

## Erläuterungen zu den Abkürzungen in den Datenzusammenstellungen der Jahresausgleiche

Weitergehende Informationen inkl. Berechnungsabläufe finden sich in der [Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V](#), die ebenfalls auf unserer Internetseite unter > Risikostrukturausgleich > Rechtsgrundlagen zur Verfügung stehen.

<b>SA 40</b> <b>Satzart 40</b>	Versichertenzeiten in Tagen differenziert nach Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Ost und West
<b>SA 41</b> <b>Satzart 41</b>	Leistungsausgaben der Hauptleistungsbereiche 1 bis 5 (Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Krankenhaus und sonstige Leistungsausgaben) sowie Versichertentage der Stichprobe
<b>SA 42</b> <b>Satzart 42</b>	Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs Krankengeld sowie Krankengeldtage durch Vollerhebung
<b>SA 43</b> <b>Satzart 43</b>	Ausgaben und Erstattungen gemäß der Jahresrechnung (KJ 1) auf Hauptleistungsbereiche aggregiert
<b>DMPG</b>	Disease-Management-Programm-Gruppe: 0 = Nicht DMP (also „Normal“-Versicherter) 1 = DMP Diabetes Typ 2 2 = DMP Brustkrebs 3 = DMP Koronare Herzkrankheiten 4 = DMP Diabetes Typ 1 5 = DMP Asthma bronchiale 6 = DMP COPD
<b>VG 1</b> <b>Versichertengruppe 1</b>	Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach mindesten 6 Wochen
<b>VG 2</b> <b>Versichertengruppe 2</b>	Mitglieder mit erhöhtem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach max. 6 Wochen
<b>VG 3</b> <b>Versichertengruppe 3</b>	Mitglieder und Familienversicherte ohne Anspruch auf Krankengeld mit ermäßigtem Beitragssatz
<b>VG 4</b> <b>Versichertengruppe 4</b>	Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach mindestens 6 Wochen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen
<b>VG 5</b> <b>Versichertengruppe 5</b>	Mitglieder mit erhöhtem Beitragssatz und Krankengeldanspruch nach max. 6 Wochen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen (zusammengefasst mit VG 4)
<b>VG 6</b> <b>Versichertengruppe 6</b>	Mitglieder und Familienversicherte ohne Krankengeldanspruch, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen
<b>VG 7</b> <b>Versichertengruppe 7</b>	Versicherte (Mitglieder und Familienversicherte) ohne Erwerbsminderungsrente (Summe aus VG 1-3)
<b>VG 8</b> <b>Versichertengruppe 8</b>	Versicherte (Mitglieder und Familienversicherte) mit Erwerbsminderungsrente (Summe aus VG 4-6)

<b>KJ 1 Jahresrechnung</b>	Geschäfts- und Rechnungsergebnisse eines Kalenderjahres der Krankenkassen
<b>100 % Wert</b>	durchschnittliche Leistungsausgaben je Versicherten pro Tag
<b>ABS Ausgleichsbedarfssatz</b>	Beitragshöhe, die im Bundesdurchschnitt notwendig wäre, um sämtliche im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller gesetzlichen Krankenkassen zu decken.
<b>VHW Verhältniszerte</b>	Verhältnis der standardisierten Leistungsausgaben pro RSA-Zelle zum Durchschnitt der Gesamtausgaben
<b>sLA standardisierte Leistungsausgaben</b>	durchschnittliche Ausgaben pro Versicherten in einer RSA-Zelle
<b>Stichprobe</b>	In die Stichprobe fallen Versicherte, die an einem - von den Spitzenverbänden festgelegten - Tag - unabhängig vom Jahrgang - geboren sind..
<b>Ost</b>	Rechtskreis Ost: Neue Bundesländer ohne Berlin
<b>West</b>	Rechtskreis West: Alte Bundesländer einschließlich Berlin
<b>Risikopool</b>	Solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle: Übersteigen ab 2002 die Leistungsausgaben für einen Versicherten einen bestimmten Schwellenwert, werden 60 v.H. des übersteigenden Betrages aus dem gemeinsamen Risikopool aller Krankenkassen finanziert.

Stand: 14.03.2006