 703 2024}_{AGGi}}{\sum \text{Versichertentage SA 100 EM 2024}_{AGGi}}, \text{ für } i = 1, \dots, 40$$

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 der Satzart 713 des Vorjahres) geprüft werden. Bei unplausiblen Profilverläufen sind weitergehende Überprüfungen zur Aufdeckung der Ursachen vorzunehmen. Krankenkassen, bei denen Auffälligkeiten in den Profilverläufen festgestellt wurden, sind mit einer Verfahrensempfehlung, wenn möglich unter Benennung der Gründe der Auffälligkeiten, dem BAS mitzuteilen.

d) Versicherte ohne Leistungsausgaben

Jede Krankenkasse überprüft in der Satzart 703 den Anteil der Versicherten, die in keinem Hauptleistungsbereich Leistungsausgaben größer 0 € aufweisen, an allen Versicherten in der Satzart 703.

In der aktuellen Datenmeldung der Satzart 703 und der Datenmeldung der Satzart 713 des Vorjahres wird dazu jeweils die Anzahl der Versicherten mit Leistungsausgaben ≤ 0 durch die Anzahl der Versicherten der Satzart 703 bzw. 713 geteilt und mit 100 multipliziert.

$$\text{Anteilswert}_{2024} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 703 2024 | } LA(HLBi) \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 703 2024}} \cdot 100$$

$$\text{Anteilswert}_{2023} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 713 2023 | } LA(HLBi) \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 713 2023}} \cdot 100$$

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 $\text{Anteilswert}_{2024} - \text{Anteilswert}_{2023} \notin [-3\%; +3\%]$, überprüft die Krankenkasse ihre Datenmeldung und begründet die Auffälligkeit gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

10. Satzart 713 - Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

a) Datenfelder 5-20 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 713 gemeldeten Leistungsausgaben wird die Summe aller Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich gebildet und mit den Leistungsausgaben je

Hauptleistungsbereich in der Satzart 701⁴ verglichen. Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 713 in einem Hauptleistungsbereich an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote je Hauptleistungsbereich“.

$$\text{Kennzahl. } a_i = \frac{\sum LA HLB_i (SA 713)}{\sum LA HLB_i (SA 701)}, \text{ mit } i = 2, \dots, 6a, 6b$$

$$\text{Kennzahl. } a_{ij} = \frac{\sum LA HLB_i (SA 713) + \sum LA HLB_j (SA 713)}{\sum LA HLB_i (SA 701) + \sum LA HLB_j (SA 701)}, \text{ mit } i = 1 \text{ und } j = 7$$

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 – Nettoausgaben Apotheken	= 85 % bis 115 %
HLB 4 – Krankenhäuser	= 85 % bis 115 %
HLB 5 – Sonstige LA	= 80 % bis 120 %
HLB 6a – Krankengeld	= 85 % bis 115 %
HLB 6b – Kinderkrankengeld	= 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 $i = 3, 4, 6a, 6b$ => Begründung oder neue Datenmeldung.

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

Kennzahl. $a_{ij} \notin [0,85; 1,15]$ für $i = 1$ und $j = 7$ => Begründung oder neue Datenmeldung.

b) Prozentualer Anteil Datensätze der Satzart 713 an Satzart 110

Es wird der Anteil Datensätze an der Satzart 110 des gleichen Berichtsjahres berechnet.

$$\text{Anteil Datensätze}_{KK} = \frac{\text{Anzahl Datensätze SA 713 2024}}{\text{Anzahl Datensätze SA 110 2024}}$$

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

⁴ Für die Berechnung der Ausschöpfungsquote des Hauptleistungsbereiches 3 (Nettoausgaben Apotheken) sind die im Abschnitt B. 1.2. Ziffer 3 der Anlage 1.1 aufgeführten Kontenarten 439 und 519 aus Feld 32 der Satzart 701 zu berücksichtigen.

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 (SA110) dividiert. Analog der Zuordnung zu den Altersgruppen im Klassifikationsmodell wird das Geschlechtsmerkmal = 3 („fehlende Angabe“) bzw. das Geschlechtsmerkmal = 4 („Divers“) bei den Ausgabenprofilen dem Geschlecht „weiblich“ zugeordnet.

$$LA \text{ je Versichertentag}_{AGG_i} = \frac{\sum LA \text{ SA 713 2024}_{AGG_i}}{\sum \text{Versichertentage SA 110 2024}_{AGG_i}}, \text{ für } i = 1, \dots, 40$$

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 der Satzart 703 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres) geprüft werden. Bei unplausiblen Profilverläufen sind weitergehende Überprüfungen zur Aufdeckung der Ursachen vorzunehmen. Eine Auffälligkeit könnte darin bestehen, dass ein Profilverlauf der Satzart 713 von einem entsprechenden Profilverlauf der Satzart 703 erheblich abweicht. Krankenkassen, bei denen 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 713 den Anteil der Versicherten, die in keinem Hauptleistungsbereich Leistungsausgaben größer 0 € aufweisen, an allen Versicherten in der Satzart 713.

In der aktuellen Datenmeldung der Satzart 713 und der vorangegangenen Datenmeldung der Satzart 703 des gleichen Berichtsjahres wird dazu jeweils die Anzahl der Versicherten mit Leistungsausgaben ≤ 0 durch die Anzahl der Versicherten der Satzart 713 bzw. 703 geteilt und mit 100 multipliziert.

$$\text{Anteilswert}_{2024KM} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 713 2024} | LA(HLBi) \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 713 2024}} \cdot 100$$

$$\text{Anteilswert}_{2024EM} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 703 2024} | LA(HLBi) \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 703 2024}} \cdot 100$$

Versicherte, die in der Satzart 110 bzw. 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 $\text{Anteilswert}_{2024KM} - \text{Anteilswert}_{2024EM} \notin [-3\%; +3\%]$, überprüft die Krankenkasse ihre Datenmeldung und begründet die Auffälligkeit gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

11. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 22 Absatz 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“.

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

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 $VR_Mitglieder_{Monat,BBNr} \notin [98\%; 102\%]$ 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.

12. Satzart 831 - Meldung über Angabe der Leistungen gem. § 15 Absatz 6 RSAV-

a) Durchschnittliche Inanspruchnahme von Leistungen je Pseudonym in der Satzart 831

Es wird die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen aus der Satzart 831 durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Leistungen je Versicherten“ in der Satzart 831 zu erhalten.

$$\emptyset\ Anzahl\ Leistungen_{EM} = \frac{Anzahl\ in\ Anspruch\ genommenen\ Leistungen\ aus\ SA\ 831\ 2024}{Anzahl\ Pseudonyme\ aus\ SA\ 831\ 2024}$$

b) Veränderungsrate der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Leistungen je Pseudonym einer Erstmeldung (831) gegenüber der Korrekturmeldung (832) des Vorjahres

Es werden die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen aus der Erstmeldung durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Leistungen EM“ je Versicherten in der Satzart 831 Erstmeldung zu erhalten.

$$\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{EM} = \frac{\text{Anzahl in Anspruch genommenen Leistungen aus SA 831 2024}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 831 2024}}$$

Ebenfalls wird die Zahl „Anzahl Leistungen_{KM}“ je Versicherten in der Korrekturmeldung berechnet, indem die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen aus der Satzart 832 des vorangegangenen Berichtsjahres durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme der gleichen Datenmeldung geteilt wird.

$$\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{KM} = \frac{\text{Anzahl in Anspruch genommenen Leistungen aus SA 832 2023}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 832 2023}}$$

Die Veränderungsrate der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Leistungen je Pseudonym einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung des Vorjahres ist zu berechnen, indem die „Anzahl Leistungen je Versicherten“ aus der Satzart 831 durch die „Anzahl Leistungen je Versicherten“ aus der Satzart 832 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate ergibt sich aus diesem berechneten Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{\text{Leistungen}_{EM}} = \left(\frac{\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{EM}}{\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{KM}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -15 % und +15 %, mit $VR_{\text{Leistungen}_{EM}} \notin [-15\%; +15\%]$, erhält die Krankenkasse einen Hinweis.

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl einer Erstmeldung (831) gegenüber der Korrekturmeldung (832) des Vorjahres

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze in der Satzart 831 des Berichtsjahres gegenüber der Satzart 832 des vorangehenden Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Satzart 831 durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Satzart 832 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen.

$$VR_{\text{Datensatzanzahl}_{EM}} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 831 2024}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 832 2023}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit $VR_{\text{Datensatzanzahl}_{EM}} \notin [-10\%; +10\%]$, erhält die Krankenkasse einen Hinweis.

13. Satzart 832 - Meldung über Angabe der Leistungen nach § 15 Absatz 6 RSAV i. V. m. § 7 Absatz 4 RSAV -

a) Durchschnittliche Inanspruchnahme von Leistungen je Pseudonym in der Satzart 832

Es wird die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen aus der Satzart 832 durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Leistungen je Versicherten“ in der Satzart 832 zu erhalten.

$$\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{KM} = \frac{\text{Anzahl in Anspruch genommenen Leistungen aus SA 832 2024}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 832 2024}}$$

b) Veränderungsrate der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Leistungen je Pseudonym einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung

Es wird die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen aus der Satzart 832 durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Leistungen je Versicherten“ in der Korrekturmeldung zu erhalten.

$$\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{KM} = \frac{\text{Anzahl in Anspruch genommenen Leistungen aus SA 832 2024}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 832 2024}}$$

Ebenfalls wird die Zahl „Anzahl Leistungen je Versicherten“ in der Erstmeldung berechnet, indem die Anzahl der in Anspruch genommenen Leistungen aus der Satzart 831 des gleichen Berichtsjahres durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme der gleichen Datenmeldung geteilt wird.

$$\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{EM} = \frac{\text{Anzahl in Anspruch genommenen Leistungen aus SA 831 2024}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 831 2024}}$$

Die Veränderungsrate der durchschnittlichen Inanspruchnahme von Leistungen je Pseudonym einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung ist zu berechnen, indem die „Anzahl Leistungen je Versicherten“ aus der Satzart 832 durch die „Anzahl Leistungen je Versicherten“ aus der Satzart 831 des gleichen Berichtsjahres geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate ergibt sich aus diesem berechneten Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_Leistungen_{KM} = \left(\frac{\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{KM}}{\emptyset \text{ Anzahl Leistungen}_{EM}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -15 % und +15 %, mit $VR_Leistungen_{KM} \notin [-15\%; +15\%]$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 831 des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Satzart 832 durch den Wert „Anzahl der Datensätze“

aus der Satzart 831 des gleichen Berichtsjahres geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen.

$$VR_Datensatzanzahl_{KM} = \left(\frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 832 2024}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 831 2024}} \cdot 100 \right) - 100$$

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

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, 13, 18 und 23 der Bestimmung

A. Allgemeine Erläuterungen

1. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 2.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2025/2026.

2. Meldezeitpunkte

Die Krankenkassen melden die in dieser Bestimmung beschriebenen Datenmeldungen der Satzarten 100, 110, 111, 303, 304, 400, 500, 600, 700, 703, 713, 821, 831 und 832 entsprechend den genannten Terminen der Anlagen 1.4, 3.2, 4.1 und 5.1.

Die Satzarten 150, 701 und 820 werden vom GKV-Spitzenverband ermittelt und an das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) weitergeleitet.

Die genauen Meldezeitpunkte können auch der Übersicht am Ende dieses Dokumentes entnommen werden.

3. Vorlagetermine und Verfahrensregelungen

Der GKV-Spitzenverband führt die nach dieser Bestimmung festgelegten Plausibilitätsprüfungen durch. Sollten Krankenkassen darüber hinaus von der Möglichkeit Gebrauch machen, von den bisherigen Spitzenverbänden (Kassenorganisationen) Plausibilitätsprüfungen durchführen zu lassen, können die Krankenkassen ihre Datenmeldungen gemäß den Anlagen 1.4, 3.2, 4.1 und 5.1 dieser Bestimmung über ihre jeweiligen Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband übermitteln.

Erfolgt die Datenmeldung über eine Kassenorganisation, hat diese dem GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen nach §§ 9, 14, 19 und § 24 elektronisch an rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de zu übermitteln. Ansonsten erfolgt die Meldung direkt durch die Krankenkasse.

Im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen werden den Krankenkassen zu Teil 2 der Anlage 1.5 die Ergebnisse der Prüfungen unter <https://datenaustausch.gkv-spitzenverband.de> im Verfahren „RSA_0_VD_V01 - RSA-Verfahrensdaten“ vom GKV-Spitzenverband zur Abholung bereitgestellt.

Die Rückmeldungen zu den auffälligen Prüfungen durch die Krankenkassen sind über das Verfahren „8RM_0_MRSRM - Rückmeldungen zu den Plausibilitätsprüfungen der Anlage 1.5 Teil 2“ per sFTP dem GKV-Spitzenverband bereitzustellen. Es wird empfohlen die dafür vorgesehenen Excel-Dateien mit der PKCS#7-Verschlüsselung zu übermitteln. Details zu den Prüfungen finden Sie in den vom GKV-Spitzenverband bereitgestellten Ergebnisdateien und in der Anlage 1.5 der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 SGB V. Gleichmaßen sind die Bestätigungen der Lieferanten der Daten an den GKV-Spitzenverband ebenfalls über das Verfahren bereitzustellen.

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, 3.2, 4.1 und 5.1.

Eine tabellarische Übersicht der Termine befindet sich am Ende dieser Anlage.

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 mit dem Betreff:

„Änderungsmitteilung der Zuordnungen im Schlüsseljahr 2025 / 2026 – Name des Datenlieferanten“

zu melden.

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.).

Des Weiteren sind dem GKV-Spitzenverband die Kontaktdaten der RSA-Ansprechpartner der Krankenkassen für die Datenmeldungen und der RSA-Ansprechpartner der Lieferanten zu Beginn des Schlüsseljahres per E-Mail (rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de) zuzusenden.

Dazu verwenden Sie bitte eine Excel-Datei mit der folgenden Datei-Bezeichnung,

„RSA-Ansprechpartner im Schlüsseljahr 2025_2026 –Betriebsnummer des Absenders“

und den folgenden Spalten:

1. Betriebsnummer der Krankenkasse / des Datenlieferanten
2. Name der Krankenkasse / des Datenlieferanten
3. Name des Ansprechpartners
4. E-Mail-Adresse
5. Telefonnummer
6. Mobilfunknummer (soweit vorhanden)

Alternative Ansprechpartner in den Krankenkassen werden mit weiteren Datensätzen in der obigen Datei angegeben. Änderungen der Ansprechpartner sind durch die Krankenkasse umgehend dem GKV-Spitzenverband mitzuteilen.

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, 4.1 und 5.1 dieser Bestimmung zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 11
sowie § 15 Absatz 5 RSAV) = die Satzart 100,
2. für Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 3 RSAV = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (mtl. Abschlag-
verfahren)
(§ 9 Absatz 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Datenmeldung Zeitraumbezogener
Beitragspflichtiger Einnahmen je Versicherten
nach § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V = die Satzart 303,
5. für die Datenmeldung Fallbezogener Leistungsausgaben
für Krankengeld nach § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V = die Satzart 304,
6. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,

7. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
8. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen
Versorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
9. für die Prozeduren und Operationen der
ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,
10. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Absatz 1 Satz 6 RSAV) = die Satzart 700,
11. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 und Satz 3 RSAV) = die Satzart 703,
12. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen
Leistungsausgaben
(§ 7 Absatz 4 Satz 2 Nr. 2 RSAV) = die Satzart 713,
13. für die Meldung der Zusatzbeitragssätze und
Mitgliederzahlen zur Durchführung des
Einkommensausgleichs
(§ 22 Absatz 4 RSAV) = die Satzart 821,
14. für die personenbezogene Meldung nach
§ 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV) = die Satzart 831,
15. für die Korrektur der personenbezogenen Meldung
nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV) = die Satzart 832.

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, 4.1 und 5.1 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
Kaiserleistr. 10 - 16
D-63067 Offenbach am Main

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 Datenübermittlungen des Schlüsseljahres 2025/2026 zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 7 RSAV, zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 270a SGB V, zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens nach § 270 Absatz 4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV, für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V und die Verwendung nach § 217f Absatz 7 SGB V.

Satzart	Berichtsjahr	Meldung	Abgabe an GKV-SV	Abgabe an BAS
100	2023	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
400	2023	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
500	2023	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
600	2023	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
701	2024	Jahresausgleich		30.6.
100	2024	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
150	2024	Jahresausgleich		15.8.
303	2024	Meldung nach § 269 Absatz 5 SGB V: beitragspflichtige Einnahmen	31.7.	15.8.
304	2024	Meldung nach § 269 Absatz 5 SGB V: Krankengeld	31.7.	15.8.
400	2024	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
500	2024	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
600	2024	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
700	2024	Meldung nach § 217f Absatz 7 SGB V	31.7.	
703	2024	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
821	2024	Einkommensausgleich Jahresmeldung	31.7.	15.8.
831	2024	Vorsorgepauschale Jahresmeldung	31.7.	15.8.
111	2025	2. Strukturanpassung (Jan-Jun)	15.8.	31.8.

Satzart	Berichtsjahr	Meldung	Abgabe an GKV-SV	Abgabe an BAS
111	2025	1. + 3. Strukturanpassung (Jan-Dez)	15.2.	28.2.
110	2023	Korrekturmeldungen der Versicherten- stammdaten	31.3.	15.4.
110	2024	Korrekturmeldungen der Versicherten- stammdaten	31.3.	15.4.
713	2024	Korrekturmeldung	31.3	15.4.
832	2024	Vorsorgepauschale Korrekturmeldung	31.3.	15.4.

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

Anlage 3.1: Meldeverfahren zu § 22 Absatz 2 und 3 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2025/2026

1. Meldezeitpunkte

Der GKV-Spitzenverband ermittelt die Daten zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 22 Absatz 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 Zusatzbeitragsätze 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 Beitragssatzdatei 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 Struktur Anpassungen 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 Struktur Anpassung ist April (des laufenden bzw. Folgejahres); der Meldemonat für die zweite Struktur Anpassung 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 Absatz 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 Absatz 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 von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
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	Meldeart	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 Absatz 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 (Meldeart)

Im Feld Meldeart 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 von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	,VOSZ' als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	820
3	Meldemonat	8	13	6	numerisch	JJJJMM
4	Dateibezeichnung	14	20	7	alphanumerisch	Stelle 14-17 EAUS Stelle 18-19 Meldeart (01 bis 12 monatliche Lieferungen, 21 bis 23 Strukturanpassungen) Stelle 20-20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw.
5	Erstellungsdatum	21	28	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen
7	Laufende Nummer	37	41	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Meldezyklus. 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 von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
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 numerischen 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, Meldeart, 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 Absatz 4 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.2 ist gültig für das Schlüsseljahr 2025/2026.

1. Meldezeitpunkt

Die Krankenkassen melden die Daten der Satzart 821 frühestens nach Abschluss des RSA-Clearingverfahrens auf Basis der Satzart 111B nach § 7 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 4 RSAV -

1. Datenmeldung zum Einkommensausgleich (Satzart 821)

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „821“.
2	Betriebsnummer	4	11	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse
3	Berichtsmonat	12	17	6	numerisch	(JJJJMM) 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 Absatz 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 Absatz 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	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
7	Laufende Nummer	33	37	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Meldezyklus. 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 von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ‘ als Kennzeichen

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	821 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	numerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart
5	Prüfsumme	21	29	9	numerisch	Summe des letzten numerischen 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

Anlage 4.1: Meldeverfahren (zu § 15 der Bestimmung)

Anleitung zur Erfassung der Daten für die Datenübermittlung zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens nach § 270 Abs.4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV.

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 4.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2025/2026.

1. Vorlagetermine und Besonderheiten

Nach § 15 Absatz6 Satz 1 Nr. 2 RSAV melden die Krankenkassen für jedes Berichtsjahr versichertenbezogen die in § 270 Absatz4 Satz 1 SGB V benannten Leistungen in der Satzart 831. Die Krankenkassen stellen die Daten der Satzart 831 bis zum 31.07. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem GKV-Spitzenverband gemäß den Regelungen der Anlage 2.1 zur Verfügung.

Zur Durchführung der Vorsorgepauschale nach § 270 Absatz4 SGB V für ein Ausgleichsjahr werden in der Satzart 831 die Angaben zu den entsprechenden Leistungen ausgewiesen. Zur Erstellung der Satzart 831 meldet die Krankenkasse ausschließlich die Versicherten, die auch in der Satzart 100 des gleichen Berichtsjahres gemeldet wurden. Nach Plausibilisierung und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bis zum 15.08. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BAS mit.

Die Krankenkassen übermitteln die Korrekturmeldungen über Angabe der Leistungen gem. § 15 Absatz6 RSAV i. V. m. § 7 Absatz4 Satz 2 RSAV (Satzart 832) bis zum 31.03. des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an den GKV-Spitzenverband. Zur Erstellung der Satzart 832 meldet die Krankenkasse in der entsprechenden Datenmeldung ausschließlich die Versicherten, die auch in der Satzart 110 des gleichen Berichtsjahres gemeldet wurden. 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.

2. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten:

1. für die Meldung über Angabe der Leistungen gem. § 15 Absatz6 Satz 1 Nr. 2 RSAV = die Satzart 831,
2. für die Korrekturmeldung über Angabe der Leistungen gem. § 15 Absatz6 Satz 1 Nr. 2 RSAV i. V. m. § 7 Absatz4 RSAV = die Satzart 832.

Die Krankenkasse meldet an den GKV-Spitzenverband Informationen über die Vorsorgeleistung je Versicherten innerhalb eines Berichtsjahres in Form von Abrechnungsziffern und Gebührenordnungspositionen.

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.

- Meldung nach § 270 Absatz4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV -

1. Satzaufbau und Inhalt der Datenmeldung

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	Bei Erstmeldung konstant „831“, bei Korrekturmeldung konstant „832“
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	Originale Abrechnungsziffer	54	65	12	alphanumerisch	GOP aus der originalen Abrechnung des Leistungsfalls
6	GOP	66	77	12	alphanumerisch	Zu Datenfeld 5 äquivalente bundesweite GOP bzw.

Dokumentationsziffer
entsprechend den
Leistungen nach
§ 270 Absatz4 SGB V

Erläuterungen zur Datenmeldung nach § 270 Absatz4 SGB V i. V. m. § 15 RSAV

Vorbemerkung:

Ist ein Pseudonym mehr als einmal mit denselben Angaben in den Datenfeldern 5 (originale Abrechnungsziffer) und 6 (GOP) vorhanden, ist dieser Fall nur einmal in der Satzart 831 bzw. 832 aufzuführen.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Meldung der Leistungen nach § 15 Absatz1 Satz 1 RSAV ist die Satzart „831“ einzutragen. Bei der Korrekturmeldung nach § 15 Absatz6 RSAV i. V. m. § 7 Absatz4 Satz 2 RSAV ist in das Datenfeld konstant „832“ 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 bei der Erstmeldung bereits in der Satzart 100 des gleichen Berichtsjahres gemeldet worden sein. Bei der Korrekturmeldung muss das Pseudonym in der Satzart 110 des gleichen Berichtsjahres gemeldet worden sein.

e) zu Datenfeld 5 (Originale Abrechnungsziffer)

Es wird die originale Abrechnungsziffer (GOP) eingetragen für die der Leistungsfall abgerechnet wurde. Bei Schutzimpfungen nach § 132j und § 132e Absatz1a SGB V handelt es sich bei den originalen Abrechnungsziffern um Sonder-PZN. Bei den abgerechneten Leistungen muss es sich um eine Leistung handeln, die einer äquivalenten bundesweiten GOP (EBM/ BEMA) bzw. Dokumentationsziffern nach Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz1 SGB V aus der Anlage der Verfahrensbeschreibung entspricht. Ist eine abgerechnete Leistung nicht äquivalent zu einer bundesweiten GOP, dann kann diese nicht gemeldet werden.

Die Vorgaben des EBM, des BEMA, der Schutzimpfungen nach § 20i SGB V, der Abrechnungsbestimmungen und der zugehörigen Richtlinien sind bzgl. der Altersbeschränkungen für alle GOPs und äquivalenten Abrechnungsziffern gleichermaßen einzuhalten. Bei im Vergleich zur Regelversorgung abweichenden, großzügigeren Altersbegrenzungen ist die Meldung auf die Versicherten zu begrenzen, die bei Inanspruchnahme der Leistung das in der Regelversorgung maßgebliche Alter hatten. Für die Feststellung der maßgeblichen Altersangabe verwenden die Krankenkassen das tatsächliche Alter, das bei der Leistungsanspruchnahme vorlag und selektieren danach. Liegt der Leistungszeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung nicht vor, so darf die Leistung gemeldet werden, wenn der Versicherte das erforderliche Lebensalter an mindestens einem Tag des Quartals der Leistungsanspruchnahme hatte. Eine Meldung des Geburtsdatums in den Satzarten 831, 832 ist nicht vorgesehen.

Von o. g. Regelung ausgenommen sind folgende beiden Fallkonstellationen:

1. Leistungen, deren im Rahmen von Selektivverträgen geregelter Inanspruchnahme-Turnus durch den Versicherten von dem im EBM, im BEMA, in den Abrechnungsbestimmungen oder in den zugehörigen Richtlinien aufgeführten Turnus abweicht, können gemeldet werden, wenn der Turnus kürzer ist, als in der Regelversorgung vorgesehen.
2. Werden bei selektivvertraglichen Leistungen über die in den Richtlinien nach § 270 Absatz4 SGB V aufgeführten Inhalte hinausgehende Inhalte (z. B. zusätzliche Untersuchungen) vereinbart, so ist deren Meldung zulässig, sofern die richtlinienkonforme Leistung im Vordergrund steht und der zusätzlich vereinbarte Leistungsinhalt dieser nicht widerspricht. Ein alternatives Verfahren darf das vorliegende Verfahren nicht ersetzen. Es ist lediglich eine Ergänzung zulässig. Dabei ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Vollversorgungsverträge nach § 73b SGB V, die mit den Hausärzteverbänden abgeschlossen werden, nicht Gegenstand der Kassenärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V sind, sondern -dem Grundgedanken des § 73b SGB V folgend-, als alternatives Leistungsangebot neben der Kassenärztlichen Versorgung stehen. Entscheidend ist vielmehr, dass die versicherte Person in dem Berichtsjahr die Leistungsinhalte der Regelversorgungsleistung vollumfänglich in Anspruch genommen hat.

f) zu Datenfeld 6 (GOP)

Je Behandlungsfall wird immer ergänzend zur originalen Abrechnungsziffer (Datenfeld 5) die dazu äquivalente bundesweite GOP bzw. Dokumentationsziffer gemeldet, die nach § 15 Absatz4 RSAV durch das BAS bekanntgegeben wird. GOPs aus dem Bereich BEMA, bei denen nur die Groß- bzw. Kleinschreibung von der Bekanntgabe abweicht, sind ebenfalls zugelassen. In der nach § 15 Absatz4 RSAV bekanntgegebenen Übersicht der bundesweiten GOPs sind die GOPs gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Schutzimpfungen nach § 20i SGB V enthalten. Die berücksichtigungsfähigen Schutzimpfungen ergeben sich aus der Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA über Schutzimpfungen nach § 20i Absatz1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL) in den Fassungen, die im Laufe des jeweiligen Berichtsjahres gültig sind bzw. waren. Im Datenfeld sind abrechnungsfähige Leistungen und deren Meldung vorgesehen und zulässig, sofern die GOP bzw. Dokumentationsziffer an mindestens einem Tag im Berichtsjahr gültig war.

C. Form der Datenlieferungen der Krankenkassen / Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband bzw. des GKV-Spitzenverbandes an das BAS

Die Datenlieferungen der Satzarten 831 und 832 erfolgen entsprechend der Anlage 2.1 nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzarten 831 und 832) sind jeweils in einer logischen Datei zu liefern.

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

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

bestehen.

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

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart und ist in seinem Aufbau ab dem Meldejahr 2022 gültig.

Aufbau des Vorlaufsatzes, Satzarten 831 und 832

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	,VOSZ' als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	831 oder 832 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
4	Dateibezeichnung	12	20	9	alphanumerisch	Stelle 12-15 VOPA Stelle 16-19 Meldejahr JJJJ Stelle 20-20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw.
5	Erstellungsdatum	21	28	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen
7	Laufende Nummer	37	41	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Meldezyklus. Das Feld ist mit führenden Nullen auf 5 Stellen aufzufüllen.

2.2 Datensatz, Satzart 831 und Satzart 832

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

2.3 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 831 bzw. 832 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzarten 831 und 832

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	„NCSZ“ als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	831 oder 832 entsprechend der in

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
						den Daten-sätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	alphanumerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart
5	Prüfsumme	21	29	9	numerisch	Summe des letzten numerischen Datenfeldes über alle Datensätze in der jeweiligen Satzart. Sofern ein Numeric Overflow auftritt, werden die überfälligen Stellen des Wertes links abgeschnitten.

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 5.1: Datenmeldung nach § 269 Absatz 5 SGB V für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 5.1 ist für das Schlüsseljahr 2025/2026 gültig.

1. Vorlagetermine

Die Krankenkassen stellen die Daten der Satzarten 303 und 304 beginnend ab dem Berichtsjahr 2022 spätestens bis zum 31.07. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem GKV-Spitzenverband analog den Regelungen der Anlage 2.1 zur Verfügung. Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten gemäß § 269 Absatz 5 SGB V bis zum 15.08. des dem 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 Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 01.01. des Meldejahres vorzulegen. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt. Sollte eine Datenverarbeitung nicht aus einem einheitlichen Datenbestand möglich sein, kann die Krankenkasse die getrennt erzeugten Datenmeldungen zusammenführen. Beim Zusammenschluss mehrerer 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.

2. Verpflichtung zur Meldung

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

3. Definition und Inhalt der Satzarten 303 und 304

3.1 Definition und Inhalt der Satzart 303

Zeitraumbezogene Beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „303“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Beitragsberechnungsgrundlage	54	54	1	numerisch	1 = Beitragspflichtige Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit 2 = Beitragspflichtige Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (ohne KSVG) 3 = Beitragspflichtige Einnahmen für Künstler und Publizisten nach KSVG 4 = Beitragspflichtige Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld I 5 = Fehlende beitragspflichtige Einnahmen bei dem Bezug von Arbeitslosengeld I
6	Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen	55	68	14	numerisch	Höhe der versicherten- und zeitraumbezogenen beitragspflichtigen Einnahmen
7	Zeitraum-Beginn	69	76	8	numerisch	JJJJMMTT
8	Zeitraum-Ende	77	84	8	numerisch	JJJJMMTT

Erläuterungen zur Satzart 303 (zeitraumbezogene beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten)

Vorbemerkung zur Satzart 303:

Gemäß § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V sind für das Berichtsjahr zeitraumbezogen die folgenden Angaben zu beitragspflichtigen Einnahmen je Versicherten zu melden:

2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit gemäß den Entgeltmeldungen nach § 28a SGB IV sowie der Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (ohne KSVG) sowie der Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
4. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten nach § 95c Absatz 2 Nummer 2 SGB IV sowie der Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
5. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 SGB III sowie der jeweilige Zeitraum für den diese beitragspflichtigen Einnahmen zu berücksichtigen sind.

Bei Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit können nur die beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung gemeldet werden, da nur diese Werte nach § 28a SGB IV von den Arbeitgebern übermittelt werden. Zudem können die Meldungen nach § 28a SGB IV Entgeltbestandteile enthalten, die nicht für die Berechnung des Krankengeldes herangezogen werden. Insofern kann dieses Entgelt nicht in allen Fällen den beitragspflichtigen Einnahmen zur Krankenversicherung gleichgestellt werden. Das gleiche gilt für Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld, da in den Meldungen der Bundesagentur für Arbeit keine Begrenzung auf die BBG-KV erfolgt. Für Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (ohne KSVG) und Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten liegen die beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt auf die BBG-KV vor. Auf dieser Grundlage erfolgt die Meldung der Satzart 303.

Die Daten für die Satzart 303 (beitragspflichtige Einnahmen) werden versicherten- und zeitraumbezogen gemeldet. Für einen Versicherten sind alle Arbeitsentgelte aus den Entgeltmeldungen bzw. Arbeitseinkommen zu melden, unabhängig davon, ob für die damit verbundenen Versicherungszeiten ein Krankengeldanspruch bestand, sofern für diesen Versicherten der Satzart 100 zufolge im Berichtsjahr für mindestens einen Tag eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand. Grundsätzlich sollte für jeden Versicherten, der in der Satzart 100 mindestens einen Tag Krankengeldanspruch hat, mindestens ein Datensatz in der Satzart 303 gemeldet werden. Für Versicherte, für die keine Informationen zur Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen vorliegen, wird kein Datensatz in der Satzart 303 gemeldet (ausgenommen davon ist der Bereich ALG I). Identische Datensätze in der Datenmeldung sind dann möglich, sofern Datenfeld Nr. 5 (Beitragsberechnungsgrundlage) den Wert 1 oder 3 aufweist.

Numerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind rechtsbündig zu besetzen und mit NULLEN aufzufüllen. Alphanumerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind linksbündig zu besetzen und mit BLANK aufzufüllen. Grundsätzlich dürfen alphanumerische Felder in den Satzarten nur mit den Zeichen A-Z, a-z und 0-9 gefüllt werden. Sonderzeichen sind nicht zulässig, es sei denn sie sind explizit aufgeführt.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „303“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeld 5 (Beitragsberechnungsgrundlage)

Es ist versicherten- und zeitraumbezogen das Vorliegen der folgenden Entgelte oder Entgeltersatzleistungen zu melden:

- 1 = beitragspflichtige Einnahmen aus nichtselbstständiger Tätigkeit gemäß § 28a Absatz 3 Satz 2 Nr. 2 SGB IV,
- 2 = beitragspflichtige Einnahmen aus selbstständiger Tätigkeit (ohne KSVG),
- 3 = beitragspflichtige Einnahmen für Künstler und Publizisten nach KSVG gemäß § 95c Absatz 2 Nr. 2 SGB IV,
- 4 = beitragspflichtige Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld I gemäß § 136 SGB III,
- 5 = fehlende beitragspflichtige Einnahmen bei dem Bezug von Arbeitslosengeld I gemäß § 136 SGB III.

zu 1:

Es handelt sich um die beitragspflichtigen Einnahmen aus folgenden DEÜV-Meldungen mit den Gründen 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 70, 71, 72. Die Beträge gelten für die in den Datenfeldern 7 und 8 genannten Zeiträume.

zu 2:

Es handelt sich um das Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV. Es werden die krankengeldrelevanten Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit gemeldet. Weitere Einkünfte, die nicht zur Berechnung des Krankengeldes herangezogen werden, sind nicht zu berücksichtigen.

Es handelt sich um einen monatlichen Betrag für den vorliegenden Zeitraum, der sich aus den Datenfeldern 7 und 8 ergibt.

zu 3:

Es handelt sich um das Meldeverfahren von der Künstlersozialkasse (KSK) zur Krankenkasse mit dem Abgabegrund = 01. Es handelt sich um Beträge für die jeweils vorliegenden Zeiträume, die sich aus den Datenfeldern 7 und 8 ergeben.

zu 4:

Es handelt sich um die beitragspflichtigen Einnahmen aus den DÜBAK-Meldungen mit Beendigungsgrund 12, 19, 26, 81.

Es handelt sich um einen kalendertäglichen Betrag für den vorliegenden Zeitraum, der sich aus den Datenfeldern 7 und 8 ergibt.

zu 5:

Für die DÜBAK-Beendigungsgründe ungleich 12, 19, 26, 81 liegen keine Informationen zu den beitragspflichtigen Einnahmen vor. Sofern es sich um eine offene Mitgliedszeit des Bezuges von Arbeitslosengeld I mit den DÜBAK-Anmeldegründen 10, 11 oder 13 handelt, die innerhalb des Berichtsjahres nicht beendet wird, ist im Datenfeld Beitragsberechnungsgrundlage die Ziffer 5 anzugeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen)

Es ist versicherten- und zeitraumbezogen die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen für die in den Feldern 7 und 8 genannten einzelnen Zeiträume zu melden.

Beim Meldegrund 1 ist für alle im Berichtsjahr im Bestand vorliegenden Entgeltmeldungen jeweils ein Datensatz aufzubauen. Für Mehrfachbeschäftigte sind je - gemäß § 28a Absatz 1 SGB IV - von den zur Meldung verpflichteten Stellen die entsprechenden Datensätze zu melden.

- Beim Meldegrund 2 im Datenfeld 5 handelt es sich um einen monatlichen Betrag, selbst wenn der in den Datenfeldern 7 und 8 angegebene Zeitraum einen Monat unter- oder überschreitet. Sofern sich das relevante monatliche Arbeitseinkommen nach § 15 SGB IV unterjährig verändert, ist ein entsprechender neuer Datensatz zu melden. Liegen der Krankenkasse negative Einkommen beim Meldegrund 2 vor, dann ist der Betrag mit 0 zu melden.
- Für den Meldegrund 3 im Datenfeld 5 ist jede monatliche Meldung im Berichtsjahr zu melden.
- Beim Meldegrund 4 im Datenfeld 5 handelt es sich immer um einen kalendertäglichen Betrag, der für den aus den Datenfeldern 7 und 8 begrenzten Zeitraum Gültigkeit besitzt.
- Die Beträge sind in Eurocent anzugeben. Wenn im Datenfeld 5 der Wert 5 vorliegt, wird das Feld mit dem Wert „00000000000000“ gemeldet.

g) Zu Datenfeld 7 (Zeitraum-Beginn)

Es ist das jeweilige Zeitraum-Beginn-Datum aus der DÜBAK-, DEÜV-Meldung oder der Meldung der KSK bzw. der Beitragsfestsetzung für die Meldungen aus der in Datenfeld 5 definierten Beitragsberechnungsgrundlage zu melden. Sofern dieser Tag vor der Berichtsperiode liegt, ist der Wert 01.01. des Berichtsjahres zu melden.

h) Zu Datenfeld 8 (Zeitraum-Ende)

Es ist das jeweilige Zeitraum-Ende-Datum aus der DÜBAK und DEÜV-Meldung oder der Meldung der KSK bzw. der Beitragsfestsetzung für die Meldungen aus der in Datenfeld 5 definierten Beitragsberechnungsgrundlage anzugeben. Sofern dieser Tag nach der Berichtsperiode liegt oder die Meldung noch offen ist, ist der Wert 31.12. des Berichtsjahres zu melden.

3.2 Definition und Inhalt der Satzart 304**Fallbezogene Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V je Versicherten**

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „304“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Beginn des Krankengeldbezuges im AU-Fall	54	61	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Ende des Krankengeldbezuges im AU-Fall	62	69	8	numerisch	JJJJMMTT
7	Krankengeldausgaben	70	83	14	numerisch	Höhe der fallbezogenen KG-Ausgaben
8	Vorzeichen bezüglich Krankengeld	84	84	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
9	Krankengeldbezugstage	85	87	3	numerisch	Tatsächliche Krankengeldzahlstage

Erläuterungen zur Satzart 304 (fallbezogene Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V je Versicherten)**Vorbemerkung zur Satzart 304:**

Gemäß § 269 Absatz 5 Satz 1 Nr. 5 SGB V sind je Versicherten die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 SGB V sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs zu melden.

Als eigenständiger Krankengeldbezugsfall (KG-Bezugsfall) gilt jeder Zeitraum ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit, für den mindestens eine Krankengeldleistung im Berichtsjahr gezahlt wurde. Die Dauer eines Krankengeldbezugsfalls kann sich über mehrere Berichtsjahre erstrecken.

Der Beginn und das Ende eines Krankengeldbezugsfalls ist unabhängig vom Zahlungszeitpunkt zu melden und erfolgt für den ersten und den letzten Tag eines KG-Bezuges bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit, auch wenn diese Tage nicht im Berichtsjahr liegen.

Entscheidend für die Zuordnung der in der Satzart 304 gemeldeten Zahlungen eines KG-Bezugsfalles zu einem Berichtsjahr ist der Zahlungszeitpunkt (Buchungsdatum)¹. Es sind alle Krankengeldzahlungen eines KG-Bezugsfalles zu berücksichtigen, deren Zahlungszeitpunkt (Buchungsdatum) im Berichtsjahr liegt. Bei den zu meldenden Krankengeldbezugstagen handelt es sich ausschließlich um die Anzahl der tatsächlichen Krankengeldzahltag im Sinne von § 47 Absatz 1 Sätze 6 und 7 SGB V i. V. m. § 65 Absatz 7 SGB IX, die Zahlungszeitpunkten im Berichtsjahr für einen AU-Fall zuzuordnen sind. Aufgrund der KJ1-Buchungsvorschriften werden die Angaben für Krankengeld ohne zeitliche Rechnungsabgrenzung gebucht und können somit auch Beträge für andere zeitliche Perioden als das Berichtsjahr enthalten, was bei der Ermittlung der Krankengeldbezugstage zu berücksichtigen ist. Erfolgt die Krankengeldzahlung und eine Nach- und/oder Rückzahlung für diese Zahlung im gleichen Berichtsjahr, dürfen die Krankengeldbezugstage nicht mehrfach gezählt werden, die zu meldenden Krankengeldausgaben sind zu verrechnen. Erfolgt die Nach- und/oder Rückzahlung für diese Zahlung in einem folgenden Berichtsjahr, ist die Nach- und/oder Rückzahlung im folgenden Berichtsjahr zu melden. Für die Ermittlung der Krankengeldbezugstage sind nur Zeiträume in einem KG-Bezugsfall mit Zahlungen zu berücksichtigen. Werden Krankengeldzahlungen in einem KG-Bezugszeitraum unterbrochen (z. B. durch eine Reha), sind die Unterbrechungszeiträume bei der Ermittlung der Krankengeldbezugstage außer Acht zu lassen. Auch andere Sachverhalte, die (ggf. rückwirkend) Zahlungszeiträume ändern oder aufheben, sind bei der Ermittlung der Krankengeldbezugstage so zu berücksichtigen, dass die tatsächlichen Krankengeldzahltag (netto) gemeldet werden.

Numerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind rechtsbündig zu besetzen und mit NULLEN aufzufüllen. Alphanumerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind linksbündig zu besetzen und mit BLANK aufzufüllen. Grundsätzlich dürfen alphanumerische Felder in den Satzarten nur mit den Zeichen A-Z, a-z und 0-9 gefüllt werden. Sonderzeichen sind nicht zulässig, es sei denn sie sind explizit aufgeführt.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „304“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

¹ Die in der Bestimmung des Kontenrahmens aufgeführte Buchungsvorschrift zur Kontengruppe 47 (Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld) ist für die Selektion der Satzart 304 verbindlich einzuhalten.

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 das entsprechende Berichtsjahr gemeldet worden sein.

e) Zu Datenfeld 5 (Beginn des Krankengeldbezuges im AU-Fall)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des ersten Krankengeldbezugstages nach § 44 SGB V in einem AU-Fall zu dokumentieren. Sofern der Beginn vor der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch einen kleineren Wert annehmen als den 01.01. des Berichtsjahres.

f) Zu Datenfeld 6 (Ende des Krankengeldbezuges im AU-Fall)

Es ist für das jeweilige Versichertenpseudonym das Datum des letzten Krankengeldbezugstages nach § 44 SGB V in einem AU-Fall zu dokumentieren. Sofern dieser Tag außerhalb der Berichtsperiode liegt, kann das Datum auch außerhalb des Berichtsjahres liegen.

Für AU-Fälle, die bis zum Zeitpunkt der Satzarterstellung noch nicht abgeschlossen sind, und für die im Berichtsjahr mindestens für einen Tag Krankengeld gezahlt wurde, ist das Datenfeld mit dem Wert „99999999“ zu befüllen.

g) Zu Datenfeld 7 (Krankengeldausgaben)

Es sind versichertenbezogen und je Krankengeldbezugsfall die Krankengeldausgaben einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge aus Krankengeld zu melden. Es sind alle Krankengeldzahlungen zu berücksichtigen, deren Zahlungszeitpunkt im Berichtsjahr liegt.

Es werden nur Ausgaben gemeldet, die aus einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V resultieren. Die Meldung der Krankengeldausgaben inklusive der gebuchten Sozialversicherungsbeiträge erfolgt entsprechend der Anlage 1.1, HLB 6a.

Die Beträge sind in Eurocent anzugeben.

h) Zu Datenfeld 8 (Vorzeichen bezüglich Krankengeld)

Sofern negative Krankengeldbeträge für den Datensatz vorhanden sind, ist das Datenfeld 8 mit „-“ zu befüllen. Ansonsten ist Feld 8 mit „+“ zu befüllen.

i) Zu Datenfeld 9 (Krankengeldbezugstage)

Es sind die tatsächlichen Krankengeldbezugstage für den jeweiligen Krankengeldbezugsfall, wie unter Datenfeld 7 definiert, zu melden.

Dementsprechend sind ausschließlich die Krankengeldbezugstage zu melden, die von den im Berichtsjahr gebuchten Krankengeldzahlungen umfasst sind, also die zu den Krankengeldzahlbeträgen korrespondierenden Krankengeldbezugstage.

4. Form der Datenlieferung der Krankenkassen/Kassenorganisationen an den GKV-Spitzenverband bzw. des GKV-Spitzenverbandes an das BAS

Die Datenlieferungen der Satzart 303 und 304 erfolgen nach den hier aufgeführten Kriterien:

Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzart 303 und 304) sind jeweils in einer logischen Datei zu liefern.

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

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

bestehen.

Jede logische Datei darf nur Daten der Satzart 303 oder 304 jeweils mit einem Vor- und einem Nachlaufsatz enthalten.

Satzbeschreibungen

Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart.

Aufbau des Vorlaufsatzes, Satzarten 303 und 304

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚VOSZ‘ als Kennzeichen für den Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	‚303‘, ‚304‘ entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Dateibezeichnung	12	20	9	alphanumerisch	12-15 MRSA 16-19 Meldejahr JJJJ 20-20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung, 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw.
5	Erstellungsdatum	21	28	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen
7	Laufende Nummer	37	41	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Meldezyklus. Das Feld ist auf 5 Stellen aufzufüllen.

Datensatz, Satzart 303

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, die in Abschnitt 3.1 vorgegeben wurde.

Datensatz, Satzart 304

Der Datensatz ist in der Form aufzubauen, die in Abschnitt 3.2 vorgegeben wurde.

Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 303 und 304 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzarten 303 und 304

Feld-Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ‘ als Kennzeichen für den Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	‚303‘, ‚304‘ entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	numerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart
5	Prüfsumme	21	29	9	numerisch	Summe des letzten numerischen Datenfeldes über alle Datensätze in der jeweiligen Satzart. Sofern ein Numeric Overflow auftritt, werden die überfälligen Stellen des Wertes links abgeschnitten.

5. 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