



Spitzenverband

**Bestimmung
des GKV-Spitzenverbandes
nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V
vom 19.01.2015**

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de



Gliederungsübersicht:

Definitionen	4
Vorbemerkung	5
Erster Abschnitt: Datenerhebung nach §§ 30 und 32 RSAV	5
§ 1 Individualdaten.....	5
§ 2 Statusmerkmale.....	6
§ 3 Versicherungszeiten	7
§ 4 Erhebungsturnus	8
§ 5 Erhebungsregion	9
§ 6 aufgehoben	9
§ 7 Pseudonymisierung	9
§ 8 Meldeverfahren.....	10
§ 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung	10
Zweiter Abschnitt: Schlussvorschriften	11
§ 10 Aufbewahrungsfristen	11
§ 11 Bindungswirkung.....	11
§ 12 Inkrafttreten und Kündigung	11
Anlagen zum ersten Abschnitt: Datenerhebung gem. §§ 30 und 32 RSAV...	12
Ergänzende Anlagen und Dokumente zu dieser Bestimmung	12



Abkürzungen

AQ	= Ausschöpfungsquote
BVA	= Bundesversicherungsamt
BVG	= Bundesversorgungsgesetz
DEÜV	= Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung
DMP	= Disease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme) nach § 137f SGB V
DÜBAK	= Datenübermittlung Bundesagentur für Arbeit/Krankenkassen
EBM	= Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EM-Rentner/EMR	= Erwerbsminderungsrentner
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SolG	= GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GSG	= Gesundheitsstrukturgesetz
HLB	= Hauptleistungsbereich
IfSG	= Infektionsschutzgesetz
IV	= Integrierte Versorgung
KA	= Kontenart
KG	= Krankengeld
KJ1	= Jahresrechnung
KM1, KM1/13, KM6	= Mitgliederstatistiken
KV	= Krankenversicherung
KVdR	= Krankenversicherung der Rentner
KVLG	= Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
LA	= Leistungsausgaben
LB	= Leistungsbedarf
PTW	= Pro-Tag-Wert
PW	= Punktwert
RSA	= Risikostrukturausgleich
RSAV	= Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB	= Sozialgesetzbuch
SRVwV	= Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung
VZ	= Versicherungszeiten



Definitionen

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

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

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

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

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

Meldejahr ist das Jahr, in dem die Datenmeldung erfolgt.

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



Vorbemerkung

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

Dieser Bestimmung angehängt ist die Anlage 3.1, in der das monatliche Verfahren der Datenerhebung nach § 43 Absatz 2 und 3 RSAV beschrieben ist.

Erster Abschnitt: Datenerhebung nach §§ 30 und 32 RSAV

§ 1 Individualdaten

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

(2) Für Versicherte nach § 1 Abs. 1 RSAV werden die Morbiditätsinformationen für die Bereiche Arzneimittelversorgung, Krankenhausversorgung, extrakorporale Blutreinigungen und ambulante ärztliche Versorgung pseudonymisiert erhoben. Zu den zu erhebenden Morbiditätsinformationen gehören insbesondere Angaben zu Diagnosen, extrakorporalen Blutreinigungen und verordneten Arzneimitteln. Die ambulanten Prozeduren und Operationen werden abweichend zu § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV bis auf Weiteres nicht erhoben.



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

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

§ 2 Statusmerkmale

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

1. Die Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach den §§ 43 und 45 SGB VI gemindert ist (ehemals Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrentner und die Bezieher einer Rente für Bergleute – nachfolgend Erwerbsminderungsrentner genannt),
2. Versicherte nach § 30 Abs. 1. Satz 1 Nr. 8 RSAV, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland haben,
3. Versicherte mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 und § 53 Abs. 4 SGB V,
4. Versicherte mit Krankengeldanspruch §§ 44 und 45 SGB V,



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

§ 3 Versicherungszeiten

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

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

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

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



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

§ 4 Erhebungsturnus

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

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

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

(4) Die Datenerhebung gem. § 30 Abs. 4 Satz 2. Halbsatz 2 RSAV erfolgt bis zum 15.04. des Meldejahres. Damit werden die Satzart 100-Versichertenstammdaten des gleichen Schlüsseljahres korrigiert. Die Korrektur der Versichertenstammdaten wurde in Form der Satzart 110 erstmalig für die Berichtsjahre 2009 und 2010 erhoben. Das Nähere dazu ist in Anlage 1.4 geregelt.

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



§ 5 Erhebungsregion

Die Erhebungen sind bundesweit vorzunehmen.

§ 6 aufgehoben

§ 7 Pseudonymisierung

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

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

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

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



schluss zweier Krankenkassen ist darauf zu achten, dass innerhalb des gleichen Schlüsseljahres ein Pseudonym nicht geändert wird.

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

§ 8 Meldeverfahren

(1) Alle Satzarten, mit Ausnahme der Satzart 111, sind einheitlich auf dem Fusionsstand 01. Januar des Meldejahres zu melden. Für die Satzart 111 des 1. Halbjahres ist der Fusionsstand 30.6. des Berichtsjahres, für die Satzart 111 des gesamten Jahres ist der 31.12. des Berichtsjahres heranzuziehen.

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

§ 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung

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



Zweiter Abschnitt: Schlussvorschriften

§ 10 Aufbewahrungsfristen

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

§ 11 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.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Bestimmung tritt am 15.04.2015 in Kraft und gilt für das Schlüsseljahr 2015/2016.

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

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

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



Anlagen zur Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V

Gliederung:

Anlagen zum ersten Abschnitt: Datenerhebung gem. §§ 30 und 32 RSAV

- Anlage 1.1₂₀₁₅: Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds
- Anlage 1.1₂₀₁₄: 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 der Bestimmung)

Ergänzende Anlagen und Dokumente zu dieser Bestimmung

- Anlage 2.1: Allgemeines zum Meldeverfahren nach § 8 der Bestimmung
- Anlage 3.1: Meldeverfahren zu § 43 RSAV



Anlage 1.1₂₀₁₄:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2014

Ziel der Anlage 1.1₂₀₁₄ ist die Darstellung der gesamten berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Sie werden in Teil A dieser Anlage in berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für „standardisierte Leistungsausgaben“ (Spalte 1), „Satzungs- und Ermessensleistungen“ (Spalte 2), und „Verwaltungskosten“ (Spalte 3) unterteilt. Zusätzlich werden in Spalte 4 „strukturierte Behandlungsprogramme“ betreffende Konten nachrichtlich dargestellt.

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

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

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

A. Übersicht über die berücksichtigungsfähigen bzw. nicht berücksichtigungsfähigen Konten im Gesundheitsfonds nach §§ 36, 37 und 38 RSAV

A. 1 Kontenklasse 3 - Vermögenserträge und sonstige Einnahmen der Krankenversicherung

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

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

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	3100	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	--	--	--	--
32		Erstattungen und Einnahmen nach dem BVG, dem SGB V, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Art. 63 GRG				
	320	Erstattungen nach dem BVG				
	3200 ³	Erstattungen nach § 19 BVG a. F.	P	--	--	--
	3202	Erstattungen nach § 19 BVG a. F. - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	321 ⁴	Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB V				
	3214	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr	P	--	--	--
	3215	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre	P	--	--	--
	3216	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr	P	--	--	--
	3217	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre	P	--	--	--
	3218	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Altersrenten	P	--	--	--
	3219	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bei Übergangsgeld	P	--	--	--
	322	Erstattungen und Einnahmen nach dem KVLG 1989				
	3220	Erstattungen nach § 13 Abs. 4 KVLG 1989 i.V.m. § 50 SGB V	--	--	--	--
	3222	Zuschüsse für Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989	--	--	--	--
	3223	Zuschüsse nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989	--	--	--	--
	3224	Einnahmen aus dem Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989	--	--	--	--
	323	Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz				
	3230	Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz	P	--	--	--
	3232	Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	325	Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F.				
	3250	Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F.	P	--	--	--
	3252	Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	326	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V und Erstattungen nach § 65 KVLG				
	3260	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V	--	--	--	--

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

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	3262	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	3263	Erstattungen nach § 65 KVLG 1989 (nur LKK)	--	--	--	--
33		Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V				
	330	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden				
	3300	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden	--	--	--	--
	332	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V				
	3320	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V	--	--	--	--
	3322	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	335	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen				
	3350	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen	--	--	--	--
	3352	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	336	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)				
	3360	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)	--	--	--	--
	3362	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	338	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld				
	3380	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld	--	--	--	--
	3382	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler - (nur LKK)	--	--	--	--
34		Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden				
	340	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte				
	3400 ⁵	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte	P	--	--	--
	3402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
341	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V					
3410	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V	P	--	--	--	
3412	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--	
35	Bußgelder					
350	Bußgelder					
3500	Bußgelder	--	--	--	--	
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, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle					
370	Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989					
3700	Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989	--	--	--	--	
372	Einnahmen aus finanziellen Hilfen, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle					
3720	Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen	--	--	--	--	
3723	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V	--	--	--	--	
3724	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V	--	--	--	--	
3725	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--	
377	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren -					
3770	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--	
3771	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--	
3772	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--	
3773	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--	
3774	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--	
3775	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 40 RSAV - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--	
378	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Spitzbetrag Jahresausgleich / Korrekturbeträge -					
3780	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--	

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
3781	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--	
3782	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--	
3783	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--	
3784	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--	
3785	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – Spitzbetrag Jahresausgleich -	--	--	--	--	
3786	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Korrekturbetrag -	--	--	--	--	
3787	Korrekturbeträge nach § 39a Abs. 5 und § 42 Abs. 7 TSAV	--	--	--	--	
379	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne 377 und 378) - Forderungen / Verpflichtungen -					
3790	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V - ohne 3770 und 3780 -	--	--	--	--	
3791	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - ohne 3771 und 3781 -	--	--	--	--	
3792	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - ohne 3772 und 3782 -	--	--	--	--	
3793	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V - ohne 3773 und 3783 -	--	--	--	--	
3794	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 272 SGB V – ohne 3774 und 3784 -	--	--	--	--	
3795	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 41 RSAV – ohne 3775 und 3785 -	--	--	--	--	
3796	Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 266 Abs. 6 Satz 3 SGB V	--	--	--	--	
3797	Abweichungsbetrag für Zuweisungen nach § 270 Abs. 1 Buchstabe c SGB V	--	--	--	--	
3798	Korrekturbedarf für Zuweisungen, die nicht das laufende Geschäftsjahr betreffen	--	--	--	--	
38	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehalten					
380	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehalten					
3800	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehalten	--	--	--	--	
3802	Einnahmen aus Überschreitungen und Einbehalten - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--	
39	Sonstige Einnahmen					
393	Verzugszinsen					
3930	Verzugszinsen	--	--	--	--	
3932	Verzugszinsen – Altenteiler – (nur LKK)					
395	Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel					
3950	Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel	--	--	--	--	
3952	Erstattungen für Arznei- und Verbandmittel - Altenteiler – (nur LKK)					
396	Erstattungen für Heilmittel					
3960	Erstattungen für Heilmittel	--	--	--	--	

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
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)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
40	Ärztliche Behandlung					
400	Ärztliche Behandlung					
4000 bis 4002	Ärztliche Behandlung (ohne 4003 bis 4005)					
4000	Mitglieder ohne Rentner		1	--	--	--
4001	Familienangehörige der Mitglieder		1	--	--	--
4002	Rentner und ihre Familienangehörige		1	--	--	--
4003 bis 4005	Extrabudgetäre psychotherapeutische Leistungen					
4003	Mitglieder ohne Rentner		1			
4004	Familienangehörige der Mitglieder		1			
4005	Rentner und ihre Familienangehörigen		1			
401	Ambulantes Operieren (ohne 462)					
4010	Mitglieder ohne Rentner		1	--	--	--
4011	Familienangehörige der Mitglieder		1	--	--	--
4012	Rentner und ihre Familienangehörigen		1	--	--	--
402	Dialyse-Sachkosten					
4020	Mitglieder ohne Rentner		7	--	--	--
4021	Familienangehörige der Mitglieder		7	--	--	--
4022	Rentner und ihre Familienangehörigen		7	--	--	--
403	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / Behandlung in Hochschulambulanzen					
4030 bis 4032	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB V					
4030	Mitglieder ohne Rentner		1	--	--	--
4031	Familienangehörige der Mitglieder		1	--	--	--
4032	Rentner und ihre Familienangehörigen		1	--	--	--
4033 bis 4035	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte nach § 116b SGB V					
4033	Mitglieder ohne Rentner		1	--	--	--
4034	Familienangehörige der Mitglieder		1	--	--	--
4035	Rentner und ihre Familienangehörigen		1	--	--	--
4036 bis 4038	Ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V					
4036	Mitglieder ohne Rentner		1	--	--	--
4037	Familienangehörige der Mitglieder		1	--	--	--
4038	Rentner und ihre Familienangehörigen		1	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	404	Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme			
	4040 bis 4042	Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043 bis 4045)			
	4040	Mitglieder ohne Rentner	--	--	X
	4041	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	X
	4042	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	X
	4043 bis 4045	Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V			
	4043	Mitglieder ohne Rentner	--	--	X
	4044	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	X
	4045	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	X
	405	Soziotherapie nach § 37a SGB V			
	4050	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--
	4051	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--
	4052	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--
	406	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung			
	4060	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--
	4061	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--
	4062	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--
	408	Leistungen nach § 73b SGB V			
	4080	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--
	4081	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--
	4082	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--
	409	Leistungen nach § 73c SGB V			
	4090	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--
	4091	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--
	4092	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--
41		Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -			
	410	Konservierend-chirurgische Behandlung			
	4100	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--
	4101	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--
	4102	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--
	412	KfO-Behandlung-Honorar			
	4120	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--
	4121	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--
	4122	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--
	413	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors			
	4130	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--
	4131	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--
	4132	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--
	414	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors			
	4140	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--
	4141	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--
	4142	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--
	415	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – Kinder (FU)			
	4150	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--
	4151	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--
	4152	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--
	416	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)			
	4160	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--
	4161	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--
	4162	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--
	417	Fissurenversiegelung			

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
4170	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4171	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4172	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
418	Parodontose-Behandlung				
4180	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4181	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4182	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
419	Sonstige zahnärztliche Leistungen				
4190	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4191	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4192	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
42	Zahnersatz				
426	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V				
4260	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4261	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4262	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
427	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V				
4270	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4271	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4272	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
428	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V				
4280	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4281	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4282	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
43	Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen				
430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung -				
4300	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4301	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4302	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
431	Hilfsmittel aus Apotheken				
4310	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4311	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4312	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
433	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter				
4330	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4331	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4332	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung				
4340 bis 4342	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung				
4340	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4341	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4342	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
4343 bis 4345	Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung				
4343	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4344	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4345	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
4346 bis 4348	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung				
4346	Mitglieder ohne Rentner	3			
4347	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4348	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
435	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - nur vertragsärztliche Versorgung -				
4350	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4351	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4352	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung -				
4360	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4361	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4362	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung				
4370	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4371	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4372	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
4373 bis 4375	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung				
4373	Mitglieder ohne Rentner	3			
4374	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4375	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
438	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung				
4380	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4381	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4382	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
439 ⁶	Arzneimittelrabatte				
4390 bis 4392	Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer				
4390	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
4391	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
4392	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
4393 bis 4395	Gesetzliche Rabatte von Apotheken				
4393	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
4394	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
4395	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
4396 bis 4398	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern				
4396	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
4397	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
4398	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
44/45	Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen				

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
441	Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie und Orthopädietechnikern					
4410	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4411	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4412	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
442	Hilfsmittel von Orthopädienschuhmachern					
4420	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4421	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4422	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
443	Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)					
4430	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4431	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4432	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
444	Kontaktlinsen von Optikern und Augenärzten					
4440	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4441	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4442	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
447	Hörhilfen von Hörgeräteakustikern und Optikern					
4470	Mitglieder ohne Rentner		5	-	--	--
4471	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4472	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
448	Sachleistungen bei Dialyse					
4480	Mitglieder ohne Rentner		7	--	--	--
4481	Familienangehörige der Mitglieder		7	--	--	--
4482	Rentner und ihre Familienangehörigen		7	--	--	--
449	Hilfsmittel von Sonstigen sowie Wartungskosten und Aufwendungen für technische Kontrollen					
4490 bis 4492	Hilfsmittel von Sonstigen					
4490	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4491	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4492	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
4495 bis 4497	Wartungskosten und Aufwendungen für technische Kontrollen		--	--	--	--
4495	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4496	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4497	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
450	Physikalische Therapie – nur vertragsärztliche Versorgung -					
4500	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4501	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4502	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 450, 454, 455, 459)					
4530	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4531	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4532	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
454	Ergotherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -					
4540	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4541	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--
4542	Rentner und ihre Familienangehörigen		5	--	--	--
455	Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -					
4550	Mitglieder ohne Rentner		5	--	--	--
4551	Familienangehörige der Mitglieder		5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4552	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
457	Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V				
4570	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4571	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4572	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
458	Podologische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -				
4580	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4581	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4582	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
459	Sonstige Heilmittel) – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -sowie Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV				
4590 bis 4592	Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -				
4590	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4591	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4592	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
4593 bis 4595	Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung				
4593	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4594	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4595	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
4597 bis 4599	Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung				
4597	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4598	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4599	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
46	Krankenhausbehandlung				
460	Krankenhausbehandlung				
4600, bis 4602	Krankenhausbehandlung ohne 4603 bis 4606 und 4608				
4600	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4601	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4602	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
4603 bis 4605	Stationäre psychiatrische Behandlung				
4603	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4604	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4605	Rentner ohne Familienangehörige	4	--	--	--
4606 und 4608	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern				
4606 ⁷	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (ohne 4608)	P	--	--	--
4608	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Altenteiler - nur LKK)	--	--	--	--
461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung				

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	4610 bis 4612	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615)			
	4610	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4611	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4612	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
	4613, bis 4615	Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung			
	4613	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4614	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4615	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
	462	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)			
	4620	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4621	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4622	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
	463	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung			
	4630	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--
	4631	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--
	4632	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--
	464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 5760 bis 5762)			
	4640	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4641	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4642	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
	465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 5760 bis 5762)			
	4650	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4651	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4652	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765)			
	4660	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--
	4661	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--
	4662	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--
	469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG			
	4690	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--
	4691	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--
	4692	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--
47		Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld			
	470	Krankengeld (ohne 471 und 472)			
	4700	Mitglieder	6	--	--
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes			
	4710	Mitglieder	6	--	--
	472	Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch			
	4720	Mitglieder	6	--	--
	478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld			
	4780	Mitglieder	6	--	--
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht			
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand			

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
4800	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4801	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4802	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V				
4810	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4811	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4812	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht				
4820	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4821	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4822	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V				
4830	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4831	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
484	Behandlung im Ausland - Mehrleistung				
4840	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
4841	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
4842	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
485	Arznei- und Verbandmittel im Ausland				
4850	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4851	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4852	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
486	Krankenhausbehandlung im Ausland				
4860	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4861	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4862	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
487	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht				
4870	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4871	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4872	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
488	Dialysebehandlung im Ausland				
4880	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
4881	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--	--
4882	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
489	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140 e SGB V				
4890	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4891	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4892	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
49	Fahrkosten				
492	Flugrettung				
4920	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4921	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4922	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
493	Krankentransportwagen				
4930	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4931	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4932	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
494	Rettungswagen				
4940	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4941	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4942	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
495	Notarztwagen				
4950	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4951	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4952	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
496	Steuern und Mietwagen				
4960	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4961	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4962	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
499	Sonstige Fahrkosten				
4990	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4991	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4992	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
50	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter				
500	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistungen - (ohne 579 und 581)				
5000	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5001	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5002	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
501	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581)				
5010	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5011	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5012	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)				
5020	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5021	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5022	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -				
5030	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5031	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5032	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
504	Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579)				
5040	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5041	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5042	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
505	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504 und 579)				
5050	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5051	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5052	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
506	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)				
5060	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5061	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5062	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
508	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)				
5080	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5081	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5082	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
509	Persönliche Budget nach § 17 SGB IX				
5090	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5091	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5092	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
51		Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe				
	510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)				
	5100	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5101	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5102	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V - Individualansatz				
	5110	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
	5111	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
	5112	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
	512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern				
	5120	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
	5121	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
	5122	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
	513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss				
	5130	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5131	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5132	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss				
	5140	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5141	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5142	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	515	Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren				
	5155	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 Abs. 2 SGB V a. F. - Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) sowie Zahlungen nach der Isch-GKVLV				
	5160 bis 5162	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)				
	5160	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
	5161	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
	5162	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
	5163 bis 5165	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISch-GKVLV)				
	5163	Mitglieder ohne Rentner	X			
	5164	Familienangehörige der Mitglieder	X			
	5165	Rentner und ihre Familienangehörigen	X			
	517	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten				
	5170	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
	5171	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
	5172	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
	518	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V - Ermessensleistung				
	5180 bis 5182	Schutzimpfungen nach § 20d SGB V (Satzungsleistungen)				
	5180	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
	5181	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
	5182	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5183 bis 5185	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar	1	--	--	--	
5183	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--	
5184	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--	
5185	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--	
5186 bis 5188	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe)	3	--	--	--	
5186	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
5187	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
5188	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
52	Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben / Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin					
520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern					
5200	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--	
5201	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--	
5202	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--	
521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen					
5210	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--	
5211	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--	
5212	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--	
522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern					
5220	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--	
5221	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--	
5222	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--	
523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten					
5230	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--	
5231	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--	
5232	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--	
524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V					
5240	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--	
5241	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--	
5242	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--	
525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V					
5250	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--	
5251	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--	
5252	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--	
526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben					
5260	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--	
5261	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--	
5262	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--	
527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)					
5270	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--	
5271	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--	
5272	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--	
528	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG					
5280 bis 5282	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG-ambulanter Bereich					
5280	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--	

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5281	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5282	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
5283	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG				
5285	stationärer Bereich				
5283	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5284	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5285	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
53	Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch				
530	Ärztliche Beratung und Behandlung				
5300	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5301	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5302	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
531	Krankenhausbehandlung				
5310	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5311	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5312	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
532	Arznei- und Verbandmittel				
5320	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5321	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
5322	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				
5370	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5371	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5372	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
539	Übrige Aufwendungen				
5390	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5391	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5392	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
54	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen				
540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden				
5400	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5401	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5402	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
541	Rehabilitationssport				
5410	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5411	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5412	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583)				
5420	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5421	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5422	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V				
5430	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5431	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5432	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
544	Behandlung in psychiatrischen / geriatrischen Institutsambulanzen				
5440	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V				
5442					
5440	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5441	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5442	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
5443	Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V				
5445					
5443	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5444	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5445	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
545	Belastungserprobung und Arbeitstherapie				
5450	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5451	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5452	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
546	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547 und 579)				
5460	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5461	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5462	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
547	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546 und 578)				
5470	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5471	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5472	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
548	Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX				
5480	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5481	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5482	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
549	Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX				
5490	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5491	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5492	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
55	Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft				
550	Ärztliche Betreuung				
5500	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5501	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5502	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
551	Hebammenhilfe				
5510	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5511	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5512	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
552	Stationäre Entbindung				
5520	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5521	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5522	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
553	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung				
5530	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5531	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5532	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
554	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung				
5540	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5541	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5542	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
555	Sonstige Sachleistungen				
5550	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5551	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5552	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
556	Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutterschaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld				
5560	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5562	Rentner	5	--	--	--
559	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				
5590	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5591	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5592	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
56	Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege				
560	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung -				
5600	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	--
561	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung -				
5610	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	--
562	Betriebshilfe - Mehrleistung -				
5620	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	--
5621	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	--
563	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V				
5630	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5631	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5632	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -				
5640	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5641	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5642	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -				
5650	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5651	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5652	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
566	Haushaltshilfe - Mehrleistung -				
5660	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5661	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5662	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung -				
5670	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5671	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5672	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung -				
5680	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5681	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5682	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V				
5690	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5691	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5692	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
57	Integrierte Versorgung (ohne 588 und 589)				
570	Ambulante ärztliche Behandlung				
5700	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5701	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5702	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
571	Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5710	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
5711	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
5712	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
572	Sachleistungen bei Dialyse				
5720	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5721	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5722	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
573	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen				
5730	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5731	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5732	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen				
5740	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5741	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5742	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
575	Hilfsmittel				
5750	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5751	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5752	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
576	Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen				
5760	Krankenhausbehandlung und stationäre Anschluss-Rehabilitation im Rahmen der integrierten Versorgung				
5760	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5761	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5762	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
5763	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der integrierten Versorgung				
5763	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5764	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5765	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)				
5770	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5771	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5772	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
578	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben				
5780	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5781	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5782	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
579	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen				
5790	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5791	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5792	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
58		Mehreleistungen im Rahmen DMP/Integrierte Versorgung (ohne 57)				
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP				
	5810	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	X
	5811	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	X
	5812	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	--	X
	583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP				
	5830	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	X
	5831	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	X
	5832	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	--	X
	587 ⁸	Integrierte Versorgung – Rabatte				
	5870	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
	5871	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
	5872	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
	588 ⁹	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung				
	5880	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
	5881	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
	5882	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
	589	Für Zwecke der Integrierten Versorgung ver- wendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V				
	5890 ¹⁰	Für Zwecke der Integrierten Versorgung ver- wendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V	P	--	--	--
	5892	Für Zwecke der Integrierten Versorgung ver- wendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V - Altenteiler (nur LKK)	--	--	--	--
59		Sonstige Leistungen				
	590	Medizinischer Dienst				
	5900	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5901	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5902	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)				
	5910	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5911	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	5912	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	592	Gebärdensprachdolmetscher sowie medizini- sche, psychologische und pädagogische Hil- fen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 26 Abs. 3 SGB IX)				
	5920	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5921	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	5922	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	593	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V				
	5930	Mitglieder ohne Rentner	--	--	X	--
	5931	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	--	--	X	--
	5932	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	X	--
	594	Zuschüsse zu stationären Hospizen				
	5940	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
	5941	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--

⁸ KA 587 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

⁹ KA 588 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹⁰ Konto 5890 wird pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
5942	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
595	Förderung ambulanter Hospizdienste				
5950	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5951	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5952	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
596	Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V				
5960	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5961	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5962	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
597	Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V				
5970	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5971	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5972	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen				
5980 und 5982 ¹¹	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989	P	--	--	--
5980	Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5982	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
5985 und 5987 ¹²	Vorauszahlungen von Zuzahlungen	P	--	--	--
5985	Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5987	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
599	Übrige Leistungen				
5990	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5991	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5992	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--

¹¹ Die Konten 5980 und 5982 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹² Die Konten 5985 und 5987 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

A.3

Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen der Krankenversicherung

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
634	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen				
6340	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	--	--	--	--
6342	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
635	Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V				
6350	Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--
6352	Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
636	Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)				
6360	Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)	--	--	--	--
6362	Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
638	Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V				
6380	Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V	--	--	--	--
6382	Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
639	Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V)				
6390	Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V)	--	--	--	--
6392	Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
64	Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Zusatzbeiträge (Gesundheitsfonds)				
640	Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Zusatzbeiträge (Gesundheitsfonds)				
6400	Aufwendungen des Gesundheitsfonds für Zusatzbeiträge (§ 251 Abs. 6 Satz 2 SGB V i. V. m. § 252 Abs. 2a SGB V) (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
6401	Rückzahlung an den Gesundheitsfonds von Aufwendungen für Zusatzbeiträge (§ 251 Absatz 6 Satz 2 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
	6402	Aufwendungen für Zahlungen an die Bundesagentur für Arbeit (§ 252 Abs. 2b SGB V) (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
	6403	Rückzahlung der Bundesagentur für Arbeit an den Gesundheitsfonds (§ 252 Absatz 2b SGB V) (Gesundheitsfonds)	--	--	--	--
65		Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V				
	650	Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V				
	6500	Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V	--	--	--	--
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, Umlagebeiträge für Haftungsverbände				
	670	Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V				
	6700	Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V	--	--	--	--
	672	Ausgaben für finanzielle Hilfen				
	6720	Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände	--	--	--	--
	6723	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V	--	--	--	--
	6724	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V	--	--	--	--
	6725	Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--
	677	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - (Gesundheitsfonds)				
	6776	Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – Gesundheitsfonds	--	--	--	--
	6777	Zuweisungen – Strukturanpassungen – Gesundheitsfonds	--	--	--	--
	678	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Jahresausgleich - (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 - Alten-teiler – (nur LKK)	--	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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, § 17 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 § 17 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 § 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
6933	Zinsen an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung	--	--	--	--
694	Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte				
6940	Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte	--	--	X	--
695	Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung				
6950	Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung	--	--	X	--
696	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation				
6960	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation	--	--	--	--
6962	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – Altenteiler – (nur LKK)				
697	Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte				
6970	Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte	--	--	X	--
699	Übrige Aufwendungen				
6990	Übrige Aufwendungen	--	--	--	--
6991	Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989	--	--	--	--

A.4

Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwal- tungskosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	7044	Zuschüsse im Rahmen der Wohnungs- fürsorge	--	--	X	--
	7049	Übrige persönliche Verwaltungskosten	--	--	X	--
	705	Aufwandsentschädigungen für Werbe- maßnahmen				
	7050	Aufwandsentschädigung an Mitarbeiter	--	--	X	--
	7051	Aufwandsentschädigungen an andere	--	--	X	--
71		Sächliche Verwaltungskosten				
	710	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung				
	7100	Geschäftsbedarf	--	--	X	--
	7101	Bücher und Zeitschriften	--	--	X	--
	7102	Post- und Fernmeldegebühren	--	--	X	--
	7103	Berufliche Bildung des Personals	--	--	X	--
	7104	Reisekostenvergütung (ohne 72)	--	--	X	--
	7105	Außergewöhnlicher Aufwand des haupt- amtlichen Vorstandes/der Geschäftsfüh- rung	--	--	X	--
	7106	Aufklärungsmaßnahmen (ohne KG 51)	--	--	X	--
	7107	Dienst- und Schutzkleidung	--	--	X	--
	7108	Werbemaßnahmen	--	--	X	--
	7109	Sonstige Sachkosten der Verwaltung	--	--	X	--
	711	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen				
	7110	Bewirtschaftung der Grundstücke, Ge- bäude und technischen Anlagen	--	--	X	--
	7111	Mieten und Pachten für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen	--	--	X	--
	7112	Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	--	--	X	--
	7113	Abschreibungen für Gebäude	--	--	X	--
	7114	Sonstige Kosten der Grundstücke, Ge- bäude und technischen Anlagen	--	--	X	--
	7115	Abschreibungen von technischen Anla- gen	--	--	X	--
	7119	Frei für Zwecke der Krankenkassen	--	--	X	--
	712	Fahrzeuge				
	7120	Betrieb von Kraftfahrzeugen (ohne 7121)	--	--	X	--
	7121	Abschreibungen von Kraftfahrzeugen	--	--	X	--
	713	Gegenstände der beweglichen Einrich- tung				
	7130	Kosten der Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung	--	--	X	--
	7131	Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung	--	--	X	--
	7132	Mieten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung	--	--	X	--
	7133	Kosten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen (ohne 7134 und 7135)	--	--	X	--
	7134	Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung im Zusammen- hang mit Werbemaßnahmen	--	--	X	--
	7135	Mieten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen	--	--	X	--
	7138	Abschreibungen auf undifferenzierte Sammelposten	--	--	X	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwal- tungskosten	Strukturierte Behandlungs- programme
72		Aufwendungen für die Selbst- verwaltung				
	720	Aufwendungen für die Wahl der Organe				
	7200	Aufwendungen für die Wahl der Organe	--	--	X	--
	721	Aufwendungen für den Vorstand				
	7210	Aufwendungen für den Vorstand (nur KBS, LKK / ohne 7240)	--	--	X	--
	722	Aufwendungen für die Ver- treterversammlung/den Verwaltungsrat				
	7220	Aufwendungen für die Ver- treterversammlung/den Verwaltungsrat (ohne 7240)	--	--	X	--
	723	Aufwendungen für die Versichertenältes- ten und Vertrauensmänner				
	7230	Aufwendungen für die Versichertenältes- ten 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 Ver- eine	--	--	X	--
	7326	Anteilige Werbungskosten an den Bei- trägen an Krankenkassenverbände	--	--	X	--
	7327	Anteilige Werbungskosten an den Bei- trägen zu Vereinen, Arbeitsgemeinschaf- ten und anderen Verbänden	--	--	X	--
	733	Prüfungs- und Beratungskosten				
	7330	Prüfungs- und Beratungskosten	--	--	X	--
	734	Kosten für Abrechnungsprüfungen				
	7340	Kosten für Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung	--	--	X	--
	735	Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX				
	7350	Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX	--	--	X	--
	736	Aufwendungen für Stellen zur Bekämp- fung von Fehlverhalten im Gesundheits- wesen				
	7360	Aufwendungen für Stellen zur Bekämp- fung von Fehlverhalten im Gesundheits- wesen	--	--	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 Ver- tretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK)				
	7380	Vergütungen an berufsständische Ver- tretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK)	--	--	X	--
	739	Sonstige Vergütungen an andere				

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

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

B. Übersicht zur Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2014

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

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2014:

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

B.1.2 RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2014:

Hauptleistungsbereich	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
1. Ärzte	Summe aus KA 400, KA 401, KA 403, KA 408, KA 409, KA 463, Konten 5183 bis 5185, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, Konten 5280 bis 5282, KA 530, KA 543, KA 544, KA 550, KA 570
2. Zahnärzte	Summe aus KG 41, KG 42, Konten 5160 bis 5162, KA 571
3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte	Summe aus KA 430, KA 431, KA 433, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 485, Konten 5186 bis 5188, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus Konten 4600 bis 4602 u. 4603 bis 4605, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 469, KA 486, Konten 5283 bis 5285, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konten 5760 bis 5762, KA 594

Hauptleistungsbereich	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	
5. Sonstige Leistungsausgaben	Summe aus	KA 405, KA 406, KA 441, KA 442, KA 443, KA 444, KA 447, KA 449, KA 450, KA 453, KA 454, KA 455, KA 457, KA 458, KA 459, KA 480, KA 481, KA 482, KA 483, KA 487, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 510, KA 513, KA 514, KA 515, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, KA 542, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 553, KA 554, KA 555, KA 556, KA 563, KA 564, KA 565, KA 567, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, KA 599
6. Krankengeld		KG 47
7. Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung	Summe aus	KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA 572, Konten 5763 bis 5765
8. Nicht besetzt		
X. Zahlungen nach ISchGKVLV ¹³	Summe aus	Konten 5163, 5164 und 5165

B.2 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessungsleistung für das Ausgleichsjahr 2014:

	Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen	
	Summe aus	KA 484, KA 500, KA 501, KA 502, KA 503, KA 509, KA 511, KA 512, KA 517, Konten 5180 bis 5182, KA 524, KA 525, KA 526, KA 549, KA 566, KA 568, KA 569, KA 579, KA 596, KA 597

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

	Zuweisungsfähige Verwaltungskosten	
	Summe aus	KA 593, KA 691, KA 694, KA 695, KA 697, KG 70, KG 71, KG 72, KG 73 (ohne das Konto 7391), KG 74, KA 750, KA 751, KA 755, KA 760, KA 762, KA 763, KA 764, KA 765, KA 766, KA 767, KA 768, KA 769

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

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

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2014:

(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).

¹³ Die Zuweisungen hierfür werden seit dem Ausgleichsjahr 2009 gemäß dem Schlüssel für Satzungs- und Ermessensleistungen verteilt.

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

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

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

sowie um:

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

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

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

Anlage 1.1₂₀₁₅:

Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2015

Ziel der Anlage 1.1₂₀₁₅ ist die Darstellung der gesamten berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Sie werden in Teil A dieser Anlage in berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für „standardisierte Leistungsausgaben“ (Spalte 1), „Satzungs- und Ermessensleistungen“ (Spalte 2), und „Verwaltungskosten“ (Spalte 3) unterteilt. Zusätzlich werden in Spalte 4 „strukturierte Behandlungsprogramme“ betreffende Konten nachrichtlich dargestellt.

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

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

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

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

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

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

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	3100	Rechnungsmäßiger Überschuss der Eigenbetriebe	--	--	--	--
32		Erstattungen und Einnahmen nach dem BVG, dem SGB V, dem KVLG 1989, dem Infektionsschutzgesetz und Art. 63 GRG				
	320	Erstattungen nach dem BVG				
	3200 ³	Erstattungen nach § 19 BVG a. F.	P	--	--	--
	3202	Erstattungen nach § 19 BVG a. F. - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	321 ⁴	Erstattungen und Einnahmen nach dem SGB V				
	3214	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr	P	--	--	--
	3215	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Zeitrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre	P	--	--	--
	3216	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Geschäftsjahr	P	--	--	--
	3217	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Dauerrenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit - Vorjahre	P	--	--	--
	3218	Erstattungen nach § 50 SGB V bei Altersrenten	P	--	--	--
	3219	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bei Übergangsgeld	P	--	--	--
	322	Erstattungen und Einnahmen nach dem KVLG 1989				
	3220	Erstattungen nach § 13 Abs. 4 KVLG 1989 i.V.m. § 50 SGB V	--	--	--	--
	3222	Zuschüsse für Leistungsaufwendungen nach § 37 Abs. 2 KVLG 1989	--	--	--	--
	3223	Zuschüsse nach § 37 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 3 und § 59 Abs. 3 KVLG 1989	--	--	--	--
	3224	Einnahmen aus dem Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989	--	--	--	--
	323	Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz				
	3230	Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz	P	--	--	--
	3232	Erstattungen nach dem Infektionsschutzgesetz und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	325	Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F.				
	3250	Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F.	P	--	--	--
	3252	Erstattungen nach dem § 19 BVG n. F. - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	326	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V und Erstattungen nach § 65 KVLG 1989				
	3260	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V	--	--	--	--

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

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	3262	Beteiligung des Bundes an Aufwendungen nach § 221 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
33	3263	Erstattungen nach § 65 KVLG 1989 (nur LKK)	--	--	--	--
		Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden sowie Einnahmen aus Wahltarifen nach § 53 SGB V				
	330	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden				
	3300	Zuschüsse von Arbeitgebern, Innungen und Landesverbänden	--	--	--	--
	332	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V				
	3320	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V	--	--	--	--
	3322	Einzahlungen von Selbstbehalten nach § 53 Abs. 1 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	335	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen				
	3350	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen	--	--	--	--
	3352	Prämienzahlungen durch die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V bei Kostenerstattungstarifen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	336	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)				
	3360	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)	--	--	--	--
	3362	Prämienzahlungen durch die Versicherten für Kosten, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
	338	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld				
3380	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld	--	--	--	--	
3382	Prämienzahlungen durch das Mitglied nach § 53 Abs. 6 SGB V für den Anspruch auf Krankengeld – Altenteiler - (nur LKK)	--	--	--	--	
34		Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte sowie Einnahmen von Versicherten bei Selbstverschulden				
	340	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte				
	3400 ⁵	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte	P	--	--	--
	3402	Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			Standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
	341	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V				
	3410	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V	P	--	--	--
	3412	Einnahmen aufgrund von Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden nach § 52 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
35		Bußgelder				
	350	Bußgelder				
	3500	Bußgelder	--	--	--	--
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 Einkommensausgleich, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle				
	370	Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989				
	3700	Einnahmen aus dem Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V/§ 54 KVLG 1989	--	--	--	--
	372	Einnahmen aus finanziellen Hilfen, Einnahmen aus Umlagen für Haftungsfälle				
	3720	Einnahmen aus finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen	--	--	--	--
	3723	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265a SGB V	--	--	--	--
	3724	Einnahmen aus finanziellen Hilfen nach § 265b SGB V	--	--	--	--
	3725	Einnahmen aus Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--
	376	Mittel aus dem Einkommensausgleich nach § 270a Abs. 2 SGB V				
	3760	Mittel aus dem Einkommensausgleich nach § 270a Abs. 2 SGB V - Abschlagsverfahren	--	--	--	--
	3761	Mittel aus dem Einkommensausgleich nach § 270a Abs. 2 SGB V – Spitzbetrag Jahresausgleich	--	--	--	--
	3762	Mittel aus dem Einkommensausgleich (ohne 3760 und 3761) – Forderungen/Verpflichtungen	--	--	--	--
	377	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren -				
	3770	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 266 Abs. 6 Satz 2 SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
	3771	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe a SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--
	3772	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach § 270 Abs. 1 Buchstabe b SGB V - Abschlagsverfahren -	--	--	--	--

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

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

A.2 Kontenklasse 4/5 – Leistungsaufwand der Krankenversicherung

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

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4036 bis 4038	Ambulante Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V				
4036	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
4037	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
4038	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
404	Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme				
4040 bis 4042	Ärztliche Leistungsausgaben im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (ohne 4043 bis 4045)				
4040	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	X
4041	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	X
4042	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	--	X
4043 bis 4045	Ambulante ärztliche Behandlung gemäß § 137f Abs. 7 SGB V				
4043	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	X
4044	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	X
4045	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	--	X
405	Soziotherapie nach § 37a SGB V				
4050	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4051	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4052	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
406	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung				
4060	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4061	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4062	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
408	Leistungen nach § 73b SGB V				
4080	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
4081	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
4082	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
409	Leistungen nach § 73c SGB V				
4090	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
4091	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
4092	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
41	Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -				
410	Konservierend-chirurgische Behandlung				
4100	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4101	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4102	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
412	KfO-Behandlung				
4120 bis 4122	KfO-Behandlung - Honorar				
4120	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4121	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4122	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
4123 bis 4125	KfO-Behandlung - Pauschalzahlungen				
4123	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4124	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4125	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
413	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors				
4130	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
4131	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
4132	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
414	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors					
4140	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4141	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4142	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
415	Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen – Kinder (FU)					
4150	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4151	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4152	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
416	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)					
4160	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4161	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4162	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
417	Fissurenversiegelung					
4170	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4171	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4172	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
418	Parodontose-Behandlung					
4180	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4181	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4182	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
419	Sonstige zahnärztliche Leistungen					
4190	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4191	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4192	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
42	Zahnersatz					
426	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 1 SGB V					
4260	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4261	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4262	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
427	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 2 SGB V					
4270	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4271	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4272	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
428	Festzuschüsse für Zahnersatz nach § 55 Abs. 3 SGB V					
4280	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--	
4281	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--	
4282	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--	
43	Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen					
430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung -					
4300	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4301	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4302	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
431	Hilfsmittel aus Apotheken					
4310	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4311	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4312	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
433	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter					
4330	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4331	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4332	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwaltungs- kosten	Strukturierte Behandlungs- programme
434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung					
4340 bis 4342	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung					
4340	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4341	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4342	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
4343 bis 4345	Arzneimittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung					
4343	Mitglieder ohne Rentner	3				
4344	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4345	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
4346 bis 4348	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung					
4346	Mitglieder ohne Rentner	3				
4347	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4348	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
435	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - nur vertragsärztliche Versorgung -					
4350	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4351	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4352	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung -					
4360	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4361	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4362	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung sowie Arzneimittel im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung					
4370	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4371	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4372	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
4373 bis 4375	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung					
4373	Mitglieder ohne Rentner	3				
4374	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4375	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
438	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel - ohne vertragsärztliche Versorgung					
4380	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--	
4381	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--	
4382	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--	
439 ⁶	Arzneimittelrabatte					
4390 bis 4392	Gesetzliche Rabatte pharmazeutischer Unternehmer					
4390	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--	
4391	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--	

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“	
		(1)	(2)	(3)	(4)	
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme	
	4392	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
	4393	Gesetzliche Rabatte von Apotheken	P	--	--	--
	bis 4395					
	4393	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
	4394	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
	4395	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
	4396	Vertraglich vereinbarte Rabatte mit pharmazeutischen Unternehmern	P	--	--	--
	bis 4398					
	4396	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
	4397	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
	4398	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
44/45		Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen				
	441	Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie und Orthopädietechnikern				
	4410	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4411	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4412	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	442	Hilfsmittel von Orthopädieschuhmachern				
	4420	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4421	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4422	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	443	Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)				
	4430	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4431	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4432	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	444	Kontaktlinsen von Optikern und Augenärzten				
	4440	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4441	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4442	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	447	Hörhilfen von Hörgeräteakustikern und Optikern				
	4470	Mitglieder ohne Rentner	5	-	--	--
	4471	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4472	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	448	Sachleistungen bei Dialyse				
	4480	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
	4481	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--	--
	4482	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
	449	Hilfsmittel von Sonstigen sowie Wartungskosten und Aufwendungen für technische Kontrollen				
	4490	Hilfsmittel von Sonstigen				
	bis 4492					
	4490	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4491	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4492	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	4495	Wartungskosten und Aufwendungen für technische Kontrollen				
	bis 4497					
	4495	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4496	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
	4497	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
	450	Physikalische Therapie – nur vertragsärztliche Versorgung -				
	4500	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
	4501	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4502	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 450, 454, 455, 459)				
4530	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4531	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4532	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
454	Ergotherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -				
4540	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4541	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4542	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
455	Logopädische/sprachtherapeutische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -				
4550	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4551	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4552	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
457	Heilmittel außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 7 SGB V				
4570	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4571	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4572	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
458	Podologische Leistungen – nur vertragsärztliche Versorgung -				
4580	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4581	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4582	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
459	Sonstige Heilmittel) – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -sowie Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV				
4590 bis 4592	Sonstige Heilmittel – außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung -				
4590	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4591	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4592	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
4593 bis 4595	Heilmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung				
4593	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4594	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4595	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
4597 bis 4599	Hilfsmittel im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung				
4597	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4598	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4599	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
46	Krankenhausbehandlung				
460	Krankenhausbehandlung				
4600, bis 4602	Krankenhausbehandlung ohne 4603 bis 4606 und 4608				
4600	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4601	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4602	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
4603 bis 4605	Stationäre psychiatrische Behandlung				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4603	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4604	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4605	Rentner ohne Familienangehörige	4	--	--	--
4606 und 4608	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern				
4606 ⁷	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (ohne 4608)	P	--	--	--
4608	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern (Altenteiler - nur LKK)	--	--	--	--
461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung				
4610 bis 4612	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (ohne 4613 bis 4615)				
4610	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4611	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4612	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
4613, bis 4615	Vor- und nachstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung				
4613	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4614	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4615	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
462	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115 b SGB V)				
4620	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4621	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4622	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
463	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung				
4630	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
4631	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
4632	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 5760 bis 5762)				
4640	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4641	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4642	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 5760 bis 5762)				
4650	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4651	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4652	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen (ohne 5763 bis 5765)				
4660	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
4661	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--	--
4662	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				
4690	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4691	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4692	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
47	Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld				
470	Krankengeld (ohne 471 und 472)				

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
4700	Mitglieder	6	--	--	--
471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes				
4710	Mitglieder	6	--	--	--
472	Krankengeld bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter sowie bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch				
4720	Mitglieder	6	--	--	--
478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld				
4780	Mitglieder	6	--	--	--
48	Aufwendungen für Leistungen im Ausland/Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht				
480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand				
4800	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4801	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4802	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V				
4810	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4811	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4812	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht				
4820	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4821	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4822	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V				
4830	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4831	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
484	Behandlung im Ausland - Mehrleistung				
4840	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
4841	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
4842	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
485	Arznei- und Verbandmittel im Ausland				
4850	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
4851	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
4852	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
486	Krankenhausbehandlung im Ausland				
4860	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
4861	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
4862	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
487	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht				
4870	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4871	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4872	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
488	Dialysebehandlung im Ausland				
4880	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
4881	Familienangehörige der Mitglieder	7	--	--	--
4882	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
489	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140 e SGB V				
4890	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4891	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4892	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
49	Fahrkosten				

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
492	Flugrettung				
4920	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4921	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4922	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
493	Krankentransportwagen				
4930	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4931	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4932	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
494	Rettungswagen				
4940	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4941	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4942	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
495	Notarztwagen				
4950	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4951	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4952	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
496	Taxen und Mietwagen				
4960	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4961	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4962	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
499	Sonstige Fahrkosten				
4990	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
4991	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
4992	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
50	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter				
500	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistungen - (ohne 579 und 581)				
5000	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5001	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5002	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
501	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten - (ohne 579 und 581)				
5010	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5011	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5012	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)				
5020	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5021	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5022	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581) -				
5030	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5031	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5032	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
504	Stationäre Rehabilitationsleistungen -Kinder (ohne 464, 465, 505 und 579)				
5040	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5041	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5042	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
505	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504 und 579)				
5050	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5051	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5052	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
506	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)				
5060	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5061	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5062	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
508	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)				
5080	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5081	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5082	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
509	Persönliche Budget nach § 17 SGB IX				
5090	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5091	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5092	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
51	Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe				
510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)				
5100	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5101	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5102	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V - Individualansatz				
5110	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5111	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5112	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern				
5120	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5121	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5122	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss				
5130	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5131	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5132	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss				
5140	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5141	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5142	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
515	Betriebliche Gesundheitsförderung/Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren				
5155	Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nach § 20 Abs. 2 SGB V a. F. - Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe) sowie Zahlungen nach der ISch-GKVLV				
5160	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)				
5162					
5160	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
5161	Familienangehörige der Mitglieder	2	--	--	--
5162	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
5163	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (ISch-GKVLV)				
5165					
5163	Mitglieder ohne Rentner	X			

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5164	Familienangehörige der Mitglieder	X			
5165	Rentner und ihre Familienangehörigen	X			
517	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V – Nichtbetriebliche Lebenswelten				
5170	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5171	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5172	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
518	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V - Ermessensleistung				
5180 bis 5182	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V (Satzungsleistungen)				
5180	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5181	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5182	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
5183 bis 5185	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V - Regelleistungen - ärztliches Honorar				
5183	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5184	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5185	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
5186 bis 5188	Schutzimpfungen nach § 20 d SGB V - Regelleistungen - Arzneimittel (Impfstoffe)				
5186	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5187	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
5188	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
519 ⁸	Rabatte auf Impfstoffe				
5190	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
5191	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5192	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
52	Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben / Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin				
520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern				
5200	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5201	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5202	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen				
5210	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5211	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5212	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern				
5220	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5221	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5222	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten				
5230	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5231	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5232	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und Abs. 3c SGB V				
5240	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5241	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5242	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V				
5250	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5251	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5252	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben				
5260	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5261	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5262	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)				
5270	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5271	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5272	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
528	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG				
5280	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG-ambulanter Bereich				
5280	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5281	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5282	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
5283	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG-stationärer Bereich				
5285	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5283	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5284	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5285	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
53	Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch				
530	Ärztliche Beratung und Behandlung				
5300	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5301	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5302	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
531	Krankenhausbehandlung				
5310	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5311	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5312	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
532	Arznei- und Verbandmittel				
5320	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5321	Familienangehörige der Mitglieder	3	--	--	--
5322	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				
5370	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5371	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5372	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
539	Übrige Aufwendungen				
5390	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5391	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5392	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
54	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen				
540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden				
5400	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5401	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5402	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
541	Rehabilitationssport				
5410	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5411	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5412	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583)				
5420	Mitglieder ohne Rentner	5		--	--
5421	Familienangehörige der Mitglieder	5		--	--
5422	Rentner und ihre Familienangehörigen	5		--	--
543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V				
5430	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5431	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5432	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
544	Behandlung in psychiatrischen / geriatrischen Institutsambulanzen				
5440	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V				
5442					
5440	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5441	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5442	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
5443	Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V				
5445					
5443	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5444	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--
5445	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
545	Belastungserprobung und Arbeitstherapie				
5450	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5451	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5452	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
546	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547 und 579)				
5460	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5461	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5462	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
547	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546 und 578)				
5470	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5471	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5472	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
548	Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX				
5480	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5481	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5482	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
549	Prämien/Boni an Arbeitgeber nach § 65a Abs. 2 SGB V und § 84 Abs. 3 SGB IX				
5490	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5491	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5492	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
55	Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft				
550	Ärztliche Betreuung				
5500	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5501	Familienangehörige der Mitglieder	1	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
5502	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
551	Hebammenhilfe				
5510	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5511	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5512	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
552	Stationäre Entbindung				
5520	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5521	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5522	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
553	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft o- der Entbindung				
5530	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5531	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5532	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
554	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung				
5540	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5541	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5542	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
555	Sonstige Sachleistungen				
5550	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5551	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5552	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
556	Mutterschaftsgeld, Zuschüsse zum Mutter- schaftsgeld und Beiträge zur Bundesagentur für Arbeit aus Mutterschaftsgeld				
5560	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5562	Rentner	5	--	--	--
559	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG				
5590	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5591	Familienangehörige der Mitglieder	4	--	--	--
5592	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
56	Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege				
560	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung -				
5600	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	--
561	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung -				
5610	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	--
562	Betriebshilfe - Mehrleistung -				
5620	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	--
5621	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	--
563	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V				
5630	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5631	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5632	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung -				
5640	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5641	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5642	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung -				
5650	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5651	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5652	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
566	Haushaltshilfe - Mehrleistung -				
5660	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5661	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5662	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung -				
5670	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5671	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5672	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung -				
5680	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5681	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5682	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V				
5690	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5691	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5692	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
57	Integrierte Versorgung (ohne 588 und 589)				
570	Ambulante ärztliche Behandlung				
5700	Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5701	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	1	--	--	--
5702	Rentner und ihre Familienangehörigen	1	--	--	--
571	Zahnärztliche Behandlung/Zahnersatz				
5710	Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
5711	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	2	--	--	--
5712	Rentner und ihre Familienangehörigen	2	--	--	--
572	Sachleistungen bei Dialyse				
5720	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5721	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5722	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
573	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen				
5730	Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5731	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	3	--	--	--
5732	Rentner und ihre Familienangehörigen	3	--	--	--
574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen				
5740	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5741	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5742	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
575	Hilfsmittel				
5750	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5751	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5752	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
576	Krankenhausbehandlung, stationäre Anschluss-Rehabilitation und teilstationäre Behandlung in Dialysestationen				
5760	Krankenhausbehandlung und stationäre Anschluss-Rehabilitation im Rahmen der integrierten Versorgung				
5760	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5761	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5762	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
5763	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen im Rahmen der integrierten Versorgung				
5763	Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
5764	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	7	--	--	--
5765	Rentner und ihre Familienangehörigen	7	--	--	--
577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)				
5770	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5771	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5772	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
578	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben				
5780	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5781	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5782	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
579	Übrige Satzungs- und Ermessensleistungen				
5790	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5791	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5792	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
58	Mehrleistungen im Rahmen DMP/Integrierte Versorgung (ohne 57)				
581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP				
5810	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	X
5811	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	X
5812	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	--	X
583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP				
5830	Mitglieder ohne Rentner	--	--	--	X
5831	Familienangehörige der Mitglieder	--	--	--	X
5832	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	--	X
587 ⁹	Integrierte Versorgung – Rabatte				
5870	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
5871	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5872	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
588 ¹⁰	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung				
5880	Mitglieder ohne Rentner	P	--	--	--
5881	Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5882	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
589	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V				
5890 ¹¹	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V	P	--	--	--
5892	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V - Altenteiler (nur LKK)	--	--	--	--
59	Sonstige Leistungen				
590	Medizinischer Dienst				
5900	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5901	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5902	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)				

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

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

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1)	(2)	(3)	(4)
		standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- u. Ermessensleistungen	Verwaltungskosten	Strukturierte Behandlungsprogramme
5910	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5911	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5912	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
592	Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X, § 26 Abs. 3 SGB IX)				
5920	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5921	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5922	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
593	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V				
5930	Mitglieder ohne Rentner	--	--	X	--
5931	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	--	--	X	--
5932	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	--	X	--
594	Zuschüsse zu stationären Hospizen				
5940	Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5941	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	4	--	--	--
5942	Rentner und ihre Familienangehörigen	4	--	--	--
595	Förderung ambulanter Hospizdienste				
5950	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5951	Familienangehörige der Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5952	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--
596	Versichertenbonus nach § 31 Abs. 3 SGB V				
5960	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5961	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5962	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
597	Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 2 SGB V				
5970	Mitglieder ohne Rentner	--	X	--	--
5971	Familienangehörige der Mitglieder	--	X	--	--
5972	Rentner und ihre Familienangehörigen	--	X	--	--
598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen				
5980 und 5982 ¹²	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989	P	--	--	--
5980	Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5982	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
5985 und 5987 ¹³	Vorauszahlungen von Zuzahlungen	P	--	--	--
5985	Mitglieder ohne Rentner einschl. Familienangehörige der Mitglieder	P	--	--	--
5987	Rentner und ihre Familienangehörigen	P	--	--	--
599	Übrige Leistungen				
5990	Mitglieder ohne Rentner	5	--	--	--
5991	Familienangehörige der Mitglieder	5	--	--	--
5992	Rentner und ihre Familienangehörigen	5	--	--	--

¹² Die Konten 5980 und 5982 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

¹³ Die Konten 5985 und 5987 werden pauschal über die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren berücksichtigt.

A.3

Kontenklasse 6 - Vermögensaufwendungen und sonstige Aufwendungen der Krankenversicherung

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

		berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
		(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
634	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen				
6340	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen	--	--	--	--
6342	Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen an Versicherte nach § 53 Abs. 3 SGB V für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
635	Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V				
6350	Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V	--	--	--	--
6352	Kostenerstattungen an die Versicherten nach § 53 Abs. 4 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
636	Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)				
6360	Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V)	--	--	--	--
6362	Übernommene Kosten für Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind (§ 53 Abs. 5 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
638	Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V				
6380	Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V	--	--	--	--
6382	Tariflich gestaltete Krankengeldzahlungen nach § 53 Abs. 6 SGB V - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
639	Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V)				
6390	Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V)	--	--	--	--
6392	Prämienzahlungen an das Mitglied bei Leistungsbeschränkungen (§ 53 Abs. 7 SGB V) - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--
65	Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung				
650	Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung				
6500	Prämienauszahlungen nach § 242 Abs. 2 SGB V in der bis 31.12.2014 geltenden Fassung	--	--	--	--
66	Verluste durch Wertminderungen der Aktiva und durch Wertsteigerungen der Passiva				
660	Verluste der Aktiva				

	berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
	(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
6600	Verluste der Aktiva	--	--	--
665	Verluste der Passiva			
6650	Verluste der Passiva	--	--	--
67	Ausgaben für Finanzausgleiche, Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, Zahlungen aus dem Einkommensausgleich, Umlagebeiträge für Haftungsverbände			
670	Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V			
6700	Ausgaben für den Finanzausgleich für aufwendige Leistungsfälle nach § 265 SGB V	--	--	--
672	Ausgaben für finanzielle Hilfen			
6720	Ausgaben für finanzielle Hilfen in besonderen Notlagen, Umlagebeiträge für Haftungsverbände	--	--	--
6723	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265a SGB V	--	--	--
6724	Ausgaben für finanzielle Hilfen nach § 265b SGB V	--	--	--
6725	Ausgaben für Umlagen für eingetretene Haftungsfälle nach § 155 Abs. 4 SGB V	--	--	--
676	Zahlungen aus dem Einkommensausgleich (Gesundheitsfonds)			
6760	Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – monatliches Verfahren - (Gesundheitsfonds)	--	--	--
6761	Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Strukturanpassungen - (Gesundheitsfonds)	--	--	--
6762	Zahlungen aus dem Einkommensausgleich – Jahresausgleich - (Gesundheitsfonds)	--	--	--
677	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Abschlagsverfahren - (Gesundheitsfonds)			
6776	Zuweisungen – monatliche Zuweisungen – Gesundheitsfonds	--	--	--
6777	Zuweisungen – Strukturanpassungen – Gesundheitsfonds	--	--	--
678	Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds - Jahresausgleich - (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	--	--	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1) standardisierte Leistungs- ausgaben	(2) Satzungs- u. Ermessens- leistungen	(3) Verwaltungs- kosten	(4) Strukturierte Behandlungs- programme
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, § 17 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 § 17 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 § 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV - Altenteiler – (nur LKK)	--	--	--	--	
6933	Zinsen an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung	--	--	--	--	
694	Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte					
6940	Ausgaben für die persönliche elektronische Gesundheitsakte	--	--	X	--	
695	Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung					
6950	Kosten der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse für Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung	--	--	X	--	
696	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation					
6960	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation	--	--	--	--	
6962	Zahlungen bei nicht rechtzeitig durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – Altenteiler – (nur LKK)					
697	Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte					
6970	Ausgaben für die elektronische Gesundheitskarte	--	--	X	--	
699	Übrige Aufwendungen					
6990	Übrige Aufwendungen	--	--	--	--	
6991	Aufwendungen für den Solidarzuschlag nach § 38 Abs. 4 KVLG 1989	--	--	--	--	

A.4

Kontenklasse 7 - Verwaltungs- und Verfahrenskosten

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

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwal- tungskosten	Strukturierte Behandlungs- programme
	7044	Zuschüsse im Rahmen der Wohnungs- fürsorge	--	--	X	--
	7049	Übrige persönliche Verwaltungskosten	--	--	X	--
	705	Aufwandsentschädigungen für Werbe- maßnahmen				
	7050	Aufwandsentschädigung an Mitarbeiter	--	--	X	--
	7051	Aufwandsentschädigungen an andere	--	--	X	--
71		Sächliche Verwaltungskosten				
	710	Allgemeine Sachkosten der Verwaltung				
	7100	Geschäftsbedarf	--	--	X	--
	7101	Bücher und Zeitschriften	--	--	X	--
	7102	Post- und Fernmeldegebühren	--	--	X	--
	7103	Berufliche Bildung des Personals	--	--	X	--
	7104	Reisekostenvergütung (ohne 72)	--	--	X	--
	7105	Außergewöhnlicher Aufwand des haupt- amtlichen Vorstandes/der Geschäftsfüh- rung	--	--	X	--
	7106	Aufklärungsmaßnahmen (ohne KG 51)	--	--	X	--
	7107	Dienst- und Schutzkleidung	--	--	X	--
	7108	Werbemaßnahmen	--	--	X	--
	7109	Sonstige Sachkosten der Verwaltung	--	--	X	--
	711	Bewirtschaftung und Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen				
	7110	Bewirtschaftung der Grundstücke, Ge- bäude und technischen Anlagen	--	--	X	--
	7111	Mieten und Pachten für Grundstücke, Gebäude und technische Anlagen	--	--	X	--
	7112	Unterhaltung der Grundstücke, Gebäude und technischen Anlagen	--	--	X	--
	7113	Abschreibungen für Gebäude	--	--	X	--
	7114	Sonstige Kosten der Grundstücke, Ge- bäude und technischen Anlagen	--	--	X	--
	7115	Abschreibungen von technischen Anla- gen	--	--	X	--
	7119	Frei für Zwecke der Krankenkassen	--	--	X	--
	712	Fahrzeuge				
	7120	Betrieb von Kraftfahrzeugen (ohne 7121)	--	--	X	--
	7121	Abschreibungen von Kraftfahrzeugen	--	--	X	--
	713	Gegenstände der beweglichen Einrich- tung				
	7130	Kosten der Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung	--	--	X	--
	7131	Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung	--	--	X	--
	7132	Mieten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung	--	--	X	--
	7133	Kosten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen (ohne 7134 und 7135)	--	--	X	--
	7134	Abschreibungen von Gegenständen der beweglichen Einrichtung im Zusammen- hang mit Werbemaßnahmen	--	--	X	--
	7135	Mieten für Gegenstände der bewegli- chen Einrichtung im Zusammenhang mit Werbemaßnahmen	--	--	X	--
	7138	Abschreibungen auf undifferenzierte Sammelposten	--	--	X	--

			berücksichtigungsfähig bei den Zuweisungen für			„nachrichtlich“
			(1)	(2)	(3)	(4)
			standardisierte Leistungs- ausgaben	Satzungs- u. Ermessens- leistungen	Verwal- tungskosten	Strukturierte Behandlungs- programme
72		Aufwendungen für die Selbst- verwaltung				
	720	Aufwendungen für die Wahl der Organe				
	7200	Aufwendungen für die Wahl der Organe	--	--	X	--
	721	Aufwendungen für den Vorstand				
	7210	Aufwendungen für den Vorstand (nur KBS, LKK / ohne 7240)	--	--	X	--
	722	Aufwendungen für die Ver- treterversammlung/den Verwaltungsrat				
	7220	Aufwendungen für die Ver- treterversammlung/den Verwaltungsrat (ohne 7240)	--	--	X	--
	723	Aufwendungen für die Versichertenältes- ten und Vertrauensmänner				
	7230	Aufwendungen für die Versichertenältes- ten 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 Ver- eine	--	--	X	--
	7326	Anteilige Werbungskosten an den Bei- trägen an Krankenkassenverbände	--	--	X	--
	7327	Anteilige Werbungskosten an den Bei- trägen zu Vereinen, Arbeitsgemeinschaf- ten und anderen Verbänden	--	--	X	--
	733	Prüfungs- und Beratungskosten				
	7330	Prüfungs- und Beratungskosten	--	--	X	--
	734	Kosten für Abrechnungsprüfungen				
	7340	Kosten für Abrechnungsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung	--	--	X	--
	735	Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX				
	7350	Aufwendungen für Servicestellen nach §§ 22 bis 25 SGB IX	--	--	X	--
	736	Aufwendungen für Stellen zur Bekämp- fung von Fehlverhalten im Gesundheits- wesen				
	7360	Aufwendungen für Stellen zur Bekämp- fung von Fehlverhalten im Gesundheits- wesen	--	--	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 Ver- tretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK)				
	7380	Vergütungen an berufsständische Ver- tretungen für Verwaltungsarbeiten (nur LKK)	--	--	X	--
	739	Sonstige Vergütungen an andere				

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

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

B. Übersicht zur Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2015

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

B.1.1 Vermögenserträge und sonstigen Einnahmen der Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2015:

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

B.1.2 RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2015:

Hauptleistungsbereich	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
1. Ärzte	Summe aus KA 400, KA 401, KA 403, KA 408, KA 409, KA 463, Konten 5183 bis 5185, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, Konten 5280 bis 5282, KA 530, KA 543, KA 544, KA 550, KA 570
2. Zahnärzte	Summe aus KG 41, KG 42, Konten 5160 bis 5162, KA 571
3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte	Summe aus KA 430, KA 431, KA 433, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 485, Konten 5186 bis 5188, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus Konten 4600 bis 4602 u. 4603 bis 4605, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 469, KA 486, Konten 5283 bis 5285, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konten 5760 bis 5762, KA 594

Hauptleistungsbereich	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	
5. Sonstige Leistungsausgaben	Summe aus	KA 405, KA 406, KA 441, KA 442, KA 443, KA 444, KA 447, KA 449, KA 450, KA 453, KA 454, KA 455, KA 457, KA 458, KA 459, KA 480, KA 481, KA 482, KA 483, KA 487, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 510, KA 513, KA 514, KA 515, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, KA 542, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 553, KA 554, KA 555, KA 556, KA 563, KA 564, KA 565, KA 567, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, KA 599
6. Krankengeld		KG 47
7. Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung	Summe aus	KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA 572, Konten 5763 bis 5765
8. Nicht besetzt		
X. Zahlungen nach ISchGKVLV ¹⁴	Summe aus	Konten 5163, 5164 und 5165

B.2 Übersicht über die Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessungsleistung für das Ausgleichsjahr 2015:

	Zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessungsleistungen	
	Summe aus	KA 484, KA 500, KA 501, KA 502, KA 503, KA 509, KA 511, KA 512, KA 517, Konten 5180 bis 5182, KA 524, KA 525, KA 526, KA 549, KA 566, KA 568, KA 569, KA 579, KA 596, KA 597

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

	Zuweisungsfähige Verwaltungskosten	
	Summe aus	KA 593, KA 691, KA 694, KA 695, KA 697, KG 70, KG 71, KG 72, KG 73 (ohne das Konto 7391), KG 74, KA 750, KA 751, KA 755, KA 760, KA 762, KA 763, KA 764, KA 765, KA 766, KA 767, KA 768, KA 769

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

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

C. Summe der RSA-berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2015:

(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).

¹⁴ Die Zuweisungen hierfür werden seit dem Ausgleichsjahr 2009 gemäß dem Schlüssel für Satzungs- und Ermessensleistungen verteilt.

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

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

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

sowie um:

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

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

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

Anlage 1.3: Pseudonymisierung (zu § 7 der Bestimmung)

A. Pseudonymisierung bundeseinheitlicher KV-Nummern

1) Verfahren

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

Schlüsseljahr	Datenmeldung	Berichtsjahr	Meldetermin
April 2015 – April 2016	Korrekturmeldung	2013	15.06.2015
April 2015 – April 2016	Erstmeldung	2014	15.08.2015
April 2015 – April 2016	2. StA	2015	31.08.2015
April 2015 – April 2016	3. StA 2015 u. 1. StA 2016*	2015	28.02.2016
April 2015 – April 2016	Korrekturmeldung (SA110)	2013	15.04.2016
April 2015 – April 2016	Korrekturmeldung (SA110)	2014	15.04.2016

*SA 111 Ganzjahr 2015

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

2) Sicherheitsanforderungen

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

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

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

betroffenen Pseudonyme unverändert lassen.

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

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

Das BVA erhält die pseudonymisierten Daten vom GKV-Spitzenverband. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen werden die Daten sicher aufbewahrt und verwaltet. Das BVA teilt den Krankenkassen mit, wenn die Datenmeldungen angenommen, eingelesen und plausibilisiert wurden (Einfrieren der Daten), damit diese die einheitlichen Pseudonymteile löschen können. Der kasseneinheitliche Pseudonymteil P1 wird beim BVA am Ende des Kalenderjahres, das auf das Meldejahr folgt, auf den sich der Schlüssel bezieht, gelöscht. Der kassenindividuelle Pseudonymteil P2 wird am Ende des 5. auf das Meldejahr folgenden Kalenderjahres gelöscht.²

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

3) Spezifikation des Verfahrens

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

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

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

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

Des Weiteren wird eine Funktion mit dem Prototyp

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

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

B. Pseudonymisierung ohne bundeseinheitliche KV-Nummern

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

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

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

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

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
11	Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 1 SGB VI)	ja
12	Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 3 SGB VI)	ja
13	Renten wegen Berufsunfähigkeit bei knappschaftlich versicherter Beschäftigung (§ 43 SGB VI)	ja
14	Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 43 SGB VI)	ja
15	Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 44 SGB VI)	ja
16	Altersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres (§ 35 SGB VI)	
17	Altersrente wegen Vollendung des 60. Lebensjahres bei Arbeitslosigkeit (§ 38 SGB VI)	
18	Altersrente für Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres (§ 39 SGB VI)	
19	Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute (§ 40 SGB VI)	
20	Witwen-/Witwerrente aus Versicherungsrente wegen Berufsunfähigkeit (§ 46 Abs. 1 SGB VI, § 243 Abs. 2 SGB VI)	
21	Witwen-/Witwerrente aus Versicherungsrente wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 46 Abs. 2 SGB VI, § 243 Abs. 2 SGB VI)	
25	Halbwaisenrente (§ 48 Abs.1 SGB VI)	
26	Vollwaisenrente (§ 48 Abs. 2 SGB VI)	
31	Altersrente (Art. 2 § 4 RÜG)	
32	Invalidenrente (Vergleichsrente nach Art. 2 § 7 RÜG)	ja
33	Invalidenrente für Behinderte (Vergleichsrente nach Art. 2 § 10 RÜG)	ja
35	Witwen-/Witwerrente (Art. 2 § 11 RÜG)	
36	Übergangshinterbliebenenrente (Art. 2 § 13 RÜG)	
37	Unterhaltsrente (Art. 2 § 14 RÜG)	

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
38	Halbwaisenrente nach Art. 2 RÜG	
39	Vollwaisenrente nach Art. 2 RÜG	
43	Erweiterte Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (§ 44 Abs. 3 SGB VI)	ja
45	Erziehungsrente (§ 47 SGB VI)	
51	Höherversicherungsrente für Versicherte (bis 31.12.1991)	
52	Höherversicherungsrente für Witwen (bis 31.12.1991)	
53	Höherversicherungsrente für Waisen (bis 31.12.1991)	
62	Altersrente wegen Vollendung des 60. Lebensjahres bei Vorliegen von Schwerbeschädigung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (§ 37 SGB VI)	
63	Altersrente für langjährig Versicherte bei Vollendung des 62. Lebensjahres (§ 36 SGB VI)	
65	Umstellungsrente nach § 308 SGB VI	ja ¹
71	Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 1 SGB VI) für Neurenten ab 1.1.2001	ja
72	Rente für Bergleute (§ 45 Abs. 3 SGB VI) für Neurenten ab 1.1.2001	ja
73	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI i.V. mit § 82 Nr. 2a SGB VI, § 240 SGB VI)	ja
74	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 1 SGB VI i.V. mit § 82 Nr. 2b SGB VI, § 240 SGB VI)	ja
75	Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 2 SGB VI)	ja
76	Rente wegen voller Erwerbsminderung (§ 43 Abs. 6 SGB VI)	ja
91	Bergmannsaltersrente (Art. 2 § 5 RÜG)	
92	Bergmannsinvalidenrente (Art. 2 § 8 RÜG)	ja
93	Bergmannsvollrente (Art. 2 § 6 RÜG)	ja
94	Bergmannsrente (Art. 2 § 9 RÜG)	ja
95	Bergmannswitwen-/witwerrente (Art. 2 § 12 RÜG)	
98	Bergmannshalbwaisenrente (Art. 2 § 15 Abs. 1 RÜG)	
99	Bergmannsvollwaisenrente (Art. 2 § 15 Abs. 2 RÜG)	

¹ nur gültig bis einschließlich 2011

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

Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Bestimmung)

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

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.4 ist gültig für das Schlüsseljahr 2015/2016.

1. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Daten über die Versicherten nach § 30 Abs. 1 Nr. 1 RSAV (Satzart 100 – Versichertenstammdaten –) für das zurückliegende Kalenderjahr einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums. Die Erhebung der Satzart 100 ist frühestens ab 15.02. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durchzuführen.

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

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

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

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

Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.06. des auf das erstmalige Meldejahr folgenden Jahres an das BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

Die Krankenkassen übermitteln die Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten (Satzart 110) nach § 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 RSAV bis zum 31.03. des Meldejahres an den GKV-Spitzenverband. Nach Plausibilisierung und ggf. nach Bereinigung übermittelt der GKV-Spitzenverband diese Daten spätestens bis zum 15.04. an das BVA. Mit der Datenübergabe teilt der GKV-Spitzenverband die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mit.

Die Krankenkassen melden die Versicherungszeiten der Versicherten für den monatlichen Ausgleich (§ 32 RSAV) versichertenbezogen bis spätestens zum 15.08. für den Berichtszeitraum Januar bis Juni und bis zum 15.02. des Folgejahres für den Berichtszeitraum Januar bis Dezember an den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband leitet die Daten bis zum 31.08. bzw. 28.02. des Folgejahres an das Bundesversicherungsamt BVA weiter.

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

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

3. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten:

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8, 9 und 11 sowie § 38 RSAV) = die Satzart 100,
2. für die Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
(§ 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 RSAV) = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (monatl. Abschlagverfahren)
(§ 32 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,
8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV) = die Satzart 700,
9. für die Summen der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, Erstattungen
und Einnahmen nach KJ1
(gemäß § 266 Abs. 5 Satz 3 SGB V) = die Satzart 701

Eine Krankenkasse meldet die Morbiditätsinformationen nach § 1 Abs. 2 und berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach § 1 Abs. 3 dann, wenn der Versicherte mindestens einen Tag im Berichtszeitraum versichert war. Davon abweichend können auch Morbiditätsinformationen und berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben von Versicherten gemeldet werden, für die

keine Versichertenzeit vorliegt und die als Clearingfall identifiziert wurden. Diese Versicherten werden im Datenfeld 18 in der Satzart 100 entsprechend gekennzeichnet.

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

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

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

Nicht verwendete Betragesfelder werden in der Satzart 700 und 701 mit der Ziffer „0“ belegt, im zugehörigen Vorzeichenfeld wird ein MINUS eingetragen. Dieses betraf in der Vergangenheit z.B. das Feld „DMP-Mehrleistungen“ in der Satzart 700. ¹ Numerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind rechtsbündig zu besetzen und mit NULLEN aufzufüllen. Alphanumerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind linksbündig zu besetzen und mit BLANK aufzufüllen. Grundsätzlich dürfen alphanumerische Felder in den Satzarten nur mit den Zeichen **A-Z, a-z** und **0-9 gefüllt werden**. Sonderzeichen sind **nicht** zulässig, es sei denn sie sind explizit aufgeführt.

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

1. Versichertenstammdaten (Satzart 100)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „100“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	KV-Nr-Kennzeichen	54	54	1	numerisch	bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor = 1, sonst = 0
6	Geburtsjahr	55	58	4	numerisch	Geburtsjahr des Versicherten gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
7	Geschlecht	59	59	1	numerisch	1 = weiblich, 2 = männlich gemäß § 30 Abs. 1 Satz Nr. 1 RSAV
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV
9	Erwerbsminderung	63	65	3	numerisch	Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV
10	extrakorporale Blutreinigung	66	66	1	numerisch	für den Versicherten wurde im Berichtsjahr mindestens eine extrakorporale Blutreinigung erbracht = 1, sonst = 0; gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
11	Verstorben	67	67	1	numerisch	Versicherter ist im Berichts- jahr verstorben: verstorben = 1, sonst = 0
12	DMP-Tage	68	70	3	numerisch	Anzahl der DMP- Versichertentage des Ver- sicherten im Berichtsjahr gemäß § 38 RSAV
13	Versichertentage Aus- land	71	73	3	numerisch	Anzahl der Versicherten- tage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV
14	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V	74	76	3	numerisch	Anzahl der Versicherten- tage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V im Bereich der vertrags- ärztlichen Versorgung gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV
15	Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V	77	79	3	numerisch	Anzahl der Versicherten- tage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V im Bereich der vertrags- ärztlichen Versorgung gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV
16	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	80	82	3	numerisch	Anzahl der Versicherten- tage mit Anspruch auf Krankengeld gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV
17	Kennzeichen Alters-/ Geschlechtswechsel ²	83	83	1	numerisch	0 = Es bestehen keine Änderungen. 1 = Es wird ein Alters- und/oder Geschlechts- wechsel bestätigt. 9 = Krankenkasse meldet das Kennzeichen nicht.

² Das Kennzeichen wird optional in der Satzart 100 gemeldet. In der Korrekturmeldung ist nur der Wert „9“ zu melden. In der Erstmeldung können alternativ dazu die Werte „0“ und „1“ gemeldet werden. Die Berücksichtigung des Kennzeichens wird im Datenbereinigungskonzept des Bundesversicherungsamtes festgelegt.

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
18	RSA- Clearingkennzeichen	84	84	1	numerisch	Versicherter war Bestandteil des RSA-Clearingverfahrens und es liegen keine Versicherungstage vor = 1, sonst = 0
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	Datenfeld_20	86	90	5	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „99999“ zu befüllen.
21	Datenfeld_21	91	93	3	numerisch	Das Feld ist mit dem Wert „999“ zu befüllen.

Erläuterungen zur Satzart 100 (Versichertenstammdaten)

Vorbemerkung:

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Versichertenstammdaten ist die Satzart "100" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

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

vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

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

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

f) Zu Datenfeld 6 (Geburtsjahr)

Vierstelliges Geburtsjahr des Versicherten im Format „JJJJ“. Erhebung gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV.

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Das Geschlecht des Versicherten wird wie folgt gemeldet:

1 = weiblich

2 = männlich

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

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV).

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

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

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

i) Zu Datenfeld 9 (Erwerbsminderung)

Es ist die Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtsjahr gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a).

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

Für Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 und 5 RSAV dürfen die EMR-Versichertentage nur bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des Regelalters im Sinne der Regelaltersgrenze nach § 235 SGB VI gemeldet werden.

j) Zu Datenfeld 10 (extrakorporale Blutreinigung)

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

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

0 = sonst

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

Die Erhebung erfolgt gem. § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 RSAV.

k) Zu Datenfeld 11 (Verstorben)

Das Kennzeichen „Verstorben“ wird wie folgt gemeldet:

1 = im Berichtsjahr verstorben

0 = sonst

l) Zu Datenfeld 12 (DMP-Tage)

Es ist die Anzahl der Versichertentage gemäß § 38 RSAV im Berichtsjahr zu erheben, in denen der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

m) Zu Datenfeld 13 (Versichertentage Ausland)

Es ist gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland zu erheben.

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

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

Anspruchsschein	Berichtsjahr 2013	Berichtsjahr 2014
E 106	J	J
E 108	J	J
E 109	J	J
E 120	J	J
E 121	J	J
S017	J	J
S019	J	J

Anspruchsschein	Berichtsjahr 2013	Berichtsjahr 2014
S073	J	J

(b) den jeweiligen Vordrucken der Abkommensstaaten nach Berichtsjahren:

Land	Anspruchsschein	Berichtsjahr 2013	Berichtsjahr 2014
Bosnien Herzegowina	BH 11/1	J	J
Bosnien Herzegowina	BH 11/2	J	J
Bosnien Herzegowina	BH 11/3	J	J
Bosnien Herzegowina	BH 3 a	J	J
Bosnien Herzegowina	BH 3 b	J	J
Kroatien ³	HR/D 108	J	N
Kroatien	HR/D 109	J	N
Kroatien	HR/D 120	J	N
Kroatien	HR/D 121	J	N
Serbien	SRB 106 DE	J	J
Serbien	SRB 108 DE	J	J
Serbien	SRB 109 DE	J	J
Serbien	SRB 120 DE	J	J
Serbien	SRB 121 DE	J	J
Montenegro	MNE / DE 106	J	J
Montenegro	MNE / DE 108	J	J
Montenegro	MNE / DE 109	J	J
Montenegro	MNE / DE 120	J	J
Montenegro	MNE / DE 121	J	J
Mazedonien	RM/D 108	J	J
Mazedonien	RM/D 109	J	J
Mazedonien	RM/D 120	J	J
Mazedonien	RM/D 121	J	J
Türkei	T/A 20	J	J
Türkei	T/A 21	J	J
Türkei	T/A 21/1	J	J
Türkei	T/A 9	J	J
Türkei	T/A 9/1	J	J
Türkei	T/A 6	J	J
Tunesien	TN/A 21	J	J
Tunesien	TN/A 21/1	J	J

³ Für das Berichtsjahr 2013 gelten die für Kroatien benannten Formulare bis zum 30.06.2013. Ab dem 01.07.2013 sind die o.g. Anspruchsscheine für EWR-Staaten zu verwenden.

Land	Anspruchsschein	Berichtsjahr 2013	Berichtsjahr 2014
Tunesien	TN/A 9	J	J
Tunesien	TN/A 9/1	J	J

Die Versicherungszeit im Ausland endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen.

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

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

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

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

Es ist gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu erheben, sofern die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V zumindest den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (ohne Zahnärzte) vollständig umfasst.

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

Es ist gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 RSAV die Anzahl der Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V zu erheben, sofern die Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V zumindest den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (ohne Zahnärzte) vollständig umfasst. Es dürfen nur solche Versichertentage nach § 53 Abs. 4 SGB V gezählt werden, die nicht zeitgleich mit den Versichertentagen mit Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V bestehen.

- p) Zu Datenfeld 16 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

Es ist gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 RSAV die Anzahl der Versicherten-

tage mit Krankengeldanspruch zu erheben. Die Ermittlung der Versicherungstage 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 bzw. in Rentenerstattungsfällen (§ 2 Abs. 4 RSAV) nach der Versichertengruppe, die ursprünglich vor der rückwirkenden Rentenzubilligung am Tag vor Beginn der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V maßgeblich war.

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

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

0 = Es bestehen keine Änderungen.

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

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

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

9 = Krankenkasse meldet das Kennzeichen nicht

r) Zu Datenfeld 18 (RSA-Clearingkennzeichen)

Das Kennzeichen ist dann mit 1 zu befüllen, sofern eine Krankenkasse Versicherte mit Null Tagen meldet, die im Rahmen des RSA-Clearingverfahrens zu klären waren und deren Versicherungszeit vollständig storniert wurde. Das Melden von Versicherten mit Null Tagen ist für die Krankenkasse optional. Wenn die Option wahrgenommen wird, sind

alle der Krankenkasse vorliegenden Fälle nach Satz 1 sowie die in Verbindung stehenden Morbiditätsinformationen und Leistungsausgaben vollständig zu melden. Die Wahl der Option gilt für das jeweilige Schlüsseljahr.

Sonst wird das Feld mit 0 gefüllt.

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

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

0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.

t) Zu Datenfeld 20

Das Feld ist mit dem Wert „99999“ zu befüllen.

u) Zu Datenfeld 21

Das Feld ist mit dem Wert „999“ zu befüllen.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

2. Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Satzart 110)

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

Das Datenfeld 7 „Geschlecht“ kann abweichend von der Satzart 100 auch mit dem Wert „3“ = fehlende Geschlechtsangabe nach § 22 Absatz 3 des Geset-

zes personenstandsrechtlicher Vorschriften (Personenstandsrechts-Änderungsgesetz PStRÄndG) gemeldet werden.

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

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

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

(Abschlagsverfahren)

– Meldung nach § 32 Satz 1 RSAV –

3. Versichertenstammdaten (Satzart 111)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „111“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	KV-Nr-Kennzeichen	54	54	1	numerisch	Bundeseinheitliche KV-Nr. lag vor = 1, sonst = 0
6	Geburtsjahr	55	58	4	numerisch	Geb.jahr des Versicherten
7	Geschlecht	59	59	1	numerisch	1 = weiblich, 2 = männlich, 3 = fehlende Geschlechtsangabe
8	Versichertentage	60	62	3	numerisch	Versichertentage des Versicherten im Berichtsjahr gemäß § 3 Abs. 3 RSAV

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
9	Verstorben	63	63	1	numerisch	verstorben = 1 sonst = 0
10	Versichertentage mit Krankengeldanspruch	64	66	3	numerisch	Anzahl der Versichertentage mit Anspruch auf Krankengeld
11	Kennzeichen letzter Tag des Berichtszeitraums	67	67	1	numerisch	1 = Der Versicherte war am letzten Tag des Berichtszeitraumes in der Krankenkasse versichert. 0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.
12	Erwerbsminderung	68	70	3	numerisch	Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 3 Abs. 3 RSAV
13	DMP-Tage	71	73	3	numerisch	Anzahl der DMP Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 38 RSAV

Erläuterungen zur Satzart 111 (Versichertenstammdaten - Abschlagsverfahren)

Vorbemerkung:

Es wird je Pseudonym ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

Für den Berichtszeitraum Januar bis Dezember sind die Daten von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 31.12. des Berichtsjahres vorzulegen. Die Meldung für den Berichtszeitraum Januar bis Juni erfolgt auf dem Fusionsstand 30.06. des Meldejahres. Dies gilt auch, wenn es sich um einen gesetzlich vorgesehenen Zusammenschluss handelt.

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

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

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

f) Zu Datenfeld 6 (Geburtsjahr)

Vierstelliges Geburtsjahr des Versicherten im Format „JJJJ“.

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Das Geschlecht des Versicherten wird wie folgt gemeldet:

1 = weiblich

2 = männlich

3 = fehlende Geschlechtsangabe

Die fehlende Geschlechtsangabe ist erstmalig ab dem Meldejahr 2016 zulässig.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind für den jeweiligen Berichtszeitraum die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der einzelnen Versicherten zu erheben. § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 RSAV gilt entsprechend.

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

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

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

i) Zu Datenfeld 9 (Verstorben)

Das Kennzeichen „Verstorben“ wird wie folgt gemeldet:

1 = im Berichtszeitraum verstorben

0 = sonst

j) Zu Datenfeld 10 (Versichertentage mit Krankengeldanspruch)

Es ist die Anzahl der Versichertentage mit Krankengeldanspruch zu erheben.

Die Ermittlung der Versichertentage mit Krankengeldanspruch von Versicherten, deren Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erhalten bleibt, richtet sich nach dem Versicherungsverhältnis vor Beginn der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V bzw. in Rentenerstattungsfällen (§ 2 Abs. 4 RSAV) nach der Versichertengruppe, die ursprünglich vor der rückwirkenden Renten-

zubilligung am Tag vor Beginn der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V maßgeblich war.

k) Zu Datenfeld 11 (Letzter Tag im Berichtszeitraum)

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

0 = Versicherter ist vor dem letzten Tag ausgeschieden.

l) Zu Datenfeld 12 (Erwerbsminderung)

Es ist die Anzahl der EMR-Versichertentage im Berichtszeitraum gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RSAV zu erheben (siehe auch Anlage 1.4a).

Das Feld ist erstmals in der Meldung für den Berichtszeitraum Januar bis Juni 2010 zu melden.

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

Für Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 und 5 RSAV dürfen die EMR-Versichertentage nur bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des Regelalters im Sinne der Regelaltersgrenze nach § 235 SGB VI gemeldet werden.

m) zu Datenfeld 13 (DMP-Tage)

Es ist die Anzahl der Versichertentage gemäß § 38 RSAV im Berichtszeitraum zu erheben, in dem der Versicherte RSA-wirksam in ein Disease-Management-Programm eingeschrieben war.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

4. Daten der Arzneimittelversorgung (Satzart 400)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „400“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Verordnungsdatum	54	61	8	numerisch	JJJJMMTT (§ 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV)
6	Pharmazentralnummer	62	69	8	numerisch	Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V und Sonderkennzeichen (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)
7	Anzahl Einheiten oder Faktor	70	78	9	numerisch	Verwendungsmenge der PZN in Promille (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)

Erläuterungen zur Satzart 400 (Daten der Arzneimittelversorgung)

Vorbemerkung:

Für Arzneimittel wird je Verordnungsdatum ein Datensatz gemeldet. Das Arzneimittel wird mit der Pharmazentralnummer (PZN) bzw. einer Sonderkennzeichenummer gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV übermittelt. Finden Korrekturen im Rahmen der Abrechnungsprüfung statt, so sind die korrigierten Daten zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeld 5 (Verordnungsdatum)

Es ist das Verordnungsdatum gemäß § 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV anzugeben. Liegt kein Verordnungsdatum vor, wird das Abrechnungsdatum bzw. der letzte Tag des Abrechnungsmonats angegeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Pharmazentralnummer)

Gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV ist das Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V für das Arzneimittel einzutragen. Dabei sind alle Pharmazentralnummern aus dem EFP-Segment (Feldposition EFP-02) bzw. ZDP-Segment (Feldposition ZDP-02) der technischen Anlage 3 der Vereinbarung nach § 300 SGB V (TA 03) zu melden. Ausgenommen hiervon sind Pharmazentralnummern des ZDP-Segments der TA 03, wenn gleichzeitig im Feld „Faktorkennzeichen“ (Feldposition ZDP-03) der Wert „99“ (Verwurf) eingetragen ist. Nicht achtstellige PZN sind mit führender „0“ rechtsbündig zu übermitteln.

Pharmazentralnummern und Sonderkennzeichen für nicht über DTA übermittelte Arzneimittel sind nur zu melden, wenn diese in begründeten Ausnahmefällen (z.B. bei technischen Schwierigkeiten) nach § 303 Abs. 3 SGB V nacherfasst wurden und soweit ärztliche Verordnungen und Pharmazentralnummern der abgegebenen und nacherfassten Präparate vorhanden und prüfbar sind.

- g) Zu Datenfeld 7 (Anzahl Einheiten oder Faktor gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV)

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

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

– Meldung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV –

5. Diagnosen der Krankenhausversorgung (Satzart 500)

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	bis	Stellen		
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Entlassungsmonat	54	59	6	numerisch	JJJJMM (§ 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV)
6	Fallzähler	60	61	2	numerisch	Ordnungszahl zur Fallunterscheidung.
7	Diagnose, kodiert	62	68	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM bei Krankenhausentlassung (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV)
8	Lokalisation	69	69	1	numerisch	Beidseitig = 1, sonst = 0
9	Art der Diagnose	70	70	1	numerisch	Hauptdiagnose = 1, Nebendiagnose = 2
10	Art der Behandlung	71	71	1	numerisch	Behandlung erfolgte vollstationär = 1, teilstationär = 2 ambulante OP im Krankenhaus = 3 sonst = 0

Erläuterungen zur Satzart 500 (Diagnosen der Krankenhausversorgung)

Vorbemerkung:

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

Für jede einem Krankenhausfall in der Entlassungsmitteilung zugeordnete maßgebliche Haupt- oder Nebendiagnose wird jeweils ein Datensatz gemeldet, d. h. es dürfen keine zwei identischen Datensätze gemeldet werden. Die Meldung der stationären Diagnosen in der Satzart 500 ist auch dann möglich, wenn zum Zeitpunkt der Datenmeldung keine Abrechnung, jedoch eine Entlassungsmitteilung des Krankenhauses vorliegt oder der Abrechnungsbetrag 0 EUR beträgt.

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

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

Es sind die Diagnosen der Krankenhausversorgung nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeld 5 (Entlassungsmonat nach § 30 Abs. 1 Satz 2 RSAV)

Es ist der Monat der Entlassung aus dem Krankenhaus einzutragen, der mit der Entlassungsmittteilung übermittelt wurde. Bei ambulanten Opera-

tionen im Krankenhaus nach § 115b SGB V ist der Zugangsmonat anzugeben.

f) Zu Datenfeld 6 (Fallzähler)

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

g) Zu Datenfeld 7 (Diagnose, kodiert nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV)

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

Sofern Sonderzeichen vorhanden sind, müssen diese mitgemeldet werden.

Beispiel: S01.84! („Weichteilschaden ersten Grades...“)

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

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

Es werden für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie der Frührehabphase A und B die Diagnosen gemeldet, die in der Entlassungsmitteilung des Krankenhauses als maßgebliche Diagnosen angegeben werden. Hierbei handelt es sich gem. Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 5, bei Krankenhaufällen ohne interne Verlegung ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnose des ETL-Segmentes und der zugehörigen NDG-Segmente aus der Segmentgruppe SG1 der einzigen behandelnden Fachabteilung bzw. bei

Krankenhausfällen mit interner Verlegung, Rückverlegung oder Wiederaufnahme ausschließlich um die Haupt- und Nebendiagnosen des ETL-Segments und der zugehörigen NDG-Segmente der Pseudofachabteilung „0000“ der Segmentgruppe SG1. Bei ambulanten Operationen handelt es sich um die Behandlungsdiagnose.

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

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

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

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

h) Zu Datenfeld 8 (Lokalisation)

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig

0 = sonst

i) Zu Datenfeld 9 (Art der Diagnose)

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

1 = Hauptdiagnose

2 = Nebendiagnose

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

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

j) Zu Datenfeld 10 (Art der Behandlung)

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

1 = vollstationäre Krankenhausbehandlung

2 = teilstationäre Krankenhausbehandlung

3 = ambulante Operation im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V

0 = sonstige

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

6. Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung (Satzart 600)

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „600“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Versichertenpseudonym	16	53	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse
5	Leistungsquartal	54	54	1	numerisch	Q (Q = 1 für 1. Quartal usw.)
6	Diagnose, kodiert	55	61	7	alphanumerisch	nach ICD 10 GM (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV)
7	Qualifizierung	62	62	1	alphanumerisch	Verdachtsdiagnose = V, Zustand nach der betreffenden Diagnose = Z, ausgeschlossene Diagnose = A, gesicherte Diagnose = G, sonst = 0.

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	bis	Stellen		
8	Lokalisation	63	63	1	numerisch	beidseitig = 1, sonstige = 0
9	Abrechnungsweg	64	64	1	numerisch	Angabe über den Abrechnungsweg: 1 – Diagnose gemäß § 295 SGB V 2 – Diagnose aus ambulanter Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V, Diagnose aus Hochschulambulanz nach § 117 SGB V, Diagnose aus PIA nach § 118 SGB V, Diagnose aus SPZ nach § 119 SGB V, Diagnose aus § 120 Abs. 1a SGB V 3 – sonstiges Ab der Erstmeldung 2014 ist das Feld mit dem Wert „9“ zu befüllen

Erläuterungen zur Satzart 600 (Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung)

Vorbemerkung:

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

Es sind nur Diagnosen nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV zu melden.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeld 5 (Leistungsquartal)

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

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

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

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

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

f) Zu Datenfeld 6 (Diagnose, kodiert nach § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV))

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

Sofern Sonderzeichen vorhanden sind, müssen diese mitgemeldet werden.

Beispiel: S01.84! („Weichteilschaden ersten Grades...“)

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

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

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

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

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

g) Zu Datenfeld 7 (Qualifizierung)

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

V = Verdachtsdiagnose

Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

A = ausgeschlossene Diagnose

G = gesicherte Diagnose

0 = sonst

h) Zu Datenfeld 8 (Lokalisation)

Die Lokalisation wird wie folgt gemeldet:

1 = beidseitig

0 = sonst

i) Zu Datenfeld 9 (Abrechnungsweg)

Im Datenfeld Abrechnungsweg werden nähere Angaben zum Leistungserbringer und zum Abrechnungsweg der gemeldeten Diagnose gemacht. Diese Unterscheidung ist als Übergangslösung erforderlich, bis eine genauere Schlüsselung von Abrechnungsweg und Diagnosequelle möglich sind.

Das Feld Abrechnungsweg ist wie folgt zu melden:

1 = Diagnosen, die per DTA nach § 295 SGB V übermittelt wurden.

2 = ambulante vertragsärztliche Diagnosen, die im Rahmen der stationsnahen Versorgung gem. §§ 116b, 117, 118, 119 und 120 Abs. 1a SGB V dokumentiert aber nicht über DTA nach § 295 SGB V übermittelt werden.

3 = Diagnosen von Sonstigen Leistungserbringern der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, soweit diese weder über DTA nach § 295 SGB V abgerechnet noch den Diagnosen der stationsnahen Versorgung (2) zugeordnet wurden.

Hierzu gehören z.B. erbrachte ambulante Behandlungen im Krankenhaus im Rahmen der integrierten Versorgung.

Soweit keine Informationen vorliegen, die eine Zuordnung zum Kennzeichen „1“ oder „2“ erlauben, erfolgt die Kennzeichnung mit „3“.

Ab der Erstmeldung 2014 ist das Feld Abrechnungsweg mit dem Wert „9“ zu melden.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

7. Prozeduren der ambulanten Behandlung (Satzart 610)

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

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

8. Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Satzart 700)

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
14	Vorzeichen bzgl. sonst. Leistungsausgaben	128	128	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert
15	Sachkosten der extra-korporalen 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 im HLB 6 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
18	Vorzeichen bzgl. Ausgaben Krankengeld	158	158	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert

Erläuterungen zur Satzart 700 (Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Vorbemerkung:

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

Es wird für jedes Pseudonym der Satzart 100 ein Datensatz geliefert, auch wenn für dieses keine Leistungsausgaben vorliegen.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

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

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

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

d) Zu Datenfeld 4 (Versichertenpseudonym)

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

e) Zu Datenfeldern 5 – 18 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

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

f) Zu Datenfeld 5 (Ärzte)

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

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

zugrunde gelegt werden.

Folgende Werte werden hieraus berechnet:

$$1. \text{ LB_Punkte_Vergütung} = \text{Vergütung} - (\text{LB_EURO_GO} - \text{LB_Punkte} \times \text{Orientierungspunktwert}^4)$$

Der zu verwendende Punktwert wird wie folgt berechnet:

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

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

Mit diesen Punktwerten werden zur Ermittlung der Ausgabenvolumina die in Punktzahlen gemeldeten Daten bewertet und mit den in Euro gemeldeten Daten, ohne Dialysesachkosten, zusammengeführt. Für den Fall, dass eine kassenindividuelle Ermittlung nicht möglich ist, kann ersatzweise ein kassenartendurchschnittlicher Punktwert zu Grunde gelegt werden.

g) Zu Datenfeld 7 (Zahnärzte)

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

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge, welche sich aus den versichertenbezogenen Punktmengen, der vertraglichen Material- und Laborkosten, Sachkosten und Konstantkosten ergeben, abzüglich der vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen. Soweit die Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.

h) Zu Datenfeld 9 (Apotheken)

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge abzüglich der vom Versicherten geleisteten Zuzahlungen. Soweit Satzungsleistungen eine Zuzahlungsbefreiung vorsehen, ist der Zuzahlungsbetrag in Abzug zu bringen, der ohne Satzungsleistungen vom Versicherten zu entrichten wäre.

i) Zu Datenfeld 11 (Krankenhäuser)

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

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

j) Zu Datenfeld 13 (Sonstige Leistungen)

Das Datenfeld ist von allen Krankenkassen mit pseudonymbezogenen Ausgaben zu befüllen.

k) Zu Datenfeld 15 (Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung)

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

l) Zu Datenfeld 17 (Ausgaben Krankengeld)

Das Datenfeld ist mit den Ausgaben im HLB 6 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung zu befüllen.

Datensatz für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA

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

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

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

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „701“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Summe der berücksichtigungsfähigen LA ohne Krankengeld	16	29	14	numerisch	Summe der Felder 6, 8, 10, 12, 14 und 18

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
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
11	Vorzeichen Apotheken	75	75	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
12	Krankenhäuser	76	89	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 4 der Anlage 1.1
13	Vorzeichen Krankenhäuser	90	90	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
14	Sonstige Leistungsausgaben	91	104	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 5 der Anlage 1.1
15	Vorzeichen Sonstige Leistungsausgaben	105	105	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
16	Krankengeld	106	119	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 6 der Anlage 1.1
17	Vorzeichen Krankengeld	120	120	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
18	Extrakorporale Blutreinigung-Su	121	134	14	numerisch	Siehe Abschnitt B.1.2, Ziffer 7 der Anlage 1.1
19	Vorzeichen Extrakorporale Blutreinigung-Su	135	135	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
20	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	136	149	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM- Rentner, Konto 3215, Konto 3217

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
21	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	150	150	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
22	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	151	164	14	numerisch	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, Konto 3218
23	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	165	165	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
24	Erstattung Übergangsgeld	166	179	14	numerisch	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V für Nicht-EM-Rentner Konto 3219
25	Vorzeichen Erstattung Übergangsgeld	180	180	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
26	Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	181	194	14	numerisch	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V für EM-Rentner, Konto 3214, Konto 3216
27	Vorzeichen Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	195	195	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
28	Sonstige Erstattungen	196	209	14	numerisch	Summe der Erstattungen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
29	Vorzeichen Sonstige Erstattungen	210	210	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
30	Arzneimittelrabatte	211	224	14	numerisch	Summe der Arzneimittelrabatte; §§ 130 und 130a SGB V; KA 439*
31	Vorzeichen Arzneimittelrabatte	225	225	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
32	Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	226	239	14	numerisch	Saldo der Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und der Vorauszahlungen auf Zuzahlungen; KA 598
33	Vorzeichen Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	240	240	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
34	Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	241	254	14	numerisch	Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V; KA 589*
35	Vorzeichen Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	255	255	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
36	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	256	269	14	numerisch	Summe der sonstigen nicht zuordenbaren Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung; KA 588
37	Vorzeichen Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der integrierten Versorgung	270	270	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
38	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	271	284	14	numerisch	Summe der Einnahmen der Rabatte zur integrierten Versorgung; KA 587*
39	Vorzeichen Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	285	285	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
40	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	286	299	14	numerisch	Summe aus Konto 4606 (ohne 4608)*
41	Vorzeichen Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	300	300	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
42	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	301	314	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9995 Sp. 2
43	Vorzeichen Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	315	315	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
44	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	316	329	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9992 Sp. 2
45	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	330	330	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
46	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	331	344	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 9999 Sp. 2
47	Vorzeichen Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	345	345	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
48	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163)	346	359	14	numerisch	Summe aus Schl.Nr. 5163 (Sp. 1 bis 3)
49	Vorzeichen Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163)	360	360	1	alphanumerisch	"+" = positiver Wert, "- " = negativer Wert
50	jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 ohne Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V	361	374	14	numerisch	jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 ohne Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis				
51	Vorzeichen jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 ohne Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V	375	375	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert	
52	jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 mit Mitgliedern nach § 242 Abs. 5 SGB V	376	389	14	numerisch	Jahresdurchschnittliche Zahl der Mitgliedern lt-KM 1/13 mit Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V	
53	Vorzeichen jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 mit Mitgliedern nach § 242 Abs. 5 SGB V	390	390	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert	

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

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

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

1. Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzarten 100 bis 701) sind jeweils in einer logischen Datei zu liefern.

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

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

bestehen.

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

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

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

Aufbau des Vorlaufsatzes

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚VOSZ‘ als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	100, 110, 111, 400, 500, 600, 610, 700 oder 701 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJ
4	Dateibezeichnung	12	20	9	alphanumerisch	Stelle 12–15 MORB Stelle 16–19 Meldejahr JJJ 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	JJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
7	Laufende Nummer	37	41	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Erhebungszyklus. Das Feld ist mit führenden Nullen auf 5 Stellen aufzufüllen.

2.2 Datensatz, Satzart 100

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

2.3 Datensatz, Satzart 110

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

2.4 Datensatz, Satzart 111

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

2.5 Datensatz, Satzart 400

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

2.6 Datensatz, Satzart 500

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

2.7 Datensatz, Satzart 600

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

2.8 Datensatz, Satzart 610

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

2.9 Datensatz, Satzart 700

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

2.10 Datensatz, Satzart 701

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

2.11 Nachlaufsatz

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

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

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

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

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 700

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis				
8	Krankenhäuser-Summe	63	76	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 11 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700	
9	Sonstige LA-Summe	77	90	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 13 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700	
10	extrak. Blutr.-Summe	91	104	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 15 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700	
11	Krankengeld-Summe	105	118	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 17 gemeldeten Daten (absolute Werte) der Satzart 700	

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 701

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
						Datei in den Feldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18 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	Extrakorporale Blutreinigung-Su	119	132	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 18 gemeldeten Daten der Satzart 701

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

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
	für die Leistungen der integrierten Versorgung					tungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 36 gemeldeten Daten der Satzart 701
22	Einnahmen der Rabatte der integrierten Versorgung	259	272	14	numerisch	Summe der Rabatte aller in dieser Datei in Feld 38 gemeldeten Daten der Satzart 701
23	Pauschale Rabatte und Rückzahlungen von Krankenhäusern	273	286	14	numerisch	Summe der Rabatte und Rückzahlungen aller in dieser Datei in Feld 40 gemeldeten Daten der Satzart 701
24	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (Schl.Nr. 9995)	387	300	14	numerisch	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 42 gemeldeten Daten der Satzart 701
25	Summe der zuweisungsfähigen Satzungs- und Ermessensleistungen (Schl.Nr. 9992)	301	314	14	numerisch	Summe der der zuweisungsfähige Satzungs- und Ermessensleistungen aller in dieser Datei in Feld 44 gemeldeten Daten der Satzart 701
26	Summe der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten (Schl.Nr. 9999)	315	328	14	numerisch	Summe der der zuweisungsfähigen Verwaltungskosten aller in dieser Datei in Feld 46 gemeldeten Daten der Satzart 701
27	Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) (Schl.Nr. 5163)	329	342	14	numerisch	Summe der Zahlungen aufgrund der Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung (IschGKVLV) aller in dieser Datei in Feld 48 gemeldeten Daten der Satzart 701
28	jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 ohne Mitglieder	343	356	14	numerisch	Summe der jahresdurchschnittlichen Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
	der nach § 242 Abs. 5 SGB V					ohne Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V aller in dieser Datei in Feld 50 gemeldeten Daten der Satzart 701
29	Jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 mit Mitglie- dern nach § 242 Abs. 5 SGB V	357	370	14	numerisch	Summe der jahresdurch- schnittlichen Zahl der Mitglieder lt. KM 1/13 mit Mitgliedern nach § 242 Abs. 5 SGB V aller in dieser Datei in Feld 52 gemeldeten Daten der Satzart 701

3. Datenübermittlung

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BVA zu Abholung bereitgestellt. Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per Email an die bestehende Adresse Referat_312@bva.de.

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

Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit:

Mail: Referat_312@bva.de

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

0. Gültigkeit:

Diese Version der Anlage 1.5 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2015/2016.

1. Vorbemerkung:

Gem. § 30 Abs. 4 RSAV übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband die unter Anlage 1.4 Abschnitt B beschriebenen Dateien zur Weiterleitung an das Bundesversicherungsamt (BVA)

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

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

Unter Teil II werden die von den Krankenkassen und dem GKV-SV zu berechnenden Kennzahlen beschrieben. Die 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.

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

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

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

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

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

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

Die unter Teil I stehenden Prüfungen führen dazu, dass bei Auffälligkeiten die entsprechenden Datensätze nicht weitergeleitet werden. Der Datenabsender

wird über die nicht weitergeleiteten Datensätze vom GKV-Spitzenverband informiert.

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 1898 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ oder „2“ 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 2013 oder im Berichtsjahr 2014 älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2013 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 31 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2014 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 59 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

m) Prüfung Versichertentage / Tage mit Erwerbsminderung

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

n) Extrakorporale Blutreinigung

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

o) Verstorben

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

p) DMP-Tage

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

q) Kennzeichen Alters- / Geschlechtswechsel

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

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

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

r) RSA-Clearingkennzeichen

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

s) RSA-Clearingkennzeichen / Versichertentage

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

t) Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum

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

u) Datenfeld 20:

Das Feld darf nur den Wert „99999“ enthalten.

v) Datenfeld 21:

Das Feld darf nur den Wert „999“ enthalten.

2. Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten

a) Eindeutigkeit der Pseudonyme

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

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

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

c) Betriebsnummer

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

d) KV-Nr-Kennzeichen

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

e) Bildung des Pseudonyms

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

f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1898 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

g) Geschlecht

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

h) Versichertentage

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

i) Versichertentage / Versichertentage Ausland

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

j) Versichertentage / Tage mit Krankengeldanspruch

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

k) Versichertentage / Tage mit Kostenerstattung

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

l) Prüfung Erwerbsminderung

EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die im Berichtsjahr 2013 oder im Berichtsjahr 2014 älter als 66 Jahre alt sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2013 maximal 31 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2014 maximal 59 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) Datenfeld 20:

Das Feld darf nur den Wert „99999“ annehmen.

v) Datenfeld 21:

Das Feld darf nur den Wert „999“ enthalten.

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 1898 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“ oder „3“ annehmen.
Der Wert „3“ ist erstmalig ab dem Meldejahr 2016 zulässig.

h) Versichertentage

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

i) Verstorben

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

j) Kennzeichen letzter Tag des Berichtszeitraums

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

k) Versichertentage mit Krankengeldanspruch:

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

l) Prüfung Erwerbsminderung

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

Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2015 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 90 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

m) Erwerbsminderung

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

n) DMP-Tage

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

4. Satzart 400 – Arzneimitteldaten –

a) Betriebsnummer

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

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

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

c) Versichertenpseudonym

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

d) Verordnungsdatum

Das angegebene Datum muss aus dem jeweiligen Berichtsjahr stammen.

e) Angaben zu Feld „Anzahl Einheiten oder Faktor“

Der Wert muss größer „0“ sein.

5. Satzart 500 – Diagnosen der stationären Behandlung –

a) Betriebsnummer

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

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

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

c) Versichertenpseudonym

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

d) Entlassungsmonat

Der angegebene Monat muss aus dem jeweiligen Berichtsjahr stammen.

e) Fallzähler

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

f) Diagnose, kodiert

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

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

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

g) Lokalisation

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

h) Art der Diagnose

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

i) Art der Behandlung

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

6. Satzart 600 – Diagnosen der ambulanten Behandlung –

a) Betriebsnummer

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

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

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

c) Versichertenpseudonym

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

d) Leistungsquartal

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

e) Diagnose, kodiert

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A – Z) enthalten. Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.

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

f) Qualifizierung

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

g) Lokalisation

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

h) Abrechnungsweg

Der Feldinhalt darf bei Korrekturmeldungen bis zum Berichtsjahr 2013 nur die Werte „1“, „2“ oder „3“ annehmen. Ab dem Berichtsjahr 2014 ist der Wert „9“ zu melden.

7. Satzart 700 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben –

a) Betriebsnummer

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

b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

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

c) Versichertenpseudonym

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

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

d) Unplausible Krankengeldleistungen in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

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

Teil II: Kennzahlen

1. Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten –

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

a) 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 des Berichtsjahres 2014 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl der KM1/13 aus dem Berichtsjahr 2013 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR-KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR-SA100“ gebildet, indem die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 100 des Berichtsjahres 2014 durch die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 100 der Korrekturmeldung 2013 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR-SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

Die Summen der Versichertenjahre der Satzart 100 Datenmeldungen ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes geteilt werden.

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR-SA100“ vom Wert „VR-KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls ± 1 , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

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

Es wird die Veränderungsrate „VR-KM1“ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus KM1/13 des Berichtsjahres 2013 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenzahl der KM1/13 aus dem Berichtsjahr 2012 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR-KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR-SA100“ gebildet, indem die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 100 Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2013 durch die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 110 der Korrekturmeldung 2012 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate

VR_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

Die Summen der 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.

Die beiden Veränderungsrate werden zueinander in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR-SA100“ vom Wert „VR-KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls ± 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 2014 gegenüber der Satzart 100 Korrekturmeldung 2013 bzw. der Satzart 111 des Berichtsjahres 2014:

Veränderungsrate des Teilbereiches:	zulässige Abweichung**
b1) Versichertentage *	$\pm 1\%$
b2) EMR-Tage *	$\pm 6\%$
b3) Extrakorporale Blutreinigung	nicht definiert
b4) Verstorben *	$\pm 5\%$
b5) DMP-Tage *	$\pm 6\%$
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 *	$\pm 1\%$

b10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer *	nicht definiert
b11) Anzahl der Datensätze *	± 5%

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

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

c) Veränderungsrate der Korrekturmeldung 2013 gegenüber der Satzart 110 des Berichtsjahres 2013 bzw. der Erstmeldung der Satzart 100 des Berichtsjahres 2013

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

Veränderungsrate des Teilbereiches:	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

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

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 Be-

richtszeitraums). 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“.

Die Kennzahl gilt als plausibel, sofern ihr Wert nicht mehr als 2% vom Wert 100 abweicht.

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

Es wird für jede Krankenkasse, die in der Satzart 100 Erstmeldung von der optionalen Meldung des Kennzeichen 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.

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

f) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

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

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 100-Datenmeldung (Erstmeldung und Korrekturmeldung) des aktuellen Schlüsseljahres mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 100-Erstmeldung des vorangegangenen Schlüsseljahres verglichen werden. Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-

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

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

2. Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten

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

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

In den nachstehenden Berechnungen werden Veränderungsrate 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 2014 gegenüber der

Erstmeldung 2014 der Satzart 100:

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

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

b) Veränderungsrate der Satzart 110 des Berichtsjahres 2013 gegenüber der Korrekturmeldung 2013 der Satzart 100:

Veränderungsrate des Teilbereiches:	zulässige Abweichung
b1) Versichertentage	± 1%
b 2) EMR-Tage	± 6%
b 3) Extrakorporale Blutreinigung	Keine Prüfung
b 4) Verstorben	± 4%
b 5) DMP-Tage	± 5%
b 6) Versichertentage Ausland	± 5%
b 7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13	± 5%
b 8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53	± 5%
b 9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch	± 2%
b 10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer	Nicht definiert
b 11) Anzahl der Datensätze	± 5%

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

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

Es wird für jede Krankenkasse, die in der Satzart 110 Datenmeldung von der optionalen Meldung des Kennzeichen 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.

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

d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

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

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

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

d.2) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2013) ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Ebenfalls wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2014) 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 2014)	Satzart 111 Berichtsjahr 2014	b1, b2, b4, b5, b9, b10, b11
		Satzart 100 Korrekturmeldung 2013	b3, b6, b7, b8
1c)	Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten (Korrekturmeldung 2013)	Satzart 110 Berichtsjahr 2013	c1, c2, c4, c5, c6, c7, c8, c9, c10, c11
		Satzart 100 Erstmeldung 2013	c3
2a)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2014)	Satzart 100 Erstmeldung 2014	a1 bis a11
2b)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2013)	Satzart 100 Korrekturmeldung 2013	b1 bis b11

3. Satzart 111 – Versichertenstammdaten – Abschlagsverfahren –

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

Es wird die Veränderungsrate „VR-KM1“ gebildet, indem die halbjahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus der KM1 des 1. Halbjahres 2015 durch die halbjahresdurchschnittliche Versichertenzahl aus der KM1 des 1. Halbjahres 2014 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR-KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR-SA111“ gebildet, indem die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2015 durch die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2014 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR_SA111 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

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

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR-SA111“ vom Wert „VR-KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls ± 1 , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

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

Es wird die Veränderungsrate „VR-KM1“ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus KM1/13 des Berichtsjahres 2015 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl des Berichtsjahres 2014 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR-KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR-SA111“ gebildet, indem die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2015 durch die Summe der Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2014 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR-SA111 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

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

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR-SA111“ vom Wert „VR-KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls ± 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“).

Die Kennzahl gilt als plausibel, sofern ihr Wert nicht mehr als 2% vom Wert 100 abweicht.

d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

d1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

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

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

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

4. Satzart 400: – Arzneimitteldaten –

a) Anzahl der Monate je Datenmeldung:

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

b) Anzahl Datensätze je Monat:

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

Aus den gewichteten Werten (b_iFW_i) wird das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet. Zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze wird das Intervall „arithmetische Mittel \pm doppelte Standardabweichung“ gebildet. Liegt der beobachtete monatliche Wert b_i außerhalb des ermittelten Intervalls, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

Faktor für Werktage:

Berechnet werden die Werktage des jeweiligen Monats im Berichtsjahr (AT_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.

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

Faktoren für Werktage:

Monat	Werk- tage 2013	Faktor Werk- tage 2013	Werk- tage 2014	Faktor Werk- tage 2014
Januar	26	1,02631579	26	1,02631579
Februar	24	0,94736842	24	0,94736842
März	25	0,98684211	26	1,02631579
April	25	0,98684211	24	0,94736842
Mai	24	0,94736842	25	0,98684211
Juni	25	0,98684211	24	0,94736842
Juli	27	1,06578947	27	1,06578947
August	27	1,06578947	26	1,02631579
September	25	0,98684211	26	1,02631579
Oktober	26	1,02631579	26	1,02631579
November	26	1,02631579	25	0,98684211
Dezember	24	0,94736842	25	0,98684211

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. Übersteigt diese Veränderungsrate $\pm 10\%$, 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. Übersteigt diese Veränderungsrate $\pm 10\%$, 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“
2. der Anteil „Anzahl Datensätze der Korrekturmeldung an „Anzahl Datensätze der Erstmeldung“

Die beiden Anteilswerte werden in Beziehung gesetzt, indem der Quotient „Anteil Einheiten“ an „Anteil Datensätze“ gebildet wird. Übersteigt der Quotient in einem Monat den Wert 1 um $\pm 10\%$, 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“

2. der Anteil „Anzahl Datensätze der Erstmeldung an „Anzahl Datensätze der Korrekturmeldung“.

Die beiden Anteilswerte werden in Beziehung gesetzt, indem der Quotient „Anzahl Einheiten“ an „Anzahl Datensätze“ gebildet wird. Übersteigt der Quotient in einem Monat den Wert 1 um $\pm 20\%$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

5. Satzart 500: – Diagnosen der stationären Behandlung –

a) Anzahl der Monate je Datenmeldung:

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

b) Anzahl Datensätze je Monat:

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

Aus den gewichteten Beobachtungen (b_iFW_i) wird das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet. Zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze wird das Intervall „arithmetische Mittel \pm doppelte Standardabweichung“ gebildet. Liegt der beobachtete monatliche Wert b_i außerhalb des ermittelten Intervalls, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

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

derung 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. Übersteigt diese Veränderungsrate $\pm 10\%$, gilt die Datenmeldung 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. Übersteigt diese Veränderungsrate $\pm 10\%$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

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

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

Erfolgt die Behandlung vollstationär (Behandlungskennzeichen = 1), dann liegt das gültige Intervall zwischen -10% und $+10\%$.

Erfolgt die Behandlung teilstationär oder als ambulante OP (Behandlungskennzeichen = 2 oder 3), dann liegt das gültige Intervall zwischen -30% und $+30\%$.

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

Das Behandlungskennzeichen 0 wird in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

f) Veränderungsrate der durchschnittlichen Diagnoseanzahl je Pseudonym in der Satzart 500 (Erstmeldung 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 der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ in der Satzart 500 Erstmeldung zu erhalten.

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 der gleichen Korrekturmeldung geteilt wird.

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.

Für die Behandlungsart „vollstationär“ (Behandlungskennzeichen = 1) liegt das gültige Intervall zwischen -15% und +15%.

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

Werte, die für die Behandlungskennzeichen 2 oder 3 (teilstationär oder als ambulante OP) außerhalb eines Intervalls von -30% und +30% liegen, werden mit einem Hinweis ausgegeben und brauchen nicht gegenüber dem GKV-Spitzenverband begründet werden.

Das Behandlungskennzeichen 0 wird in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

6. Satzart 600: – Diagnosen der ambulanten Behandlung –

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.

Weicht der Anteil der Diagnosen je Quartal um $\pm 10\%$ von dem Anteilswert 0,25 ab, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

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

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

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

Ab der Erstmeldung 2014 entfällt die Differenzierung nach Abrechnungsweg.

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (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. Übersteigt diese Veränderungsrate $\pm 10\%$, gilt

die Datenmeldung als unplausibel.

d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (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. Übersteigt diese Veränderungsrate $\pm 10\%$, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

e) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (Korrekturmeldung der Satzart 600) differenziert nach Abrechnungsquartal und Abrechnungsweg

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

Für diese Prüfung sind nur Datensätze mit Qualifikationskennzeichen „G“ oder „0“ zu verwenden.

Zur Überprüfung der Kennzahlen für den Abrechnungsweg 1, liegt das gültige Intervall zwischen -10% und $+10\%$.

Zur Überprüfung der Kennzahlen für die Abrechnungswege 2 und 3, liegen die gültigen Intervalle zwischen -30% und $+30\%$.

Im Falle von Unplausibilitäten der Abrechnungswege 1 und 2 teilt die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband die Gründe dafür mit. Auffälligkeiten des Abrechnungsweges 3 werden mit einem Hinweis ausgewiesen.

f) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (Erstmeldung der Satzart 600) nach

Abrechnungsquartal

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

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

Zur Überprüfung der Kennzahl liegt das gültige Intervall zwischen -30% und +30%.

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

7. Satzart 700 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben –

a) Datenfelder 5–18 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 700 gemeldeten Leistungsausgaben wird die Summe aller Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich gebildet und mit den Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich in der Satzart 701 verglichen. Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 700 in einem Hauptleistungsbereich an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote je Hauptleistungsbereich“. Der zulässige Korridor zur Feststellung der Plausibilität beträgt je Hauptleistungsbe-
reich 80 % bis 120 % vom KJ 1 -Wert. Sofern eine Krankenkasse diesen Wert unter- bzw. überschreitet, hat diese ihre Abweichung gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen, oder innerhalb der geltenden Meldefrist eine berichtigte Datenmeldung abzugeben.

b) Prozentualer Anteil Datensätze der Satzart 700 an Satzart 100

Es wird der Anteil Datensätze an der Satzart 100 des gleichen Berichtsjahres berechnet. Der Anteil muss 1 sein. Ist der Anteil ungleich 1, ist die Datenmel-

dung unplausibel.

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

Auf der Ebene der Kassenarten und Einzelkassen werden nach Alter und Geschlecht differenzierte Überprüfungen der Ausgabenprofile in den Hauptleistungsbereichen und für die Summe aller Hauptleistungsbereiche vorgenommen. Hierzu werden pro Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) die Leistungsausgaben durch die Versicherungszeiten der Versicherten (SA100) dividiert.

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

d) Versicherte ohne Leistungsausgaben

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

In der aktuellen Datenmeldung der Satzart 700 und der Datenmeldung der Satzart 700 des Vorjahres wird dazu jeweils die Anzahl der Versicherten mit Leistungsausgaben ≤ 0 durch die Anzahl der Versichertender Satzart 700 geteilt und mit 100 multipliziert. 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 über dem Wert ± 3 , überprüft die Krankenkasse Ihre Datenmeldung und begründet die Auffälligkeit gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

Teil III: Prüfungen, die vom BVA durchgeführt werden

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

<http://www.bva.de/>

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

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

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

A. Allgemeine Erläuterungen

1. Gültigkeit:

Diese Version der Anlage 2.1 ist gültig für das Schlüsseljahr 2015/2016

2. Erhebungszeitpunkte:

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

Die Satzart 701 wird vom GKV-Spitzenverband ermittelt und an das Bundesversicherungsamt (BVA) weitergeleitet.

3. Vorlagetermine:

Der GKV-Spitzenverband führt die nach dieser Bestimmung festgelegten Plausibilitätsprüfungen durch. Sollten Krankenkassen darüber hinaus von der Möglichkeit Gebrauch machen, von den bisherigen Spitzenverbänden (Kassenorganisationen) Plausibilitätsprüfungen in einem erweiterten Umfang durchführen zu lassen, können die Krankenkassen ihre Datenmeldungen gemäß der Anlage 1.4 dieser Bestimmung an ihre jeweiligen Kassenorganisationen zu den dort genannten Terminen übermitteln. Eine tabellarische Übersicht der Termine befindet sich am Ende dieser Anlage.

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

Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung der Daten

übermittelt der GKV-Spitzenverband die Daten an das BVA zu den genannten Meldeterminen nach Anlage 1.4.

Die jeweilige Kassenorganisation legt dem GKV-Spitzenverband jährlich eine entsprechende Auflistung der Krankenkassen vor, die über sie (die Kassenorganisation) melden wollen. Die Auflistung ist erstmalig bis zum 31. Januar 2010 an rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de im CSV-Format (Feldtrenner = Semikolon) zu übermitteln.

4. Verpflichtung zur Meldung:

Die Daten, die an den GKV-Spitzenverband gemeldet werden, sind im Format und dem gültigen Fusionsstand der Anlage 1.4 dieser Bestimmung zu übermitteln.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten

1. für die Versichertenstammdaten
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 8 bis 9 und 11
sowie § 38 RSAV) = die Satzart 100,
2. für Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
nach § 30 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 RSAV = die Satzart 110,
3. für die Versichertenstammdaten (monatl. Abschlagverfahren)
(§ 32 Abs. 1 RSAV) = die Satzart 111,
4. für die Daten der Arzneimittelversorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 RSAV) = die Satzart 400,
5. für die Diagnosen der Krankenhausversorgung

- (§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 RSAV) = die Satzart 500,
6. für die Diagnosen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 600,
7. für die Prozeduren und Operationen der ambulanten ärztlichen Versorgung
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 RSAV) = die Satzart 610,
8. für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben
(§ 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 RSAV) = die Satzart 700.

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 Nachlausatz, unabhängig von der Anzahl übermittelter Krankenkassen innerhalb der Datei.

Datenübermittlung:

Die Lieferung aller Datenmeldungen nach Anlage 1.4 hat 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#7Schlüssel des GKV-Spitzenverbandes zu verschlüsseln.

Die Segmentierung als technische Aufteilung von großen Dateien ist zwischen Datenlieferanten und Datenempfängern bilateral zu vereinbaren. Ist sie vereinbart, so ist eine zu übertragende Nutzdatendatei auf maximal 1 GB große Einzeldateien (Dateisegmente) aufzuteilen. Jede einzelne Datei kann anschließend ggf. komprimiert sowie danach verschlüsselt werden.

Die Einzeldateien (Dateisegmente) stellen für den Transport die Nutzdaten dar. Zu jedem Dateisegment muss deshalb eine Auftragsdatei erstellt werden.

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

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

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

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

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

Die Datenmeldungen der Krankenkassen sind pro Betriebsnummer und Satzart in jeweils einer eigenen Weiterleitungsdatei an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Davon abweichend können, bei der Erstübermittlung durch eine Kassenorganisation, die einzelnen Datenmeldungen der Krankenkassen auch in einer physischen Datei zusammengefasst werden. Alle nachfolgenden Lieferungen (Berichtigungslieferungen) sind in jeweils einer eigenen Weiterleitungsdatei pro Krankenkasse zu übermitteln.

Aufbau des Datensatzes der Krankenkassenliste

Feld-Nr.	Feld	Stellen Feldtrenner	Stellen	Feldeigenschaft
1	Satzart	Semikolon	3	alphanumerisch: 100 = Satzart 100 110 = Satzart 110 111 = Satzart 111 400 = Satzart 400 500 = Satzart 500 600 = Satzart 600 610 = Satzart 610 700 = Satzart 700
2	Betriebsnummer	Semikolon	8	numerisch
3	Name der Krankenkasse	Semikolon	30	alphanumerisch
4	Betriebsnummer des Datenlieferanten	Semikolon	8	numerisch

Dateinamen der CSV-Datei:

Absender	Dateiname
AOK-Bundesverband	AOK_####_RSA_BBNR
BKK Bundesverband	BKK_####_RSA_BBNR
IKK Bundesverband	IKK_####_RSA_BBNR
Knappschaft-Bahn-See	KBS_####_RSA_BBNR
vdek	VDEK_####_RSA_BBNR

Tabellarische Übersicht der Meldetermine für die Datenerhebung zur Durchführung und Weiterentwicklung des RSA nach § 30 RSAV des Schlüsseljahres 2015/2016:

Satzart	Erhebung	Abgabe an GKV-SV	Abgabe an BVA
100	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
400	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
500	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
600	Korrekturmeldung	31.5.	15.6.
701	Jahresausgleich		30.6.
100	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
400	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
500	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
600	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
700	Jahresausgleich	31.7.	15.8.
111	2. Strukturanpassung (Jan-Jun)	15.8.	31.8.
111	1. + 3. Strukturanpassung (Jan-Dez)	15.2.	28.2.
110	Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten 2013	31.3.	15.4.
110	Korrekturmeldungen der Versichertenstammdaten 2014	31.3.	15.4.

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

Anlage 3.1 Meldeverfahren zu § 43 RSAV

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 3.1 ist gültig ab dem 01.01.2015.

1. Erhebungszeitpunkte

Der GKV-Spitzenverband ermittelt die Daten zur Durchführung des Einkommensausgleiches nach § 43 Abs. 2 und 3 RSAV (Satzart 820) monatlich bis zum 05. des jeweiligen Meldemonats und meldet diese an das Bundesversicherungsamt (BVA)

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

Informationen zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag:

In der Satzart 820 werden die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen zusammengestellt. Als Grundlage dafür dient die „Beitragssatzdatei“ der ITSG (<http://www.gkv-ag.de/Beitragssatzdatei.gkvnet>). Entsprechend der „Spezifikation maschinelle Beitragssatzdatei zum Datenaustausch mit Arbeitgebern“ sind die Krankenkassen verantwortlich für die Pflege, die Aktualität und den Inhalt der Datenbestände (Abschnitt 1.1. der „Spezifikation maschinelle Beitragssatzdatei“ in der jeweils gültigen Version). Für die Erstellung der Satzart 820 verwendet der GKV-Spitzenverband die Angaben der Krankenkassen zu ihrem kassenindividuellen Zusatzbeitrag aus der o.g. Beitragssatzdatei. Für die monatlichen Datenmeldungen ist immer der Beitragssatz zu verwenden, der in dem Monat, für den der Einkommensausgleich durchgeführt wird, gültig ist (Meldemonat). Für die Satzart 820 Datenmeldungen, welche für die Strukturanpassungen (SA) verwendet werden, sind die Beitragssätze der vorangegangenen Monate zu verwenden (1. SA = Monate Januar bis März, 2. SA = Monate Januar bis September, 3. SA = Monate Januar bis Dezember) und zu melden.

Vor Übermittlung der Datenmeldung der Satzart 820 an das BVA bekommt die Krankenkasse Gelegenheit zum Abgleich der zu verwendenden Beitragssatzinformationen. Diese Informationen werden am viertletzten Werktag des Vormonats zum Meldemonat automa-

tisiert an die Krankenkassen über den RSA-Email-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 KM 1:

Zur Erstellung der Satzart 820 verwendet der GKV-Spitzenverband die amtlichen Zahlen aus der KM 1-Statistik. Für die monatlich zu ermittelnde Satzart 820 werden die Angaben der KM 1-Statistik aus dem Vormonat des Meldemonats verwendet. Für die Erstellung der Satzart 820 zu den Strukturanpassungen werden die KM1-Mitgliedszahlen der zurückliegenden Monate verwendet.

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

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

Eine gesonderte Plausibilisierung der Satzart 820 erfolgt nicht.

3. Verpflichtung zur Meldung

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

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gilt folgende Satzart

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

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

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

Die Mitgliederzahlen werden aus der amtlichen KM1-Statistik übernommen.

– Meldung nach § 43 RSAV –

1. Datenmeldung zum Einkommensausgleich (Satzart 820)

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

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

Vorbemerkung:

Es wird je Monat ein Datensatz geliefert.

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart "820" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Meldemonat)

Es sind alle sechs Stellen des Meldemonats im Format „JJJJMM“ anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

Die Meldung der Mitgliederzahl für das monatliche Ausgleichsverfahren erfolgt auf dem Fusionsstand des Berichtsmonats KM1.

Die Datenmeldungen für die Strukturanpassungen erfolgen auf dem Fusionsstand zu dem eine Krankenkasse im Berichtsmonats der KM1 bestand.

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

d) Zu Datenfeld 4 (Erhebungsart)

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

21 = 1. Strukturanpassung,

22 = 2. Strukturanpassung,

23 = 3. Strukturanpassung.

e) Zu Datenfeld 5 (Berichtsmonat KM 1)

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

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

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

f) Zu Datenfeld 6 (Mitglieder KM 1)

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

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

g) Zu Datenfeld 7 (Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse)

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

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

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

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

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

Aufbau des Vorlaufsatzes

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚VOSZ‘ als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	820
3	Meldemonat	8	13	6	numerisch	JJJJMM
4	Dateibezeichnung	14	20	7	alphanumerisch	Stelle 14–17 EAUS Stelle 18–19 Erhebungs- art (01 bis 12 monatliche Lieferungen, 21 bis 23 Strukturanpassungen) Stelle 20–20 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtungsmel- dung usw.
5	Erstellungsdatum	21	28	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	29	36	8	numerisch	Betriebsnummer des Ab- senders ist einzutragen

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

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

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 820

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	Bis	Stellen		
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	820 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Meldemonat	8	13	6	numerisch	JJJJMM
4	Anzahl der Datensätze	14	22	9	numerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart
5	Prüfsumme	23	31	9	numerisch	Summe des letzten Datenfeldes über alle Datensätze in der jeweiligen Satzart.

3. Datenübermittlung:

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BVA zur Abholung bereitgestellt. Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-

Mail an die E-Mail-Adresse: Referat_312@bva.de.

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

Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit:

Mail: rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de

Anlage 5.1 Meldung der Postleitzahl an das DIMDI

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 5.1 ist gültig ab dem 01.01.2016.

1. Erhebungszeitpunkte

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

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

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

2. Vorlagetermine und Besonderheiten

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

Es erfolgt ein Abgleich der Pseudonyme der Satzart 130 mit der entsprechenden Satzart 110. Eine gesonderte inhaltliche Plausibilisierung der Satzart 130 erfolgt nicht. Die Datenmeldungen werden auf formal-technische Kriterien geprüft. Aufgrund der Dateiverschlüsselung ist eine Überprüfung der Satzart 131 nicht möglich.

3. Verschlüsselung der Postleitzahl

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

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

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

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

Aus der Vorgabe, einerseits Regionalkennzeichen ausschließlich dem DIMDI zugänglich zu machen und andererseits mit den Versichertenpseudonymen zu verknüpfen, die dem BVA ebenfalls zugänglich sein müssen, sowie der verwendenden Sicherheitsverfahren, ergeben sich Auswirkungen auf den

¹ Die jeweils gültige Version der Security-Schnittstelle für das Gesundheits- und Sozialwesen wird veröffentlicht unter http://www.gkv-datenaustausch.de/standards_und_normen/sicherheitsverfahren/sicherheitsverfahren.jsp

Dateiaufbau und den Datenfluss. Diese werden im Abschnitt 4 näher beschrieben.

4. Datenübermittlung

4.1 Aufbau der Datenlieferungen

Auf Grund der eingesetzten Verschlüsselung auf Datei-Ebene und den gesetzlichen Vorgaben gemäß § 303b Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V ergibt sich die Notwendigkeit, die Pseudonym-Daten in einer separaten Datei zu den Postleitzahl-Daten zu versenden. Daraus resultiert, dass Datenlieferungen stets aus zwei Dateien bestehen:

Datei	verarbeitende Stelle	Inhalt
Pseudonym-Datei (Satzart 130)	BVA	<ul style="list-style-type: none">• administrative Daten• Versichertenpseudonyme• Verknüpfungsmerkmal
PLZ-Datei (Satzart 131)	DIMDI	<ul style="list-style-type: none">• administrative Daten• Regionalkennzeichen (PLZ)• Verknüpfungsmerkmal

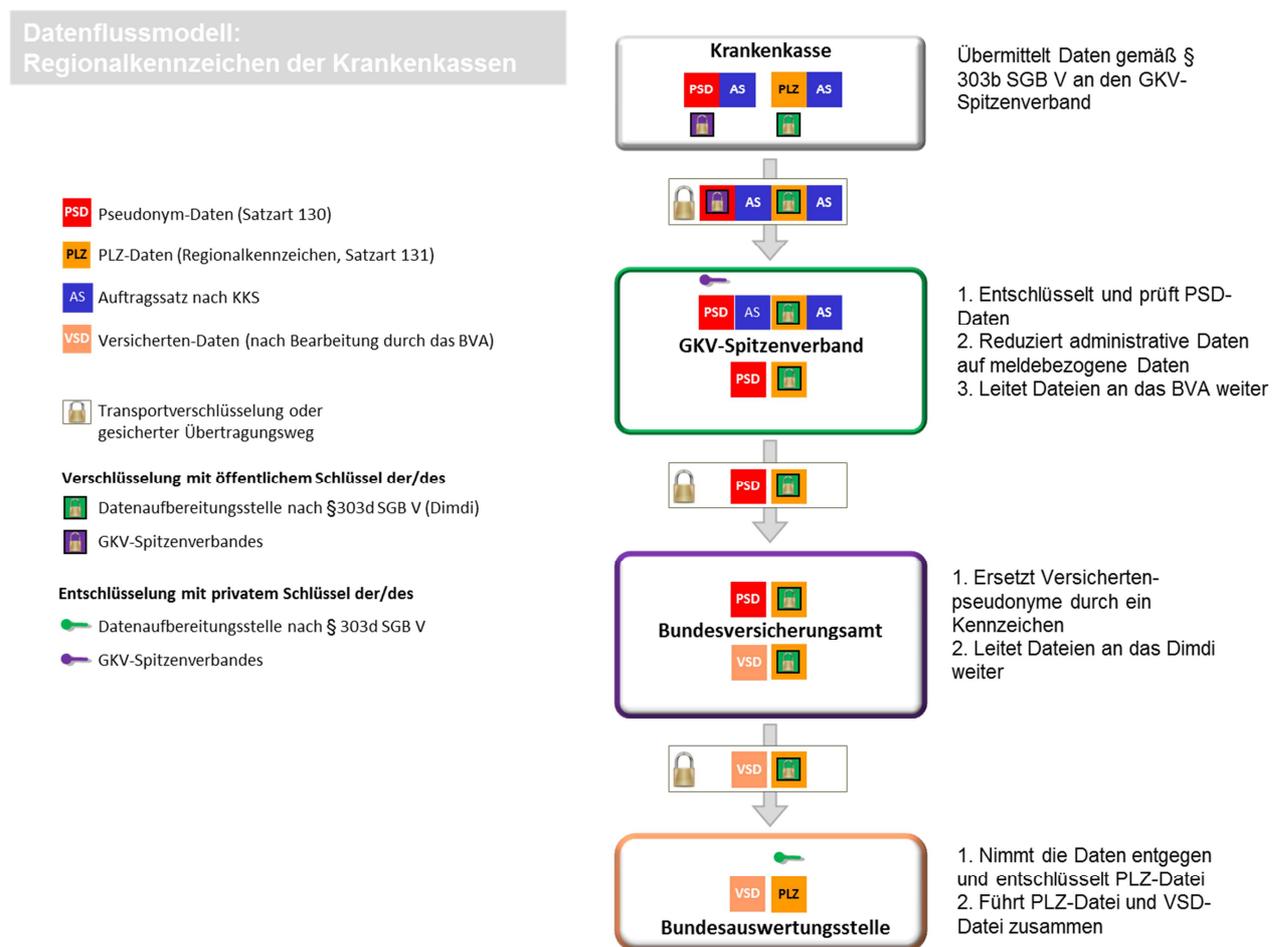
Die beiden Dateien müssen durch entsprechende Angaben innerhalb des Vorlaufsatzes (administrative Daten) und des Auftragsatzes gemäß Krankenkassen-Kommunikationssystem (KKS)² bzw. durch eine entsprechende Dateinamensgebung einander eindeutig zugeordnet werden können. Nähere Erläuterungen dazu werden in den folgenden Abschnitten getroffen.

Weiterhin ist sicherzustellen, dass für jedes in der Pseudonym-Datei (Satzart 130) enthaltene Versichertenpseudonym genau ein Eintrag in der PLZ-Datei

² Die jeweils aktuellen Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen, befinden sich unter http://www.gkv-datenaustausch.de/standards_und_normen/richtlinien_fuer_den_datenaustausch_kks/richtlinien_fuer_den_datenaustausch_kks.jsp

(Satzart 131) enthalten ist, und dass diese beiden Einträge über die gleiche laufende Nummer verknüpft werden können. Die Satzart 131 enthält dabei genauso viele Einträge wie die Satzart 130, so dass zwischen den Einträgen beider Dateien eine 1:1-Beziehung besteht. Dazu wird jeder Datensatz in der Pseudonym-Datei und der dazugehörige Datensatz in der PLZ-Datei mit einer laufenden Nummer (von „1“ bis „n“) gekennzeichnet. Bei „n“ verschiedenen Pseudonymen enthält die Satzart 130 „n“ Einträge und die zugeordnete laufende Nummer und die Satzart 131 enthält ebenfalls „n“ Einträge und die gleiche laufende Nummer, über welche die beiden Dateien miteinander verknüpfbar sind.

Einhergehend mit folgendem Datenfluss-Modell werden Maßnahmen zur Verschlüsselung der Datendateien und des Datentransports getroffen.³



³ Die Möglichkeit nach § 80 Abs. 1 und 2 SGB X die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten im Auftrag durchzuführen ist davon unbenommen. Die in Anlage 2.1 der Bestimmung nach § 267 SGB V getroffenen Regelungen sind für das Verfahren anzuwenden.

4.2 Datenübermittlung der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband

Zur Datenübertragung zwischen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband wird das Krankenkassenkommunikationssystem (KKS) verwendet, ein bei allen gesetzlichen Krankenkassen vorhandener Standard, der die gesetzlichen Vorgaben zur Sicherheit und Datenschutz erfüllt.

4.2.1 Dateinamen

Da der GKV-Spitzenverband die administrativen Daten der verschlüsselten PLZ-Datei nicht einsehen kann, muss mit den Mitteln des KKS ein eindeutiger Bezug der PLZ-Datei zur jeweiligen Pseudonym-Datei hergestellt werden. Hierfür ist das Feld „Dateiname“ des Auftragsatzes der KKS-Übertragung zu verwenden.

4.2.1.1 Physische Dateinamen

Gemäß den Richtlinien des KKS wird der 8-stellige Transferdateiname für die Übertragung nach folgendem Schema gebildet:

<[E/T]><XXXX><999>

<[E/T]>: Echtdaten (E) oder Testdaten (T)

<XXXX>: 4-stellige KKS-Verfahrenskennung, hier „MRS0“

<999>: 3-stellige laufende Nummer

Die zusätzliche Kennung im Feld VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION

lautet: MR130 für die Pseudonym-Datei (Satzart 130)

MR131 für die PLZ-Datei (Satzart131)

Der Name der zugehörigen Auftragsatzdatei wird aus dem Dateinamen der Transferdatei und dem Zusatz „AUF“ gebildet.

4.2.1.2 Logische Dateinamen

Damit der GKV-Spitzenverband bei der Datenannahme die jeweils zusammengehörenden Pseudonym- und PLZ-Dateien erkennen kann, ist eine eindeutige Kennzeichnung erforderlich. Da die PLZ-Datei für den GKV-Spitzenverband nicht einsehbar ist, wird das 11-stellige Feld „DATEINAME“ des gemäß KKS zu übertragenden Auftragsatzes für die Zuordnung verwendet.

Dabei gilt das folgende Schema:

<[P/R]><99999999><99>

Erläuterung der Dateinamensbausteine:

<[P/R]>: Kennzeichen der Satzart: „P“ = Pseudonym-Datei (Satzart 130); „R“ = PLZ-Datei (Satzart 131)

<99999999>: 8-stellige Betriebsnummer der Krankenkasse

<99>: 2-stellige laufende Nummer der Datenlieferung je Meldejahr, ggf. mit führender Null

Die beiden zusammengehörigen Dateien erhalten die gleiche Betriebsnummer und die gleiche laufende Nummer. Sie unterscheiden sich lediglich durch die Kennung der Satzart.

Beispiel:

Pseudonym-Datei: P1234567801

PLZ-Datei: R1234567801

4.2.2 Dateiverschlüsselung

Die Pseudonym-Datei enthält die versichertenidentifizierenden Daten und wird von den Krankenkassen vor dem Versand mit dem öffentlichen Schlüssel des GKV-Spitzenverbandes verschlüsselt. Die PLZ-Datei enthält die Regionalkennzeichen und wird von den Krankenkassen mit dem öffentlichen Schlüssel des DIMDI verschlüsselt. Die beiden Dateien sind also für unterschiedliche Empfänger bestimmt und können nur von diesen eingesehen und bearbeitet werden: Der GKV-Spitzenverband ist in der Lage,

die Pseudonym-Datei zu entschlüsseln und die erforderlichen Prüfungen vorzunehmen, die PLZ-Datei kann nur vom DIMDI entschlüsselt werden.

Datei	Zu verwendender Schlüssel
Pseudonym-Datei (Satzart 130)	Öffentlicher Schlüssel des GKV- Spitzenverbandes
PLZ-Datei (Satzart 131)	Öffentlicher Schlüssel des DIMDI

Die Nutzendateien (Satzarten 130 / 131) sind gemäß der Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen (SECON) nach dem Standard PKCS#7 zu verschlüsseln und zu signieren.

4.3 Datenübermittlung des GKV-Spitzenverbandes an das BVA

4.3.1 Datenbereitstellung

Die Daten werden vom GKV-Spitzenverband auf einem sFTP-Server für das BVA zur Abholung bereitgestellt. Über die Bereitstellung informiert der GKV-Spitzenverband per E-Mail an die Adresse: Referat_312@bva.de. Für Rückfragen zu Datenmeldungen dieser Anlage besteht folgende Kontaktmöglichkeit per Mail: rsa-verfahren@gkv-spitzenverband.de

4.3.2 Dateinamen

Die Weiterleitungsdateien werden pro Krankenkasse bereitgestellt. Der Dateiname einer Weiterleitungsdatei setzt sich aus Satzart, Meldejahr, Betriebsnummer, einer laufenden Nummer pro Berichtigungsmeldung (4-stellig), sowie einem Zeitstempel zusammen.

Beispiel: 130201612345678000120160314111111 (Pseudonym-Datei)
1312016123456780001201603141111112 (PLZ-Datei)

5. Verpflichtung zur Meldung

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

6. Dateibeschreibung:

Die Daten der Satzarten 130 und 131 sind je Krankenkasse in jeweils einer logischen Datei zu liefern.

Zur Prüfung der Vollständigkeit und Feststellung der Zuordnung der Daten, muss jede logische Datei aus
einem Vorlaufsatz
einer „n“-fachen Anzahl von Datensätzen einer Satzart
einem Nachlaufsatz
bestehen.

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

7. Satzbeschreibungen

7.1 Datensatz für die Meldung des Versichertenpseudonyms (Satzart 130)

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „130“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	laufende Nummer	16	23	8	numerisch	Laufende Nummer zur Zuordnung von PLZ und Pseudonym durch das DIMDI
5	Versichertenpseudonym	24	61	38	alphanumerisch	Vergabe erfolgt durch die Krankenkasse

Datensatzerläuterung zur Meldung des Versichertenpseudonyms (Satzart 130)

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Meldung der Versichertenpseudonyme ist die Satzart „130“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (laufende Nummer)

Zu jedem Versichertenpseudonym ist genau eine laufende Nummer zu vergeben. Diese laufende Nummer stellt den Bezug her zu genau einem Eintrag in der Satzart 131 und somit dem Regionalkennzeichen des Pseudonyms. Die Zählung beginnt in jeder Datenlieferung bei „1“ und endet bei „n“ (wobei „n“ = die Anzahl der Versichertenpseudonyme ist). Diese laufende Nummer ist sowohl im Datensatz zur Satzart 130 mit dem dazugehörigen Versichertenpseudonym als auch im Datensatz zur Satzart 131 mit dem dazugehörigen Regionalkennzeichen zu übermitteln. Dadurch wird die spätere Zusammenführung der Daten aus beiden Satzarten an Hand der laufenden Nummer ermöglicht.

e) Zu Datenfeld 5 (Versichertenpseudonym)

Für jeden Versicherten wird ein eindeutiges Pseudonym nach dem in Anlage 1.3 beschriebenen Verfahren erzeugt. Dieses Pseudonym

entspricht dem Pseudonym, welches in der Satzart 110 für das jüngere Berichtsjahr im Schlüsseljahr gemeldet wird.

7.2 Datensatz für die Meldung der Postleitzahl (Satzart 131)

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „131“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	laufende Nummer	16	23	8	numerisch	Laufende Nummer zur Zuordnung von PLZ und Pseudonym durch das DIMDI
5	Regionalkennzeichen	24	28	5	alphanumerisch	Postleitzahl 00000 = Ausland 99999 = nicht zugeordnet

Datensatzerläuterung für die Meldung der Postleitzahl (Satzart 131)

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Meldung der Regionalkennzeichen ist die Satzart „131“ einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

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

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

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

d) Zu Datenfeld 4 (laufende Nummer)

Zu jedem Versichertenpseudonym der Satzart 130 ist genau eine laufende Nummer zu vergeben. In der Satzart 131 ist unter dieser laufenden Nummer das Regionalkennzeichen des Pseudonyms abzulegen. Die Zählung beginnt in jeder Datenlieferung bei „1“ und endet bei „n“ (wobei „n“ = die Anzahl der Versichertenpseudonyme in der Satzart 130 ist). Diese laufende Nummer ist sowohl im Datensatz zur Satzart 130 mit dem dazugehörigen Versichertenpseudonym als auch im Datensatz zur Satzart 131 mit dem dazugehörigen Regionalkennzeichen zu übermitteln. Dadurch wird die spätere Zusammenführung der Daten aus beiden Satzarten anhand der laufenden Nummer ermöglicht.

e) Zu Datenfeld 5 (Regionalkennzeichen)

Es ist die Postleitzahl des Wohnorts des Versicherten zu melden. Bei der selektierten Postleitzahl handelt es sich um die Postleitzahl, die der Krankenkasse zum Zeitpunkt des Datenabzugs vorliegt. Für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland wird der Wert 00000 gemeldet. Lässt sich ein Versicherter keiner Postleitzahl zuordnen, wird der Wert 99999 vergeben.

7.3 Vorlaufsatz

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

Aufbau des Vorlaufsatzes der Satzarten 130 bzw. 131

Feld- Nr.	Feld	Stellen		Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis			
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚VOSZ‘ als Kennzeichen für Vorlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	130 bzw. 131
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Dateibezeichnung	12	16	5	alphanumerisch	Stelle 12–15 REGK Stelle 16–16 Lieferung: 1 = 1. Lieferung 2 = 1. Berichtigungsmeldung usw.
5	Erstellungsdatum	17	24	8	numerisch	JJJJMMTT
6	Betriebsnummer	25	32	8	numerisch	Betriebsnummer des Absenders ist einzutragen
7	Laufende Nummer	33	37	5	numerisch	Fortlaufende Nummer (beginnend mit 1) pro Dateilieferung je Satzart, Meldejahr und Berichtsjahr innerhalb eines Erhebungszyklus. Das Feld ist mit führenden Nullen auf 5 Stellen aufzufüllen.
8	Dateiname KKS	38	48	11	alphanumerisch	Logischer Dateiname wie im Feld DATEINAME des KKS-Auftragssatzes

7.4 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 130 bzw. 131 überprüft werden können.

Aufbau des Nachlaufsatzes der Satzart 130 bzw. 131

Feld- Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	Bis	Stellen		
1	Konstante	1	4	4	alphanumerisch	‚NCSZ‘ als Kennzeichen für Nachlaufsatz
2	Satzart	5	7	3	numerisch	130 bzw. 131 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart
3	Berichtsjahr	8	11	4	numerisch	JJJJ
4	Anzahl der Datensätze	12	20	9	numerisch	Anzahl der Datensätze in der jeweiligen Satzart