

Vereinbarung

zwischen

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV - Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V., Siegburg

Bundesknappschaft, Bochum

See-Krankenkasse, Hamburg

nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 6. Juni 2005

Gliederung:

Vorbemerkung

Erster Abschnitt: Risikostrukturausgleich

- § 1 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
- § 2 Versichertengruppen
- § 3 Versicherungszeiten
- § 4 Erhebungsturnus
- § 5 Erhebungsgebiet
- § 6 Stichprobenauswahl
- § 7 Kennzeichnungsverfahren
- § 8 Meldeverfahren
- § 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung
- § 10 Berechnungsebene und Hochrechnung
- § 11 Glättungsverfahren
- § 12 Korrekturen der Versicherungszeiten
- § 13 Korrekturen der Datengrundlage für die Verhältniswerte nach § 5 RSAV
- § 14 Übergangsregelung für den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich
- § 15 aufgehoben
- § 16 aufgehoben
- § 17 aufgehoben
- § 18 Einbeziehung der DMP in das monatliche Abschlagsverfahren 2004

Zweiter Abschnitt: Risikopool

§ 19 Ausgleichsfähige Leistungsausgaben

§ 20 Datenmeldungen

§ 21 Plausibilitätsprüfung

§ 22 Berechnung der Poolbeträge

§ 23 Datengrundlagen für die Hochrechnung im Risikostrukturausgleich

§ 24 Korrekturverfahren

§ 25 aufgehoben

Dritter Abschnitt: aufgehoben

Vierter Abschnitt: Schlussvorschriften

§ 34 Aufbewahrungsfristen

§ 35 Bindungswirkung

§ 36 Inkrafttreten und Kündigung

Abkürzungen:

AF	= Aufteilungsfaktor
AQ	= Ausschöpfungsquote
AR	= Arzneimittelrabatte
ARF	= Arzneimittelrabattfaktor
AVmG	= Altersvermögensgesetz
BER	= Um den Risikopool bereinigte Werte
BfA	= Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
B-HM	= Brutto-Hochrechnungsmatrix
Brutto	= Gemeldete Satzarten, die nicht um Erstattungen bzw. Rabatte gemindert wurden
BVA	= Bundesversicherungsamt
BVG	= Bundesversorgungsgesetz
COPD	= Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen)
DEÜV	= Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung
DFÜ	= Datenfernübertragung
DMP	= Disease-Management-Programme (Strukturierte Behandlungsprogramme) nach § 137f SGB V
DÜBAK	= Datenübermittlung Bundesagentur für Arbeit/Krankenkassen
EfKG	= Erstattungsfaktor für das Krankengeld
EfLAoKG	= Erstattungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld
EKG	= Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
E-MM	= Erweiterte-Meldematrix
EM-Rentner/EMR	= Erwerbsminderungsrentner
ErF	= Erstattungsfaktor
EoEKG	= Erstattungen und Einnahmen ohne EKG
Fusion/Fus	= U. U. wird die Satzart 43 auf einem anderen Fusionsstand als Satzart 45 gemeldet. Zur Ermittlung der Poolbeträge ist die Satzart 43 auf den Fusionsstand der Satzart 45 anzupassen
FIVA	= Faktor für Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
FIVK	= Faktor für Komplexpauschalen integrierte Versorgung
FRVZ	= Faktor für Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
GF	= Gewichtungsfaktor gemäß § 27a RSAV
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SolG	= GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz
GSG	= Gesundheitsstrukturgesetz
HF	= Hochrechnungsfaktor
HLB	= Hauptleistungsbereich
HM	= Hochrechnungsmatrix
IfSG	= Infektionsschutzgesetz
IV	= Integrierte Versorgung
IVA	= Anschubfinanzierung integrierte Versorgung
IVK	= Komplexpauschalen integrierte Versorgung
KA	= Kontenart
KBV/KV	= Kassenärztliche Bundesvereinigung/Kassenärztliche Vereinigung
KGr	= Kontengruppe

KG	= Krankengeld
KHK	= Koronare Herzkrankheit
KJ1	= Jahresrechnung
KM1, KM1/13, KM6	= Mitgliederstatistiken
KV	= Krankenversicherung
KVdR	= Krankenversicherung der Rentner
KVLG	= Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
LA	= Leistungsausgaben
LAfAM	= Leistungsausgaben für Arzneimittel (HLB 3)
LAoKG	= Leistungsausgaben ohne Krankengeld
MM	= Meldematrix
N-MM	= Netto-Meldematrix
NAF	= Niveauanpassungsfaktor
PTW	= Pro-Tag-Wert
RP	= Risikopool
RSA	= Risikostrukturausgleich
RSaV	= Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RVO	= Reichsversicherungsordnung
RVZ	= Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen
SGB	= Sozialgesetzbuch
SRVwV	= Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung
SVA	= Sozialversicherungsabkommen
VDR	= Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
VG	= Versichertengruppe (getrennt nach Alter und Geschlecht)
VZ	= Versicherungszeiten

Definitionen:

Ausgleichsjahr ist das Jahr, für das der Jahresausgleich durchgeführt wird. Es umfasst die monatlichen Abschläge, die im laufenden Jahr gezahlt werden, den Halbjahresabschlag per 30. September des Kalenderjahres, den Jahresabschlag per 31. März des auf das Kalenderjahr folgenden Jahres, sowie den Jahresausgleich, der im folgenden Kalenderjahr durchgeführt wird.

Berichtsjahr ist das Jahr, auf das sich die Datenmeldung bezieht. Bei Datenmeldungen für den Jahresausgleich entspricht das Berichtsjahr dem Ausgleichsjahr. Bei Korrekturmeldungen für vor dem aktuellen Ausgleichsjahr zurückliegende Ausgleichsjahre liegt das Berichtsjahr vor dem Ausgleichsjahr; hier entspricht das Berichtsjahr dem Korrekturjahr.

Korrekturjahr ist ein vor dem aktuellen Ausgleichsjahr zurückliegendes abgeschlossenes Ausgleichsjahr, für das im Rahmen des aktuellen Ausgleichsjahres Korrekturen vorgenommen werden.

Anlagen:

Anlagen zum ersten Abschnitt: Risikostrukturausgleich

Anlagen zum zweiten Abschnitt: Risikopool

Vorbemerkung

Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs (RSA) vereinbaren die Spitzenverbände der am RSA beteiligten Krankenkassen - nachfolgend Spitzenverbände genannt - das Nähere über den Erhebungsumfang, die Auswahl der Regionen und der Stichprobenverfahren nach § 267 Abs. 3 SGB V und über das Verfahren der Kennzeichnung nach § 267 Abs. 5 Satz 1 SGB V.

Für die Durchführung des Risikopools (RP) vereinbaren die Spitzenverbände im Einvernehmen mit dem Bundesversicherungsamt (BVA) das Nähere zur Erhebung und Abgrenzung der Daten und Datenträger, zur Gestaltung des Pseudonyms nach § 269 Abs. 5 SGB V und zur Berücksichtigung der von Dritten erstatteten Ausgaben nach § 28a Abs. 6 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV).

Erster Abschnitt: Risikostrukturausgleich

§ 1 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

(1) Die Erhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld erfolgt getrennt nach den Hauptleistungsbereichen: Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Sonstige Leistungen, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse und berücksichtigungsfähige Mehrleistungen für in strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137g SGB V eingeschriebene Versicherte. Ab dem Ausgleichsjahr 2004 entfällt die Erhebung für das Sterbegeld. Es sind alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (§ 266 Abs. 4 SGB V) für das Ausgleichsjahr anzusetzen. Welche Leistungsausgaben berücksichtigungsfähig sind, ergibt sich aus der Anlage 1.1, Abschnitt A. Die Zuordnung der Buchungspositionen zu den Hauptleistungsbereichen ergibt sich aus Anlage 1.1, Abschnitt B.

(2) Die Krankengeldausgaben einschließlich der darauf entfallenden Beiträge zur Sozialversicherung und die Krankengeldtage sind gesondert zu erfassen.

(3) Zusätzlich wird für die in § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV genannten Versicherten je Versichertentag eine für alle Programme einheitliche Kostenpauschale gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 11 RSAV berücksichtigungsfähig und als Beitragsbedarf anrechenbar. Die Höhe der jährlichen Programmkostenpauschale wird für das Ausgleichsjahr 2003 auf 84,00 Euro je Versichertenjahr festgelegt; für folgende Ausgleichsjahre ist sie entsprechend der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet nach § 71 Abs. 3 SGB V kaufmännisch gerundet anzupassen. Das Nähere bestimmt Anlage 1.1, Abschnitt C.

§ 2 Versichertengruppen

(1) Die Leistungsausgaben nach § 1 Abs. 1 werden Versichertengruppen zugeordnet, die nach Alter und Geschlecht getrennt zu bilden sind.

(2) Die Erfassung der Krankengeldausgaben einschließlich der darauf entfallenden Beiträge zur Sozialversicherung und der Krankengeldtage erfolgt getrennt nach den Versichertengruppen nach Abs. 1 und zusätzlich danach, ob der Versicherte bei Arbeitsunfähigkeit

1. Anspruch auf Krankengeld und für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung seines Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung hat

oder

2. Anspruch auf Krankengeld und nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung seines Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung hat.

Für freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gilt Nr. 1 entsprechend. Für freiwillige Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gilt Nr. 2 entsprechend.

(3) 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), bilden gemeinsam nach den in Abs. 1 genannten Kriterien gesonderte Versichertengruppen.

(3a) Für die in § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV genannten Versicherten gelten die Absätze 1 bis 3 mit der Maßgabe, dass je chronischer Krankheit (§ 137f SGB V) jeweilige Versichertengruppen gebildet werden.

(4) Die Altersabstände betragen ein Jahr. Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter 0 und Versicherte mit einem Alter über 90 dem Alter 90 zuzuordnen. Versicherte, die der in Abs. 3 genannten Personengruppe angehören und das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden dem Alter 35 zugeordnet. Der Status eines Erwerbsminderungsrentners gilt maximal bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

§ 3 Versicherungszeiten

(1) Es ist für das Ausgleichsjahr die Dauer der Zugehörigkeit zu einer Versichertengruppe (§ 2) in Tagen zu ermitteln (Versicherungszeit). Beginn und Ende der Versicherungszeit richten sich nach der Zugehörigkeit zur jeweiligen Versichertengruppe gemäß den einschlägigen Meldeverfahren (insbesondere DEÜV-, KVdR-, DÜBAK-Meldeverfahren, Studenten-KV-Meldeverordnung, Vereinbarung nach § 10 Abs. 6 SGB V sowie den hierzu ergangenen ergänzenden Verlautbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und ggf. anderer SV-Träger). Das Nähere dazu regelt die RSAV.

(2) Wechselt ein Versicherter in eine der in § 2 Abs. 3 genannten Versichertengruppen, ist für die Zugehörigkeit zu einer dieser Versichertengruppen bei Beziehern ei-

ner Zeitrente wegen Erwerbsminderung der erste Tag des sechsten Monats vor Beginn der Rente, bei Beziehern einer Dauerrente der Rentenbeginn maßgebend, frühestens jedoch jeweils der 1. Januar des Erhebungszeitraumes. Soweit die Zuordnung in das dem Berichtsjahr vorangehende Jahr hineinreicht, erfolgt die Berücksichtigung in der neuen Versichertengruppe im Rahmen des Korrekturverfahrens.

§ 4 Erhebungsturnus

Die Erhebung der Daten nach §§ 1 bis 3 wird jährlich und auf das Kalenderjahr bezogen durchgeführt. Ausnahmen von der jährlichen Datenerhebung vereinbaren die Spitzenverbände einstimmig.

§ 5 Erhebungsgebiet

(1) Die Erhebungen sind bundesweit vorzunehmen.

(2) Solange § 313 Abs. 10 Buchst. a SGB V gilt, sind Erhebungen, Hochrechnungen und alle Weiterverarbeitungen getrennt für die Rechtskreise West und Ost durchzuführen (Art. 35 Abs. 9 GSG). Versicherte im Land Berlin sind für den RSA dem Rechtskreis West zuzuordnen (§ 313 Abs. 10 Buchstabe b SGB V).

§ 6 Stichprobenauswahl

(1) Die Erhebung der Daten nach § 1 erfolgt je nach Hauptleistungsbereich einheitlich für alle Krankenkassen als Voll- oder Stichprobenerhebung. Je nach Stand des allgemeinen Datenträgeraustausches vereinbaren die Spitzenverbände - soweit möglich - eine Vollerhebung. Sollten Krankenkassen hierzu nicht in der Lage sein, ist dies dem BVA über den jeweiligen Spitzenverband mitzuteilen. Für das jeweilige Berichtsjahr ist in Anlage 1.1 Abschnitt B dieser Vereinbarung einstimmig festzulegen, für welche Hauptleistungsbereiche eine Vollerhebung durchgeführt wird. Für den Fall einer Stichprobenerhebung gelten die Absätze 2 und 3.

(1a) Sofern Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2004 im Hauptleistungsbereich Ärzte keine Vollerhebung durchführen können, ist eine auf Basis der Stichprobenerhebung simulierte Vollerhebung zu melden. Dazu werden für jede Versichertengruppe entsprechend der Angaben in der Satzart 41 (VG), getrennt nach Alter und Geschlecht, die Leistungsausgaben der Stichprobe ermittelt und durch die jeweils zugehörigen Stichprobenversicherungszeiten dividiert. Die Ergebnisse werden in jeder VG mit den entsprechenden VZ der Satzart 40 multipliziert. Man erhält die simulierten Vollerhebungs-Werte der jeweiligen VG.

(2) Es ist eine repräsentative Stichprobe zu ziehen. Das Auswahlkriterium ist der Geburtstag (Tag = TT; Monat = MM). In die Stichprobe fallen alle Versicherten, die an den in der Anlage 1.2, Abschnitt A genannten Tagen eines Jahres geboren sind. Zusätzlich sind alle Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahren zu berücksichtigen, die an den in der Anlage 1.2, Abschnitt B genannten Tagen eines Jahres geboren sind.

(3) Abweichend von Abs. 2 fallen alle Versicherten in die Stichprobe, die Erwerbsminderungsrentner sind und an den in der Anlage 1.2, Abschnitt C genannten Tagen eines Jahres geboren sind.

(3a) Abweichend von den Abs. 2 und 3 erfolgt die Erhebung der Daten nach § 1 für die in § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV genannten Versicherten als Stichprobe mit einem Auswahlatz von 100 vom Hundert (Anlage 1.2, Abschnitt D). Die Stichprobenversicherungszeiten beginnen frühestens mit dem Zugang des Akkreditierungsbescheides des BVA nach § 137g Abs. 1 SGB V.

(4) Für die Krankengeldausgaben und -tage wird eine Vollerhebung durchgeführt.

§ 7 Kennzeichnungsverfahren

(1) Auf dem Chip der Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V) sind die für die Stichprobe des RSA erforderlichen Statusmerkmale enthalten.

(2) Die von der Stichprobe erfassten Versicherten haben auf dem Chip ihrer Krankenversichertenkarte 5-stellige Statusmerkmale. Das Nähere ergibt sich aus der Anlage 1.3.

§ 8 Meldeverfahren

(1) Alle Satzarten sind einheitlich auf dem Fusionsstand 31. Dezember des Ausgleichsjahres zu melden.

(2) Die für das Meldeverfahren benötigten Datensätze sowie deren Erläuterungen sind den Anlagen 1.4 und 1.4a zu entnehmen.

§ 9 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung

Die Krankenkassen und die Spitzenverbände prüfen gemäß § 3 Abs. 4 und § 5 Abs. 4 RSAV vor Weitergabe der Daten die Ergebnisse der Erhebungen auf Vollständigkeit und Plausibilität nach den in Anlage 1.5 definierten Mindestkriterien. Die Spitzenverbände teilen die Ergebnisse ihrer Plausibilitätsprüfung dem BVA zeitgleich mit der Datenmeldung schriftlich mit.

§ 10 Berechnungsebene und Hochrechnung

(1) Die Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben und deren Hochrechnung auf die Ergebnisse der KJ1 erfolgt auf der Ebene einzelner Krankenkassen.

(2) Für jede Krankenkasse und jeden Hauptleistungsbereich werden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versichertentag in den Versichertengruppen nach § 2 auf Basis der Stichproben- bzw. Vollerhebung ermittelt und mit den Versicherungszeiten der Satzart 40 hochgerechnet. Anschließend erfolgt über einen Hochrechnungsfaktor die Anpassung an das Ergebnis der KJ1.

(3) Das Nähere zum Hochrechnungsverfahren ist den Anlagen 1.6 und 1.7 zu entnehmen.

(4) Das in den Anlagen 1.6 und 1.7 dargestellte Hochrechnungsverfahren gilt als einheitlicher Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verbesserung der Stichprobenergebnisse gemäß § 5 Abs. 3 RSAV.

§ 11 Glättungsverfahren

Die Verteilung der ermittelten Leistungsausgaben ohne Krankengeld je Versicherten-tag und -gruppe (§ 2) sowie die Verteilung des Krankengeldes je Versichertentag und -gruppe - nachfolgend Profile genannt - werden durch das BVA auf GKV-Ebene zur Vermeidung erhebungstechnischer Zufallsschwankungen und zur Dämpfung von Extremwerten einem Glättungsverfahren unterzogen. Das Nähere zum Glättungsverfahren ist der Anlage 1.8 zu entnehmen.

§ 12 Korrekturen der Versicherungszeiten

(1) Alle Krankenkassen sind nach § 3 Abs. 1 RSAV verpflichtet, die Versicherungszeiten gemäß Satzart 40 jährlich nicht nur für das jeweilige Berichtsjahr, sondern darüber hinaus als Wiederholungslauf für das erste und das fünfte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr zu erzeugen.

(2) Ergeben sich Korrekturnotwendigkeiten für das zweite bis vierte vor dem Berichtsjahr liegende Jahr, sind ebenfalls Wiederholungsläufe für die korrekturbedürftigen Jahre durchzuführen. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Rahmen von Aufsichtsprüfungen Unstimmigkeiten, Unplausibilitäten oder nicht ausreichend dokumentierte Versicherungszeiten festgestellt wurden.

(3) Soweit sich im Nachhinein weitere Hinweise auf Korrekturnotwendigkeiten ergeben, sind Wiederholungsläufe für Jahre, die länger als fünf Jahre vor dem Berichtsjahr liegen, nur noch in vom BVA festgestellten Ausnahmefällen durchzuführen.

(4) Die Wiederholungsläufe nach den Abs. 1 bis 3 sind ab dem 15. Februar des Jahres durchzuführen.

(5) Für das Jahr 1994 erfolgen Wiederholungsläufe nach den Abs. 1 bis 3 unter Ausschluss der Versicherten der KVdR und nicht getrennt nach Beziehern und Nichtbeziehern einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitsrente oder Rente für Bergleute.

(6) Die Krankenkassen melden dem zuständigen Spitzenverband die Korrekturen nach den Abs. 1 bis 5 bis zum 16. Mai des Jahres. Die Meldung erfolgt für jedes Korrekturjahr als vollständige Lieferung der Satzart 40 auf maschinenlesbarem Datenträger, wobei der in Anlage 1.4 dargestellte Datensatzaufbau zu verwenden ist. Die Meldungen nach Abs. 1 und 3 haben auch dann zu erfolgen, wenn kein Korrekturbedarf vorliegt. Der Spitzenverband überprüft die Meldungen gemäß Anlage 1.5 auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet die geprüften Korrekturmeldungen bis zum 30. Juni an das BVA weiter.

(7) Werden in einem Wiederholungslauf für das Jahr 2003 Versicherungszeiten für in § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV genannte Versicherte in Versichertengruppen gemeldet, in denen im Jahresausgleich GKV-weit keine Versicherungszeiten gemeldet wurden, so

werden die für das Korrekturjahr geltenden Verhältniswerte der korrespondierenden Versichertengruppe für Nicht-DMP-Versicherte angewendet.

(8) Die mit dem Wiederholungslauf gemeldeten korrigierten Versicherungszeiten des jeweiligen Korrekturjahres fließen in den aktuellen Jahresausgleich in der Form ein, dass sie mit den für das Korrekturjahr gültigen Verhältniswerten und standardisierten Leistungsausgaben (100 %-Wert) multipliziert werden. Der sich daraus ergebende Gesamtbeitragsbedarf des Korrekturjahres wird mit dem zuletzt für dieses Korrekturjahr ermittelten und im Bescheid des BVA ausgewiesenen Beitragsbedarf verglichen. Die sich hieraus ergebende Differenz wird dann dem Beitragsbedarf des laufenden Ausgleichsjahres im Rahmen der Jahresausgleichsberechnung zu- oder abgesetzt. Dieses Verfahren gilt als einheitlicher Vorschlag der Spitzenverbände.

(9) Abweichend von Abs. 8 werden für die obligaten Korrekturausgleichsjahre nach Abs. 1 korrigierte 100%-Werte - ab dem Ausgleichsjahr 2001 bundesweit einheitlich - zu Grunde gelegt. Der jeweilige korrigierte 100%-Wert wird ermittelt, indem der KJ1-Wert der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben des Korrekturjahres durch die korrigierten Versicherungszeiten nach Satzart 40 des Korrekturjahres aller Krankenkassen dividiert wird. Dabei wird der Beitragsbedarf, der den zwischen dem Korrekturjahr und dem Ausgleichsjahr geschlossenen Krankenkassen - ohne Rechtsnachfolger - zuletzt zugewiesen wurde, vom KJ1-Wert abgezogen. Das Korrekturvolumen aus dem Risikopool nach § 24 wird bei der Berechnung des 100%-Wertes berücksichtigt.

§ 13 Korrekturen der Datengrundlage für die Verhältniswerte nach § 5 RSAV

(1) Korrekturen der Datenmeldungen Satzart 41 und Satzart 42 für Jahre, für die bereits ein Jahresschlussausgleich stattgefunden hat, werden nicht ermittelt.

(2) Soweit sich auf Grund nachträglicher Erkenntnisse bei einzelnen Krankenkassen Hinweise auf erhebliche Unplausibilitäten in den bereits in Jahresschlussausgleichen verarbeiteten Daten der Satzart 41 oder Satzart 42 oder Satzart 45 ergeben, entscheiden die Spitzenverbände einstimmig, ob ausnahmsweise eine Korrekturmeldung für diese Krankenkasse erforderlich ist, und schlagen zugleich einstimmig dem BVA vor, in welcher Form diese Korrekturmeldungen verarbeitet werden sollen. Kommt ein solcher Beschluss nicht zu Stande, gilt Abs. 1.

§ 14 Übergangsregelung für den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich

(1) Nach § 313a SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist der gesamtdeutsche RSA ab 2001 stufenweise durchzuführen. Hierfür sind zusätzlich die Verhältniswerte, die standardisierten Leistungsausgaben und der Beitragsbedarf für die Versicherten aller Krankenkassen im gesamten Bundesgebiet zu ermitteln.

(2) Solange für die Feststellung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen ab 2001 die Werte nach Abs. 1 sowohl für die Rechtskreise getrennt als auch für das gesamte Bundesgebiet ermittelt werden müssen, gelten folgende Übergangsregelungen:

1. Die in beiden Rechtskreisen tätigen Krankenkassen haben die Daten zur Durchführung des RSA rechtskreisgetrennt zu erheben und zu übermitteln. Es gelten die Regeln des § 8.
2. Für die Ermittlung der gesamtdeutschen Werte nach Abs. 1 werden die getrennt gemeldeten Daten nach Nr. 1 zusammengefügt. Das Nähere hierzu ist in Anlage 1.9 beschrieben.
3. Für die nach Nr. 2 zusammengefügt Daten gelten die Regeln des § 10.

§ 15 bis § 17 aufgehoben

§ 18 Einbeziehung der DMP in das monatliche RSA-Abschlagsverfahren ab 2004

(1) Die Einbeziehung der DMP in das monatliche RSA-Abschlagsverfahren ab 2004 erfolgt bis einschließlich Juni 2004 auf der Grundlage der in der vorliegenden Mitgliederstatistik (KM1) nach § 1 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung gemeldeten Anzahl der DMP-Versicherten je chronischer Krankheit sowie der vom BVA im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschätzten durchschnittlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (inklusive der Programmkosten-pauschale nach § 1 Abs. 3) je chronischer Krankheit. Ab 1. Juli 2004 tritt an die Stelle der Mitgliederstatistik KM1 die Mitgliederstatistik KM6 Teil II Ziff. 2 nach § 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Für jede Krankenkasse ergibt sich der voraussichtliche Beitragsbedarf im monatlichen Abschlagsverfahren aus der Summe der getrennt ermittelten Beitragsbedarfe für die Nicht-DMP-Versicherten und die DMP-Versicherten:

1. Für die DMP-Versicherten wird der voraussichtliche Beitragsbedarf je chronischer Krankheit als Produkt aus den voraussichtlichen durchschnittlichen monatlichen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben je Versicherten für die entsprechende chronische Krankheit und der Anzahl der DMP-Versicherten laut KM1 bzw. ab 01. Juli 2004 laut KM6 Teil II Ziff. 2 des Vormonats berechnet.
2. Für die Nicht-DMP-Versicherten erfolgt die Berechnung des Beitragsbedarfs wie folgt: Zunächst wird der Beitragsbedarf für alle Versicherten (ohne getrennte Berücksichtigung des Beitragsbedarfs für DMP-Versicherte) ermittelt und durch die Anzahl aller Versicherten dividiert. Man erhält den Beitragsbedarf je Versicherten. Der voraussichtliche Beitragsbedarf für die Nicht-DMP-Versicherten ist das Produkt aus diesem Beitragsbedarf je Versicherten und der Anzahl der Nicht-DMP-Versicherten.

(3) Der der Berechnung nach Abs. 2 Nr. 2 zugrunde zu legende 100%-Wert ergibt sich aus der Differenz des voraussichtlichen Beitragsbedarfs für alle Versicherten aller Krankenkassen (Abs. 2 Nr. 2) und des voraussichtlichen Beitragsbedarfs für alle DMP-Versicherten aller Krankenkassen (Summe nach Abs. 2 Nr. 1), dividiert durch die Anzahl der Nicht-DMP-Versicherten aller Krankenkassen.

Zweiter Abschnitt: Risikopool

§ 19 Ausgleichsfähige Leistungsausgaben

(1) Die Erhebung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erfolgt je Versicherten. Ausgleichsfähig sind die Leistungsausgaben nach § 269 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 28a Abs. 1 RSAV.

(2) Die Erhebung der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben erfolgt getrennt nach den in § 1 festgeschriebenen Hauptleistungsbereichen. Welche Leistungsausgaben ausgleichsfähig sind, ergibt sich aus Anlage 2.1, Abschnitt A. Die Zuordnung der Buchungspositionen zu den Hauptleistungsbereichen ergibt sich aus Anlage 2.1, Abschnitt B.

(3) Die pauschale Berücksichtigung der Abzugs- und Anrechnungsbeträge gemäß Anlage 1.7 erfolgt vor Anwendung des Schwellenwertes nach § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V durch das BVA. Das Nähere regelt Anlage 2.1, Abschnitt C.

§ 20 Datenmeldungen

Die für das Meldeverfahren benötigten Datensätze sowie deren Erläuterungen sind der Anlage 2.2 zu entnehmen.

§ 21 Plausibilitätsprüfung

Die Krankenkassen und die Spitzenverbände prüfen gemäß § 28a Abs. 3 RSAV vor Weitergabe der Daten die Ergebnisse der Erhebungen auf Plausibilität nach den in Anlage 2.3 definierten Mindestkriterien. Die Spitzenverbände teilen die Ergebnisse ihrer Plausibilitätsprüfung dem BVA zeitgleich mit der Datenmeldung schriftlich mit.

§ 22 Berechnung der Poolbeträge

(1) Mit Einführung des Beitragssicherungsgesetz (BSSichG) ist es nicht mehr durchgehend möglich, Rabatte auf Einzel-Arzneimittelpositionen zu beziehen. Ab dem Ausgleichsjahr 2003 gilt daher folgende Regelung: Arzneimittelbeträge werden von den Krankenkassen brutto gebucht. Die Rabatte werden unter dem Konto 439 gebucht.

(2) Die Arzneimittelrabatte, die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen, die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung, die über Komplexpauschalen im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten Mittel sowie die Erstattungen sind gemäß Anlage 1.7 (Abzugs- und Anrechnungsbeträge) pauschal zu berücksichtigen.

(3) Je Versicherten und je Hauptleistungsbereich werden bei den ausgleichsfähigen Leistungsausgaben die Abzugs- und Anrechnungsbeträge pauschal berücksichtigt. Je Versicherten wird der Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V von der Summe der um die Abzugs- und Anrechnungsbeträge bereinigten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben abgesetzt. Von der verbleibenden Differenz werden 60 vom Hundert ermittelt.

(4) Das Nähere zur Berechnung der Poolbeträge ist der Anlage 2.4, Abschnitt A zu entnehmen.

§ 23 Datengrundlagen für die Hochrechnung im Risikostrukturausgleich

(1) Als Datengrundlage für die Hochrechnung im RSA werden für jede Krankenkasse und jeden Hauptleistungsbereich die im RP ausgeglichenen Netto-Leistungsausgaben in den Versichertengruppen nach § 2 ermittelt. Dazu werden je Versicherten alle ausgleichsfähigen Netto-Leistungsausgaben mit dem Aufteilungsfaktor multipliziert. Der Aufteilungsfaktor je Versicherten ist das Ergebnis aus dem Poolbetrag dividiert durch die Summe der ausgleichsfähigen Netto-Leistungsausgaben. Die Ergebnisse sind je Krankenkasse, je Hauptleistungsbereich bzw. KG und je Versichertengruppe über alle Versicherten zu summieren.

(2) Je Krankenkasse werden für die HLB der Satzart 41 die ausgeglichenen Netto-Leistungsausgaben ohne Krankengeld entsprechend den dort vorgesehenen VG zusammengefasst. Für das Krankengeld werden die ausgeglichenen KG entsprechend den in der Satzart 42 vorgesehenen VG zusammengefasst. Man erhält die für die Hochrechnungsmatrix im RSA erforderliche Matrix zur Bereinigung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

(3) Das Nähere zu den Datengrundlagen für die Hochrechnung im RSA ist der Anlage 2.4 Abschnitt B zu entnehmen.

§ 24 Korrekturverfahren

(1) Alle Krankenkassen sind nach § 28a Abs. 3 RSAV verpflichtet, die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben gemäß Satzart 45 jährlich nicht nur für das jeweilige Berichtsjahr, sondern darüber hinaus als Wiederholungslauf für das erste vor dem Berichtsjahr liegende Jahr zu erzeugen. Ergeben sich Korrekturnotwendigkeiten für das zweite und weitere vor dem Berichtsjahr liegende Jahre, sind ebenfalls Wiederholungsläufe für die korrekturbedürftigen Jahre durchzuführen. Dies gilt insbesondere dann, wenn im Rahmen von Aufsichtsprüfungen Unstimmigkeiten, Unplausibilitäten oder nicht ausreichend dokumentierte Leistungsausgaben festgestellt wurden.

(2) Die Krankenkassen melden dem zuständigen Spitzenverband die Korrekturen nach Abs. 1 bis zum 31. Mai des Jahres. Die Meldung erfolgt für jedes Korrekturjahr als vollständige maschinell verwertbare Lieferung der Satzart 45, wobei der in Anlage 2.2 dargestellte Datensatzaufbau zu verwenden ist. Die Meldungen nach Abs. 1 Satz 1 haben auch dann zu erfolgen, wenn kein Korrekturbedarf vorliegt. Der Spitzenverband überprüft die Meldungen auf Plausibilität gemäß Anlage 2.3 und leitet die geprüften Korrekturmeldungen bis zum 30. Juni an das BVA weiter.

(3) Im Falle von Kassenvereinigungen hat die rechtsnachfolgende Krankenkasse neben der Meldung nach Abs. 1 auf einem als Anlage beigefügten Zusatzblatt die Poolbeträge und RSA-Institutionskennzeichen der ehemaligen Einzelkassen für die betroffenen Korrekturjahre gemäß der BVA-Bescheide aus den Vorjahren einschließlich aller bereits verrechneten Korrekturen gesondert auszuweisen.

(4) Die gemeldeten korrigierten ausgleichsfähigen Netto-Leistungsausgaben, sowie die pauschalen Erstattungen des jeweiligen Korrekturjahres fließen in den aktuellen Jahresausgleich in der Form ein, dass auf Basis der Meldungen nach den für das Korrekturjahr geltenden Regeln die Summe der Poolbeträge ermittelt und das Ergebnis des Korrekturjahres mit der Summe der zuletzt für dieses Korrekturjahr ermittelten und im Bescheid des BVA ausgewiesenen Poolbeträge verglichen wird. Die sich hieraus ergebende Differenz wird mit den im Rahmen des aktuellen Jahresausgleichs ermittelten Ausgleichsansprüchen und –verpflichtungen verrechnet. Dieses Verfahren gilt als einheitlicher Vorschlag der Spitzenverbände.

(5) Die pauschal zu berücksichtigenden Erstattungen für das Korrekturverfahren ergeben sich aus Anlage 2.1 Nr. C.

§ 25 aufgehoben

Dritter Abschnitt: aufgehoben

§§ 26 bis 33 aufgehoben

Vierter Abschnitt: Schlussvorschriften

§ 34 Aufbewahrungsfristen

Die Aufbewahrungsfrist für alle maschinell erzeugten Datengrundlagen sowie die gesamte Dokumentation aller Korrekturmeldungen im Sinne dieser Vereinbarung beträgt neun Jahre. Sie beginnt mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr.

§ 35 Bindungswirkung

Die in dieser Vereinbarung geregelten Verpflichtungen der Krankenkassen oder auf Grundlage dieser Vereinbarung einheitlich getroffenen Entscheidungen der Spitzenverbände sind für alle am RSA beteiligten Krankenkassen bindend.

§ 36 Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2005 in Kraft und ersetzt die bisherige Fassung.

(2) Die Spitzenverbände werden in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Vereinbarung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erkenntnisse verbessert oder infolge veränderter Verhältnisse angepasst werden muss.

(3) Die Vereinbarung kann mit sechsmonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Sie tritt außer Kraft mit dem Inkrafttreten einer anderen sie ersetzenden Vereinbarung.

(4) Modifikationen einzelner Bestimmungen dieser Vereinbarung bedürfen der schriftlichen Zustimmung aller Spitzenverbände.

(5) Abweichend von Abs. 4 sind die jährlichen Anpassungen der Anlagen 1.1 und 2.1, der Prüfgrößen in Anlagen 1.5 und 2.3 sowie der Grenzwerte für die Hauptleistungsbereiche der Satzart 41 in Anlage 1.6 an die für das betreffende Ausgleichsjahr geltenden Eckwerte nach Anhörung der Spitzenverbände durch das BVA bekannt zu geben.

Anlagen zur Vereinbarung der Spitzenverbände nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V

Gliederung:

Anlagen zum ersten Abschnitt: Risikostrukturausgleich

- Anlage 1.1₂₀₀₄: Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (zu § 1 der Vereinbarung)
- Anlage 1.2: Stichprobenauswahl (zu § 6 der Vereinbarung)
- Anlage 1.3: Versichertenstatus (zu § 7 Abs. 2 der Vereinbarung)
- Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Vereinbarung)
- Anlage 1.4a: Erwerbsminderungsrentenarten (zu § 8 der Vereinbarung)
- Anlage 1.5: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu § 9 der Vereinbarung)
- Anlage 1.6: Hochrechnungsverfahren (zu § 10 Abs. 2 der Vereinbarung)
- Anlage 1.7: Abzugs- und Anrechnungsfaktoren (zu § 10 Abs. 2 der Vereinbarung)
- Anlage 1.8: Glättungsverfahren (zu § 11 der Vereinbarung)
- Anlage 1.9: Übergangsregelung für den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich (zu § 14 der Vereinbarung)

Anlagen zum zweiten Abschnitt: Risikopool

Anlage 2.1₂₀₀₂: Ausgleichsfähige Leistungsausgaben (zu § 19 der Vereinbarung)

Anlage 2.1₂₀₀₃: Ausgleichsfähige Leistungsausgaben (zu § 19 der Vereinbarung)

Anlage 2.1₂₀₀₄: Ausgleichsfähige Leistungsausgaben (zu § 19 der Vereinbarung)

Anlage 2.2: Datenmeldungen (zu § 20 der Vereinbarung)

Anlage 2.3: Plausibilitätsprüfungen (zu § 21 der Vereinbarung)

Anlage 2.4: Berechnung der Poolbeträge und der Datengrundlagen für die Hochrechnung im Risikostrukturausgleich (zu §§ 22 und 23 der Vereinbarung)

Anlage 1.1₂₀₀₄: Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben (zu § 1 der Vereinbarung)

A - Übersicht über berücksichtigungsfähige bzw. nicht berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben nach § 267 Abs. 3 SGB V für das Ausgleichsjahr 2004 -

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
			ja, im HLB	nein
Gruppe	Art			
40		Ärztliche Behandlung		
	400	Ärztliche Behandlung	1	
	401	Ambulantes Operieren (ohne 462)	1	
	402	Dialyse-Sachkosten	7	
	403	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	1	
	405	Soziotherapie nach § 37a SGB V	5	
	407	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467)		x
41		Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -		
	410	Konservierend-chirurgische Behandlung	2	
	411	Vergütungszuschläge für Füllungen (§ 136b Abs. 2 SGB V)	2	
	412	KfO-Behandlung - Honorar	2	
	413	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors	2	
	414	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors	2	
	415	Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (FU1 bis FU3)	2	
	416	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)	2	
	417	Fissurenversiegelung	2	
	418	Parodontose-Behandlung	2	
	419	Sonstige zahnärztliche Leistungen	2	
42		Zahnersatz		
	422	Zahnersatz - Honorar	2	
	423	Zahnersatz - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors	2	
	424	Zahnersatz - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors	2	
	425	Vergütungszuschläge für Zahnersatz (§ 136b Abs. 2 SGB V)	2	
	426	Festzuschüsse für Zahnersatz	2	
	429	Zahnersatz-Mehraufwendungen nach § 62 Abs. 4 SGB V	2	
43		Arznei-, Verband - und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen		
	430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	431	Hilfsmittel aus Apotheken - besonderer Art	3	
	432	Hilfsmittel aus Apotheken - ohne die besonderer Art	3	

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig		
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein	
44/45	433	Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter		x	
	434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung	3		
	435	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – nur vertragsärztliche Versorgung	3		
	436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung	3		
	437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung	3		
	438	Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – ohne vertragsärztliche Versorgung	3		
	439	Arzneimittelrabatte	X ¹		
			Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen		
	440	Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie	5		
	441	Hilfsmittel von Orthopädietechnikern	5		
	442	Hilfsmittel von Orthopädienschuhmachern	5		
	443	Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)	5		
	444	Kontaktlinsen von Optikern	5		
	445	Kontaktlinsen von Augenärzten	5		
	446	Hörhilfen von Optikern	5		
	447	Hörhilfen von Hörgeräteakustikern	5		
	448	Sachleistungen bei Dialyse	7		
	449	Hilfsmittel besonderer Art (ohne 431)	5		
	450	Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben	5		
	452	Leistungen von Krankengymnasten/Physiotherapeuten	5		
	453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 454 bis 457)	5		
	454	Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten	5		
	455	Logopäden/Sprachtherapeuten - ohne vertragsärztliche Versorgung	5		
	456	Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung	5		
	457	Logopäden/Sprachtherapeuten - nur vertragsärztliche Versorgung	5		
	458	Podologische Leistungen	5		
	459	Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen	5		
	46		Krankenhausbehandlung		
460		Krankenhausbehandlung	4		
461		Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a SGB V)	4		
462		Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	4		
463		Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung	1		

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
47	464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 576)	4	
	465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 576)	4	
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen	4	
	467	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407)		x
	468	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
		Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld		
	470	Krankengeld (ohne 471 bis 474, 476 und 477)	6	
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6	
	472	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	6	
	473	Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter	6	
	474	Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	6	
	476	Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V		x
	477	Krankengeld und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen	6	
48	478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld (ohne 4765 und 4775)	6	
		Aufwendungen für Leistungen im Ausland / Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand	5	
	481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V	5	
	482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht	5	
	483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V	5	
	484	Behandlung im Ausland Mehrleistungen		x
	485	Arznei- und Verbandmittel im Ausland	3	
	486	Krankenhausbehandlung im Ausland	4	
	487	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht	5	
	488	Dialysebehandlung im Ausland	7	
49	489	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG und EWR-Staaten nach § 140e SGB V	5	
		Fahrkosten		
	492	Flugrettung	5	
	493	Krankentransportwagen	5	
	494	Rettungswagen	5	
	495	Notarztwagen	5	

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
50	496	Steuern und Mietwagen	5	
	499	Sonstige Fahrkosten	5	
		Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter		
	500	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistung (ohne 579 und 581)		x
	501	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten (ohne 579 und 581)		x
	502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)		x
	503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581)		x
	504	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Kinder (ohne 464, 465, 505, 579 und 582)		x
	505	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504, 579 und 582)		x
	506	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)		x
51	508	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)		x
		Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe		
	510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)	5	
	511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V		x
	512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern		x
	513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss		x
	514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss		x
	515	Ergänzende Maßnahmen - Arbeitsschutz / Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 Abs. 2 SGB V)		x
	516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)	2	
	518	Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V		x
52	519	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V		x
		Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben		
	520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern	1	
	521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen	1	
	522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern	1	
	523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten	1	
	524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V		x
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V		x
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben		x
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
53		Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch		
		530 Ärztliche Beratung und Behandlung	1	
		531 Krankenhausbehandlung	4	
		532 Arznei- und Verbandmittel	3	
		537 Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
		538 Mehrleistung (nur Bkn)		x
	539 Übrige Aufwendungen	5		
54		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen		
		540 Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden	5	
		541 Rehabilitationssport		x
		542 Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583)		x
		543 Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 Abs. 2 SGB V)	4	
		544 Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)	4	
		545 Belastungserprobung und Arbeitstherapie	5	
		546 Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547, 579 und 582)		x
		547 Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546, 578 und 582)	5	
		548 Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i.V.m. § 56 SGB IX	5	
55		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft		
		550 Ärztliche Betreuung	1	
		551 Hebammenhilfe	5	
		552 Stationäre Entbindung	4	
		553 Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	5	
		554 Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung	5	
		555 Sonstige Sachleistungen	5	
		556 Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO/§ 29 KVLG/Beiträge zur BA	5	
		557 Entbindungsgeld nach § 200b RVO/§ 31 KVLG	5	
		558 Mehrleistungen (nur Bkn)		x
	559 Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4		
56		Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege		
		560 Gestellte Betriebshilfe – Regelleistung		x
		561 Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe – Regelleistung		x
		562 Betriebshilfe – Mehrleistung		x
		563 Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V	5	

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
57	564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung	5	
	565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung	5	
	566	Haushaltshilfe - Mehrleistung		x
	567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung	5	
	568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung		x
	569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V		x
		Integrierte Versorgung		
	570	Ambulante ärztliche Behandlung	1	
	571	Zahnärztliche Behandlung/ Zahnersatz	2	
	572	Sachleistungen bei Dialyse	7	
	573	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen	3	
	574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen	5	
	575	Hilfsmittel	5	
	576	Krankenhausbehandlung einschl. teilstationärer Behandlung in Dialysestationen und stationärer Anschlussrehabilitation	4	
	58	577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)	5
578		Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	5	
579		Übrige nicht RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben		x
		Sterbegeld/Mehrleistungen im Rahmen DMP		
580		- Sterbegeld (Regelleistungen) - Sterbegeld (Mehrleistungen)	5	x
581		Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP	9	
582		Medizinische Rehabilitation – DMP	9	
583		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP	9	
584		Ambulante Behandlung im Krankenhaus - DMP	1 ²	
588		Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung (Komplexpauschalen)	X ³	
59	589	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V	X ⁴	
		Sonstige Leistungen		
	590	Medizinischer Dienst	5	
	591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)	5	
	592	Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X/§ 26 Abs. 3 SGB IX)		x
	593	Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie	5	
	594	Zuschüsse zu stationären Hospizen – Regelleistung	4	
	595	Förderung ambulanter Hospizdienste/Zuschüsse zu stationären Hospizen – Mehrleistung		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	RSA-berücksichtigungsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
	596	Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 2 SGB V		x
	597	Versichertenbonus nach § 65 a Abs. 1 und 3 SGB V		x
	598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	X ⁵	
	599	Übrige Leistungen	5	

¹ Der Betrag der KA 439 wird pauschal im HLB 3 im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt.

² Mit dem nächsten Kontenrahmen-Erlass soll die KA 584 entfallen, andernfalls erfolgt die Zuordnung zum HLB 1.

³ Der Betrag der KA 588 wird pauschal im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt.

⁴ Der Betrag der KA 589 wird pauschal im HLB 1 und HLB 4 im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt.

⁵ Der Betrag der KA 598 wird pauschal im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt..

B - Übersicht zur Zuordnung der im RSA zu meldenden Leistungsausgaben zu den Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2004:

Hauptleistungsbereich	Ausgaben der Konten	
1. Ärzte - Vollerhebung	Summe aus	KA 400, KA 401, KA 403, KA 463, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, KA 530, KA 550, KA 570, KA 584
2. Zahnärzte - Stichprobe	Summe aus	KGr 41, KGr 42, KA 516, KA 571
3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte - Vollerhebung	Summe aus	KA 430, KA 431, KA 432, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 485, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus - Vollerhebung	Summe aus	KA 460, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 466, KA 469, KA 486, KA 531, KA 537, KA 543, KA 544, KA 552, KA 559, KA 576, KA 594
5. Sonstige Leistungsausgaben - Stichprobe	Summe aus	KA 405, KA 440, KA 441, KA 442, KA 443, KA 444, KA 445, KA 446, KA 447, KA 449, KA 450, KA 452, KA 453, KA 454, KA 455, KA 456, 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 510, KA 539, KA 540, KA 545, KA 547, KA 548, KA 551, KA 553, KA 554, KA 555, KA 556, KA 557, KA 563, KA 564, KA 565, KA 567, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 580 (ohne Konto 5805), KA 590, KA 591, KA 593, KA 599
6. Krankengeld - Vollerhebung	abzüglich	KGr 47 KA 476
7. Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse - Vollerhebung	Summe aus	KA 402, KA 448, KA 488, KA 572
8. nicht besetzt		
9. Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP - Vollerhebung	Summe aus	KA 581, KA 582, KA 583

Die Arzneimittelrabatte (KA 439) mindern das Ausgabenvolumen im HLB 3. Die Beträge der KA 589 werden pauschal in den HLB1 und HLB 4 berücksichtigt. Die Beträge der KA 588 und 598 werden pauschal in allen HLB außer im HLB 6 berücksichtigt. (siehe Anlagen 1.6 und 1.7).

C - Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2004:

(1) In § 1 der Vereinbarung sind die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben definiert. Danach sind alle Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr anzusetzen, die in der der Vereinbarung beigefügten Liste über die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aufgeführt sind (vgl. Abschnitt A).

(2) Zuzüglich ist gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 12 der RSAV ab 2003 eine Programmkostenpauschale für in strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) nach § 137g SGB V eingeschriebene Versicherte (DMP-Versicherte) zu berücksichtigen. Die Programmkosten umfassen Aufwendungen der Krankenkassen, die zusätzlich und unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen. Hierzu zählen Aufwendungen für

- Programmentwicklung und Akkreditierung,
- Versicherteninformationen und Betreuung der DMP-Teilnehmer,
- Dokumentation, Evaluation und Prüfdienste sowie eine
- Finanzierungspauschale für Datenstellen und Arbeitsgemeinschaften für die Bearbeitung der für die Durchführung der DMP benötigten Daten.

Für das Ausgleichsjahr 2003 beträgt die Programmkostenpauschale 84,- Euro. Ab dem Ausgleichsjahr 2004 erhöht sich die Programmkostenpauschale jährlich um die bundesweite Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 71 Abs. 3 SGB V. Das BVA ermittelt unverzüglich nach Bekanntgabe der Veränderungsrate für das Ausgleichsjahr die Höhe der Programmkostenpauschale und teilt diese den Spitzenverbänden mit. Der Betrag ist kaufmännisch auf Cent zu runden.

Je Krankenkasse wird die Summe der Versichertenjahre der DMP-Versicherten eines Ausgleichsjahres mit der Programmkostenpauschale multipliziert. Man erhält je Krankenkasse den Gesamtbetrag der zu berücksichtigenden Programmkostenpauschale. Der Beitragsbedarf der Krankenkasse nach § 10 RSAV wird um diesen Gesamtbetrag erhöht.

Bei der Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes nach § 11 RSAV wird der Beitragsbedarf (§ 10 RSAV) aller Krankenkassen einschließlich der Gesamtbeträge der zu berücksichtigenden Programmkostenpauschale zugrunde gelegt.

(3) Die Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen zu vermindern, die in der KK 3 zu buchen sind. Darüber hinaus sind die in Anlage 1.7 bezeichneten Abzugs- und Anrechnungsbeträge zu berücksichtigen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

- | | | |
|--|--------|---------------|
| - Erstattungen nach § 19 BVG a.F. | Konto | 3200 |
| - Erstattungen nach Art. 32 AVmG | Konto | 3213 |
| - Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V | Konten | 3214 bis 3219 |
| - 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 |

sowie um:

- Arzneimittelrabatte	KA	439
- 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 - nachfolgend Erstattungen für Krankengeld genannt - und allen übrigen Erstattungen - nachfolgend 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), des Betrages der KA 598 (Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen), des Betrages der KA 589 (Verwendete Mittel zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung nach § 140d SGB V) und des Betrages der KA 588 (Komplexpauschalen bei integrierter Versorgung) muss identisch sein mit dem in KJ1 unter Schl.-Nr. 9995, Spalte 2 ausgewiesenen Gesamtbetrag.

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach Abschnitt A enthalten keine Programmkosten, da diese bereits in der Programmkostenpauschale berücksichtigt werden.

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).

Anlage 1.2: Stichprobenauswahl (zu § 6 der Vereinbarung)

A - Zu berücksichtigende Geburtstage aller Versicherten, die nicht Erwerbsminderungsrentner (Anlage 1.4a) sind

West: 7 Tage

2. Februar
7. April
19. Mai
21. Juli
7. August
24. Oktober
11. Dezember

Ost: 18 Tage

5. Januar
22. Januar
2. Februar
17. Februar
9. März
31. März
7. April
5. Mai
19. Mai
13. Juni
18. Juni
21. Juli
7. August
7. September
24. Oktober
1. November
19. November
11. Dezember

B - Zusätzlich zu berücksichtigende Geburtstage aller Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahren, die nicht Erwerbsminderungsrentner (Anlage 1.4a) sind

West: zusätzliche 11 Tage

5. Januar
22. Januar
17. Februar
9. März
31. März
5. Mai
13. Juni
18. Juni
7. September
1. November
19. November

Ost: zusätzliche 18 Tage

16. März
12. April
28. April
29. Mai
8. Juni
10. Juni
9. Juli
14. Juli
16. Juli
6. August
23. August
30. August
4. September
28. September
14. Oktober
19. Oktober
6. Dezember
29. Dezember

C - Zu berücksichtigende Geburtstage aller Versicherten, die Erwerbsminderungsrentner (Anlage 1.4a) sind

West: 3 Monate

Ost: 6 Monate

März

Januar

Mai

März

September

Mai

Juli

jeweils alle Tage

September

November

jeweils alle Tage

D – Stichprobenumfang der Versicherten nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV

West: Auswahlsatz 100 v.H.

Ost: Auswahlsatz 100 v.H.

jeweils alle Tage

jeweils alle Tage

Anlage 1.3: Versichertenstatus (zu § 7 Abs. 2 der Vereinbarung)

Belegung der Felder für den Versichertenstatus

1. Stelle Versichertenstatus - Versichertenart

- 1 = Mitglied
- 3 = Familienversicherter
- 5 = Rentner

2. - 4. Stelle Versichertenstatus - Stichprobenzuordnung

Merkmale für die Stichprobenerhebung zum Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V mit folgenden Ausprägungen:

2. Stelle Stichprobenzuordnung

- 0 = Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
- 1 - 8 = Versicherter nimmt an der Stichprobe teil
- 1 = weiblich, ohne Erwerbsminderungsrentenbezug
- 2 = männlich, ohne Erwerbsminderungsrentenbezug
- 3 = weiblich, mit Erwerbsminderungsrentenbezug
- 4 = männlich, mit Erwerbsminderungsrentenbezug
- 5 = wie 1, nur vor 1900 geboren
- 6 = wie 2, nur vor 1900 geboren
- 7 = wie 1, nur nach 1999 geboren
- 8 = wie 2, nur nach 1999 geboren.

3. - 4. Stelle Stichprobenzuordnung - Geburtsjahr

00 in Verbindung mit Stelle 2 = 0:
Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil

00 - 99 in Verbindung mit Stelle 2 > 0:
Geburtsjahr JJ

5. Stelle Rechtskreis / DMP-Kennzeichnung / Zusatzinformation

- 1 = Rechtskreis West
- 4 = Betreute Sozialhilfeempfänger (nicht RSA-relevant)
- 6 = BVG und verwandte Betreuungskreise (nicht RSA-relevant)
- 7 = SVA nach Aufwand (deutsch-niederländische Grenzgänger; nicht RSA-relevant)
- 8 = SVA pauschal (nicht RSA-relevant)
- 9 = Rechtskreis Ost

- A = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Brustkrebs – Rechtskreis West
- C = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Brustkrebs – Rechtskreis Ost

- M = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Diabetes-mellitus-Typ-II – Rechtskreis West
- X = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Diabetes-mellitus-Typ-II – Rechtskreis Ost
- K = Eingeschriebene Versicherte in DMP-KHK – Rechtskreis West
- L = Eingeschriebene Versicherte in DMP-KHK – Rechtskreis Ost
- E = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Diabetes-mellitus-Typ-I – Rechtskreis West
- N = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Diabetes-mellitus-Typ-I – Rechtskreis Ost
- D = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Asthma – Rechtskreis West
- F = Eingeschriebene Versicherte in DMP-Asthma – Rechtskreis Ost
- S = Eingeschriebene Versicherte in DMP-COPD – Rechtskreis West
- P = Eingeschriebene Versicherte in DMP-COPD – Rechtskreis Ost

Anlage 1.4: Meldeverfahren (zu § 8 der Vereinbarung)

Anleitung zur Erfassung der Daten für die Durchführung des Risikostruktur- ausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 267 SGB V

A. Allgemeine Erläuterungen

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.4 ist gültig für das Berichtsjahr 2004.

1. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Daten über die Versicherten nach § 267 Abs. 2 SGB V (Satzart 40 - Versicherungszeiten -) für das zurückliegende Kalenderjahr einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums. Die Erhebung der Satzart 40 für den Schlussausgleich ist frühestens ab 15.02. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres durchzuführen.

2. Vorlagetermine

Die Krankenkassen übermitteln die Daten an ihren jeweils zuständigen Spitzenverband wie folgt:

- a) Meldung der Daten über die Versicherten nach § 267 Abs. 2 SGB V (Satzart 40) für das Berichtsjahr bis spätestens 15.06. des auf das Berichtsjahr (2004) folgenden Jahres,
- b) Korrekturmeldungen der Daten über die Versicherten nach § 12 Abs. 1 bis 5 der Vereinbarung (Satzart 40) für die Korrekturjahre bis spätestens 16.05. (obligatorische und fakultative Korrekturmeldungen),
- c) Meldung der Daten über die Versicherten nach § 267 Abs. 2 SGB V (Satzart 40) für den 1. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 01.01. - 30.06.) bis spätestens 15.8. des Berichtsjahres, für den 2. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 01.01. - 31.12.) bis spätestens 15.02. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
- d) Meldung der Daten über die Leistungsausgaben nach § 267 Abs. 3 SGB V (Satzart 41) bis spätestens 31.07. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
- e) Meldung der Daten über die Krankengeldausgaben und die Krankengeldtage nach § 267 Abs. 3 SGB V (Satzart 42) bis spätestens 30.06. des auf das Berichtsjahr (2004) folgenden Jahres.

Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. nach Bereinigung übermitteln die Spitzenverbände der Krankenkassen die Daten an das BVA bis zu folgenden Terminen:

- aa) Meldung der Daten über die Versicherten nach § 267 Abs. 2 SGB V (Satzart 40) für das Berichtsjahr bis spätestens 15.07. des auf das Berichtsjahr (2004) folgenden Jahres,

- bb) Korrekturmeldungen der Daten über die Versicherten nach § 12 Abs. 1 bis 5 der Vereinbarung (Satzart 40) bis spätestens 30.06.,
- cc) Meldung der Daten über die Versicherten nach § 267 Abs. 2 SGB V (Satzart 40) für den 1. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 01.01. - 30.06.) bis spätestens 15.09. des Berichtsjahres, für den 2. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 01.01. - 31.12.) bis spätestens 15.03. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
- dd) Meldung der Daten über Leistungsausgaben (Satzart 41) nach § 267 Abs. 3 SGB V bis spätestens 15.08. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
- ee) Meldung der Daten über Krankengeldausgaben und Krankengeldtage nach § 267 Abs. 3 SGB V (Satzart 42) bis spätestens 31.07. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres,
- ff) zusätzliche Datenmeldung über auf Hauptleistungsbereiche aggregierte Ausgaben und Erstattungen gemäß den Jahresrechnungen (KJ1) jeder Einzelkasse (Satzart 43) bis spätestens 30.06. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres.

Mit der Datenübergabe sind die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA mitzuteilen.

3. Verpflichtung zur Meldung

Die Daten sind dem BVA für jede Einzelkasse durch die Spitzenverbände zu übermitteln.

Die Daten sind von allen Krankenkassen zum Fusionsstand 31.12. des Ausgleichsjahres vorzulegen. Krankenkassen, die im Laufe des Ausgleichsjahres ohne Rechtsnachfolger geschlossen worden sind, haben die Datenmeldungen nach Abschnitt B abzugeben.

B. Erläuterungen zum Inhalt

Es gelten folgende Satzarten

1. für den Versichertendatensatz (§ 267 Abs. 2 SGB V, § 12 Abs. 1 bis 5 der Vereinbarung sowie § 17 Abs. 3a RSAV - Zwischenausgleich) = die Satzart 40,
2. für den Leistungsdatensatz (§ 267 Abs. 3 SGB V) = die Satzart 41,
3. für den Datensatz über Krankengeld und Krankengeldtage (§ 267 Abs. 3 SGB V) = die Satzart 42,
4. für die zusätzliche Datenmeldung (zu § 10 Abs. 2 der Vereinbarung) = die Satzart 43.

Die Betragsangaben in den Satzarten 41 und 42 sind nur in vollen Euro anzugeben; Cent sind ohne Rundung fortzulassen.

Die Betragsangaben in der Satzart 43 sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben.

Nicht besetzte Betragsfelder werden in der vollständigen Feldlänge entweder mit BLANK (erfordert zugehöriges Vorzeichenfeld BLANK) oder der Ziffer „0“ (erfordert zugehöriges Vorzeichenfeld „+“) belegt.

Datensatz für die Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich

- Meldung nach § 267 Abs. 2 SGB V -

1. Versicherte (Satzart 40)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	Satzart 40
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben.
4	Land	16	17	2	Blank (Eine Datenangabe hat nicht zu erfolgen.)
5	Versichertengruppe	18	19	2	Es sind die Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 RSAV zu schlüsseln: 1. Stelle der Versichertengruppe: 0 = Nicht-DMP-Versicherte 1 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ II 2 = DMP-Versicherte Brustkrebs 3 = DMP-Versicherte KHK 4 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ I 5 = DMP-Versicherte Asthma bronchiale 6 = DMP-Versicherte COPD 2. Stelle der Versichertengruppe: 1 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV 2 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV 3 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 3 RSAV 4 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 1) RSAV 5 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 2) RSAV 6 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5 RSAV
6	Geschlecht	20	20	1	Es sind zu schlüsseln: 1 = weiblich 2 = männlich
7	Alter	21	22	2	Es sind zu schlüsseln: 00 = unter einem Jahr bis 90 = 90 und älter (vgl. Altersschlüssel)
8	Versichertentage	23	36	14	Es sind die Versicherungszeiten in Tagen anzugeben.

Feld-Nr.	Bezeichnung	von	Stellen bis	Stellen	Inhalt bzw. Erläuterung
9	Vorzeichen bzgl. Versichertentage	37	37	1	"+" => positiver Wert bzgl. Versichertentage "- " => negativer Wert bzgl. Versichertentage

Erläuterungen zur Satzart 40 (Versichertendaten)

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Versichertendaten ist die Satzart "40" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Die Betriebsnummer muss mit der in der Jahresrechnung KJ 1 verwendeten identisch sein.

d) Zu Datenfeld 4 (Land)

Das Datenfeld bleibt blank; eine Schlüsselung nach den einzelnen Bundesländern hat nicht zu erfolgen.

e) Zu Datenfeld 5 (Versichertengruppen)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen gelten die in § 2 RSAV aufgeführten Gliederungen, und zwar:

1. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Grundsätzliche Zuordnung -

0 = Versicherte, die nicht in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, nachfolgend DMP genannt) eingeschrieben sind (Nicht-DMP-Versicherte)

1 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ II eingeschrieben sind

2 = Versicherte, die in ein DMP für Brustkrebs eingeschrieben sind

3 = Versicherte, die in ein DMP für KHK (Koronare Herzkrankheit) eingeschrieben sind

4 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ I eingeschrieben sind

5 = Versicherte, die in ein DMP für Asthma bronchiale eingeschrieben sind

6 = Versicherte, die in ein DMP für COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) eingeschrieben sind

2. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Spezifizierung -

1 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV

Hierhin gehören alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die unter 4 zu verschlüsselnden Mitglieder. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch freiwillige Mitglieder, für die der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V gilt und die **keine** Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Rente) nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

Nach § 33 Abs. 3 SGB VI können Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) sein: Rentenbezieher wegen teilweiser Erwerbsminderung, Rentenbezieher wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeitsrentner, Berufsunfähigkeitsrentner und Bezieher einer Rente für Bergleute.

2 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV

Hierhin gehören alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die unter 5 zu verschlüsselnden Versicherten. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch freiwillige Mitglieder, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 SGB V gilt und die **keine** EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

3 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 3 RSAV

Hierhin gehören alle Versicherten, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ohne die unter 6 zu verschlüsselnden Versicherten. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch freiwillige Mitglieder, für die der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V gilt und die **keine** EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen; hierunter sind auch die Mitglieder zu verschlüsseln, für die der Beitragssatz nach § 245 SGB V anzuwenden ist (z. B. Studenten, Praktikanten) sowie ab 1995 die Rentner.

Ferner gehören hierhin alle nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, sofern sie **keine** EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

4 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 1) RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 1 genannten Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3

SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Nicht hierhin gehören die Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 der Altersgruppen ab 66 Jahre sowie der Altersgruppe 65 nach Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

5 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 2) RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 2 genannten Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Nicht hierhin gehören die Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 der Altersgruppen ab 66 Jahre sowie der Altersgruppe 65 nach Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

6 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5 RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 3 genannten Versicherten (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch die Mitglieder, für die der Beitragssatz nach § 245 SGB V anzuwenden ist (z. B. Studenten, Praktikanten) sowie ab 1995 die Rentner, sofern sie gemäß Anlage 1.4a eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

Ferner gehören hierhin alle nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, sofern sie gemäß Anlage 1.4a eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

Nicht hierhin gehören die Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5 der Altersgruppen ab 66 Jahre sowie der Altersgruppe 65 nach Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

Die Zuordnung der Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffern 4 und 5 RSAV der Altersgruppen ab 66 Jahre ist gemäß Anlage 1.5, Abschnitt A 1 c vorzunehmen.

Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird.

Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 3a SGB V ruhen, sind nicht mit einzubeziehen.

f) Zu Datenfeld 6 (Geschlecht)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen nach dem Geschlecht gelten folgende Merkmale:

- 1 = weiblich
- 2 = männlich

g) Zu Datenfeld 7 (Alter)

Die Altersabstände betragen ein Jahr (§ 2 Abs. 3 RSAV). Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit Alter unter einem Jahr sind dem Alter null (0) und Versicherte mit Alter über neunzig dem Alter neunzig (90) zuzuordnen.

In den Versichertengruppen für EM-Rentner sind Versicherte mit Alter unter 35 Jahren dem Alter 35 zuzuordnen. Die Altersstufen 0 bis 34 werden in die Altersstufe 35 summiert und sind somit nicht zu belegen.

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der Versicherten in den Versichertengruppen zu erheben. Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen gilt die Gliederung gemäß dem Datenfeld 5 (Versichertengruppe).

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

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

In den Versichertengruppen für EM-Rentner beginnt die Versicherungszeit für EM-Rentner auf Zeit mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, frühestens mit dem ersten Tag des Berichtsjahres, jedoch nicht vor dem 1. Januar 2001.

In den Versichertengruppen für DMP-Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV beginnt und endet die Versicherungszeit gemäß § 3 Abs. 3 RSAV.

Datensatz für die Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich

- Meldung nach § 267 Abs. 3 SGB V -

2. Leistungen ohne Krankengeld (Satzart 41)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	Satzart 41
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben.
4	Land	16	17	2	Blank (Eine Datenangabe hat nicht zu erfolgen.)
5	Versichertengruppe	18	19	2	Es sind zu schlüsseln: 1. Stelle der Versichertengruppe: 0 = Nicht-DMP-Versicherte 1 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ II 2 = DMP-Versicherte Brustkrebs 3 = DMP-Versicherte KHK 4 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ I 5 = DMP-Versicherte Asthma bronchiale 6 = DMP-Versicherte COPD 2. Stelle der Versichertengruppe: 7 = Versicherte ohne EM-Rentenbezug 8 = Versicherte mit EM-Rentenbezug
6	Geschlecht	20	20	1	Es sind zu schlüsseln: 1 = weiblich 2 = männlich
7	Alter	21	22	2	Es sind zu schlüsseln: 00 = unter einem Jahr bis 90 = 90 und älter (vgl. Altersschlüssel)
8	Versichertentage	23	36	14	Es sind die Versicherungszeiten in Tagen anzugeben.
9	Vorzeichen bzgl. Versichertentage	37	37	1	"+" => positiver Wert bzgl. Versichertentage "- " => negativer Wert bzgl. Versichertentage
10-27	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	38	172		Leistungsausgaben gemäß § 1 Abs. 1 dieser Vereinbarung
10	Insgesamt	38	51	14	Summe der Felder 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24 und 26

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
11	Vorzeichen bzgl. Leistungsausgaben insgesamt	52	52	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA insgesamt "-" => negativer Wert bzgl. LA insgesamt
12	Ärzte	53	66	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 1 der Anlage 1.1
13	Vorzeichen bzgl. LA Ärzte	67	67	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Ärzte "-" => negativer Wert bzgl. LA Ärzte
14	Zahnärzte	68	81	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 2 der Anlage 1.1
15	Vorzeichen bzgl. LA Zahnärzte	82	82	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Zahnärzte "-" => negativer Wert bzgl. LA Zahnärzte
16	Apotheken	83	96	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 3 der Anlage 1.1
17	Vorzeichen bzgl. LA Apotheken	97	97	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Apotheken "-" => negativer Wert bzgl. LA Apotheken
18	Krankenhäuser	98	111	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 4 der Anlage 1.1
19	Vorzeichen bzgl. LA Krankenhäuser	112	112	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Krankenhäuser "-" => negativer Wert bzgl. LA Krankenhäuser
20	Sonstige Leistungsausgaben	113	126	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 5 der Anlage 1.1
21	Vorzeichen bzgl. sonst. LA	127	127	1	"+" => positiver Wert bzgl. sonst. LA "-" => negativer Wert bzgl. sonst. LA
22	Nicht besetzt	128	141	14	Nicht besetzt
23	Nicht besetzt	142	142	1	Nicht besetzt
24	nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	143	156	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 7 der Anlage 1.1
25	Vorzeichen bzgl. LA Dialyse	157	157	1	"+" => positiver Wert bzgl. Dialyse "-" => negativer Wert bzgl. Dialyse
26	Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP	158	171	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 9 der Anlage 1.1
27	Vorzeichen bzgl. ber. Mehrleistungen DMP	172	172	1	"+" => positiver Wert bzgl. Mehrleistungen DMP "-" => negativer Wert bzgl. Mehrleistungen DMP

Erläuterungen zur Satzart 41 (Leistungsdaten)

Vorbemerkung:

Bei den Leistungsdaten der Satzart 41 handelt es sich bei den Versichertengruppen „07“ und „08“ je nach Leistungsbereich gemäß § 6 Abs. 1 der Vereinbarung um eine Voll- oder eine repräsentative Stichprobenerhebung (§ 267 Abs. 3 SGB V) sowie bei allen übrigen Versichertengruppen um eine Stichprobe mit einem Auswahlatz von 100 Prozent. Auswahlkriterium für die Stichprobe ist der Geburtstag.

In die Stichprobe fallen:

1. alle Versicherten, die an den in der Anlage 1.2, Abschnitt A der Vereinbarung genannten Tagen eines Jahres geboren sind und keine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.
2. alle Versicherten mit einem Lebensalter ab 60 Jahre, die an den in der Anlage 1.2, Abschnitt B der Vereinbarung genannten Tagen eines Jahres geboren sind und keine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.
3. alle Versicherten mit Bezug EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI, die an den in der Anlage 1.2, Abschnitt C der Vereinbarung genannten Tagen eines Jahres geboren sind.
4. alle Versicherten, die in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm eingeschrieben sind.

Zu den Datenfeldern

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Leistungsdaten ist die Satzart "41" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Die Betriebsnummer muss mit der in der Jahresrechnung KJ 1 verwendeten identisch sein.

d) Zu Datenfeld 4 (Land)

Das Datenfeld bleibt blank; eine Schlüsselung nach den einzelnen Bundesländern hat nicht zu erfolgen.

e) Zu Datenfeld 5 (Versichertengruppe)

Nach § 267 Abs. 3 Satz 2 SGB V sind die Leistungsdaten wie folgt zu gliedern:

1. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Grundsätzliche Zuordnung -

0 = Nicht-DMP-Versicherte

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal 1 oder 9 in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

1 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ II eingeschrieben sind

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal M oder X in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

2 = Versicherte, die in ein DMP für Brustkrebs eingeschrieben sind

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal A oder C in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

3 = Versicherte, die in ein DMP für KHK eingeschrieben sind

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal K oder L in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

4 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ I eingeschrieben sind

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal E oder N in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

5 = Versicherte, die in ein DMP für Asthma bronchiale eingeschrieben sind

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal D oder F in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

6 = Versicherte, die in ein DMP für COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) eingeschrieben sind

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal S oder P in der 5. Stelle gekennzeichnet ist.

2. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Spezifizierung -

7 = Versicherte **ohne** Bezug einer EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal 1, 2, 5, 6, 7 oder 8 in der 2. Stelle gekennzeichnet ist.

8 = Versicherte **mit** Bezug einer EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI

Bei Leistungsdaten, die mit Hilfe der KV-Karte erhoben werden, handelt es sich um die Versicherten, deren KV-Karte im Chip mit dem Versichertenstatus-Merkmal 3 oder 4 in der 2. Stelle gekennzeichnet ist.

f) Zu Datenfeld 6 (Geschlecht)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen nach dem Geschlecht gelten folgende Merkmale:

- 1 = weiblich
- 2 = männlich

g) Zu Datenfeld 7 (Alter)

Für die Gliederung der Versicherten nach dem Alter betragen die Altersabstände ein Jahr (§ 2 Abs. 3 RSAV). Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte unter einem Jahr sind dem Alter null (0) und Versicherte mit Alter über neunzig dem Alter neunzig (90) zuzuordnen.

Versicherte mit Bezug einer EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden dem Alter 35 zugeordnet; die Altersstufen 0 bis 34 werden in die Altersstufe 35 summiert und sind somit nicht zu belegen.

Wenn im Datenfeld 5 der Schlüssel für Versicherte mit Bezug einer EM-Rente belegt ist, sind die Altersgruppen ab 66 Jahre **nicht** zu schlüsseln (Altersgrenze).

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Es sind jährlich für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Summen der Versicherungszeiten (Versichertentage) der in die Stichprobe fallenden Versicherten (vgl. Nr. 1 bis 4) in den Versichertengruppen zu erheben.

Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen gilt die Gliederung gemäß dem Datenfeld 5 (Versichertengruppe).

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

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

In der Versichertengruppe für EM-Rentner (vgl. Datenfeld 5) beginnt die Versicherungszeit mit dem Tag des Beginns der Rente, frühestens mit dem ersten Tag des Berichtsjahres.

Es sind auch die Versicherungszeiten von Versicherten anzugeben, die keine Leistungsausgaben in Anspruch genommen haben, deren Geburtstag jedoch zur Stichprobe gehört.

In den Versichertengruppen für DMP-Versicherte nach § 2 Abs. 1 Satz 3 RSAV beginnt die Stichprobenversicherungszeit frühestens mit dem Zugang des Akkreditierungsbescheides des BVA nach § 137g Abs. 1 SGB V und endet gemäß § 3 Abs. 3 S. 8 RSAV

i) Zu Datenfeldern 10-27 (Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

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

j) Zu Datenfeld 12 (Ärzte)

Auf Basis der Formblätter 3 der KV'en werden jahresdurchschnittliche kassenindividuelle Punktwerte errechnet. Mit diesen Punktwerten werden zur Ermittlung der Ausgabenvolumina die in Punktzahlen gemeldeten Daten der KBV/KV bewertet und mit den in Euro gemeldeten Daten zusammengeführt. Für den Fall, dass eine kassenindividuelle Ermittlung nicht möglich ist, kann ersatzweise ein kassenartendurchschnittlicher Punktwert zu Grunde gelegt werden.

Es ist sicherzustellen, dass die von den KVn einbehaltene Praxisgebühr abgezogen wird. Auch bei Praxisgebührenbefreiungen auf Grund von Satzungsregelungen hat ein Abzug zu erfolgen.

k) Zu Datenfeld 24 (nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse)

Die Ausgaben für nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sind ohne Abzug der Praxisgebühr den Versicherungszeiten im Leistungsquartal zuzuordnen.

Datensatz für die Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich

- Meldung nach § 267 Abs. 3 SGB V -

3. Krankengeld und Krankengeldtage (Satzart 42)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	Satzart 42
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben.
4	Land	16	17	2	Blank (Eine Datenangabe hat nicht zu erfolgen.)
5	Versichertengruppe	18	19	2	Es sind die Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 RSAV zu schlüsseln: 1. Stelle der Versichertengruppe: 0 = Nicht-DMP-Versicherte 1 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ II 2 = DMP-Versicherte Brustkrebs 3 = DMP-Versicherte KHK 4 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ I 5 = DMP-Versicherte Asthma bronchiale 6 = DMP-Versicherte COPD 2. Stelle der Versichertengruppe: 1 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV 2 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV 4 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 1) RSAV 5 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 2) RSAV
6	Geschlecht	20	20	1	Es sind zu schlüsseln: 1 = weiblich 2 = männlich
7	Alter	21	22	2	Es sind zu schlüsseln: 00 = unter einem Jahr bis 90 = 90 und älter (vgl. Altersschlüssel)
8	Versichertentage	23	36	14	Blank (Eine Datenangabe ist nicht erforderlich, weil diese Daten bereits in dem Datensatz 40 enthalten sind.)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	bis	Stellen	
9	Vorzeichen bzgl. Versichertentage	37	37	1	"+" => positiver Wert bzgl. Versichertentage "- " => negativer Wert bzgl. Versichertentage
10	Krankengeldausgaben	38	51	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 6 der Anlage 1.1
11	Vorzeichen bzgl. Krankengeldausgaben	52	52	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG "- " => negativer Wert bzgl. KG
12	Krankengeldzeiten	53	66	14	Es sind die Krankengeldtage anzugeben
13	Vorzeichen bzgl. Krankengeldzeiten	67	67	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Tage "- " => negativer Wert bzgl. KG-Tage

Erläuterungen zur Satzart 42 (Krankengeld und Krankengeldtage)

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Daten über Krankengeld und Krankengeldtage ist die Satzart "42" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Die Betriebsnummer muss mit der in der Jahresrechnung KJ 1 verwendeten identisch sein.

d) Zu Datenfeld 4 (Land)

Das Datenfeld bleibt blank; eine Schlüsselung nach den einzelnen Bundesländern hat nicht zu erfolgen.

e) Zu Datenfeld 5 (Versichertengruppe)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen gelten die nachfolgenden in § 2 RSAV aufgeführten Gliederungen, und zwar:

1. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Grundsätzliche Zuordnung -

0 = Nicht-DMP-Versicherte

1 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ II eingeschrieben sind

2 = Versicherte, die in ein DMP für Brustkrebs eingeschrieben sind

3 = Versicherte, die in ein DMP für KHK eingeschrieben sind

4 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ I eingeschrieben sind

5 = Versicherte, die in ein DMP für Asthma bronchiale eingeschrieben sind

6 = Versicherte, die in ein DMP für COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) eingeschrieben sind

2. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Spezifizierung -

1 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV

Hierhin gehören alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die unter 4 zu verschlüsselnden Mitglieder, die eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch die freiwilligen Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit ohne die unter 4 zu verschlüsselnden Mitglieder.

Vgl. auch § 2 Abs. 2 Ziffer 1 und Abs. 3 der Vereinbarung.

2 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV

Hierhin gehören alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die unter 5 zu verschlüsselnden Mitglieder, die eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch die freiwilligen Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld vor Beginn der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit ohne die unter 5 zu verschlüsselnden Mitglieder.

Vgl. auch § 2 Abs. 2 Ziffer 2 und Abs. 3 der Vereinbarung.

4 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 1 genannten Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der allgemeine Beitragsatz nach § 241 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Vgl. auch § 2 Abs. 3 der Vereinbarung.

5 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 2 genannten Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Vgl. auch § 2 Abs. 3 der Vereinbarung.

f) Zu Datenfeld 6 (Geschlecht)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen nach dem Geschlecht gelten folgende Merkmale:

1 = weiblich

2 = männlich

g) Zu Datenfeld 7 (Alter)

Für die Gliederung der Versichertengruppen nach dem Alter betragen die Altersabstände ein Jahr (§ 2 Abs. 3 RSAV). Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit einem Alter unter einem Jahr sind dem Alter null (0) und Versicherte mit einem Alter über neunzig dem Alter neunzig (90) zuzuordnen.

In den Versichertengruppen für EM-Rentner sind Mitglieder mit einem Alter unter 35 Jahren dem Alter 35 zuzuordnen. Die Altersstufen 0 bis 34 werden in der Altersstufe 35 summiert und sind somit nicht zu belegen.

Wenn im Datenfeld 5 (Versichertengruppe) die Schlüssel für Mitglieder mit Bezug einer EM-Rente belegt sind, sind die Altersgruppen ab 66 Jahre nicht zu schlüsseln (Altersgrenze).

h) Zu Datenfeld 8 (Versichertentage)

Eine Datenangabe ist nicht erforderlich, weil diese Daten bereits in dem Datensatz der Satzart 40 (Versichertendaten) enthalten sind. Das Datenfeld 8 bleibt somit blank.

i) Zu Datenfeld 10 (Krankengeldausgaben)

Es sind die für die Mitglieder in den Kontenarten 470 bis 478 ohne Kontenart 476 gebuchten Ausgaben nachzuweisen.

Das zur Feststellung der Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr Gesagte gilt hier gleichermaßen (vgl. Erläuterungen zur Satzart 41, Buchstabe i).

j) Zu Datenfeld 12 (Krankengeldzeiten)

Es sind für die Mitglieder die entsprechenden Krankengeldzeiten (Kalendertage) nachzuweisen, für die Krankengeldausgaben im Datenfeld 10 nachgewiesen sind.

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

4. Datensatz für das Hochrechnungsverfahren (Satzart 43)

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

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Kennzeichen	1	2	2	43
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'.
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben.
	Leerfeld	16	17	2	Blank
4	Rechtskreis	18	18	1	Es sind zu verschlüsseln: 1 = West 2 = Ost
	Kassenart	19	21	3	Es ist zu verschlüsseln: IKK = Bundesverband der Innungskrankenkassen BKN = Bundesknappschaft AOK = AOK-Bundesverband SEE = See-Krankenkasse BKK = Bundesverband der Betriebskrankenkassen EAN = Verband der Angestellten-Krankenkassen EAR = Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
6-25	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	22	171		Leistungsausgaben lt. KJ 1 gemäß Anlage 1.1, Abschnitt B
6	Summe der ber. LA ohne Krankengeld	22	35	14	Summe der Felder 8, 10, 12, 14, 16, 20, 22, und 24
7	Vorzeichen bzgl. LA Insgesamt	36	36	1	"+" => positiver Wert bzgl. Insgesamt "- " => negativer Wert bzgl. Insgesamt
8	Ärzte	37	50	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 1 der Anlage 1.1
9	Vorzeichen bzgl. LA Ärzte	51	51	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Ärzte "- " => negativer Wert bzgl. LA Ärzte

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
10	Zahnärzte	52	65	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 2 der Anlage 1.1
11	Vorzeichen bzgl. LA Zahnärzte	66	66	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Zahnärzte "- " => negativer Wert bzgl. LA Zahnärzte
12	Apotheken	67	80	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 3 der Anlage 1.1 ohne Berücksichtigung KA 439
13	Vorzeichen bzgl. LA Apotheken	81	81	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Apotheken "- " => negativer Wert bzgl. LA Apotheken
14	Krankenhäuser	82	95	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 4 der Anlage 1.1
15	Vorzeichen bzgl. LA Krankenhäuser	96	96	1	"+" => positiver Wert bzgl. LA Krankenhäuser "- " => negativer Wert bzgl. LA Krankenhäuser
16	Sonstige Leistungsausgaben	97	110	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 5 der Anlage 1.1
17	Vorzeichen bzgl. sonst. LA	111	111	1	"+" => positiver Wert bzgl. sonst. LA "- " => negativer Wert bzgl. sonst. LA
18	Krankengeld	112	125	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 6 der Anlage 1.1
19	Vorzeichen bzgl. Krankengeld	126	126	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG "- " => negativer Wert bzgl. KG
20	nicht besetzt	127	140	14	nicht besetzt
21	nicht besetzt	141	141	1	nicht besetzt
22	nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	142	155	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 7 der Anlage 1.1
23	Vorzeichen bzgl. LA Dialyse	156	156	1	"+" => positiver Wert bzgl. Dialyse "- " => negativer Wert bzgl. Dialyse
24	Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP	157	170	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 9 der Anlage 1.1
25	Vorzeichen bzgl. ber. Mehrleistungen DMP	171	171	1	"+" => positiver Wert bzgl. ber. Mehrleistungen DMP "- " => negativer Wert bzgl. ber. Mehrleistungen DMP
26–35	Erstattungen	172	246		Erstattungen und Einnahmen lt. KJ 1 gemäß Anlage 1.1, Abschnitt C
26	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	172	185	14	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, KA 3215, KA 3217,
27	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	186	186	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. KG-Erst.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
28	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	187	200	14	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, KA 3218
29	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	201	201	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. KG-Erst.
30	Erstattung Übergangsgeld	202	215	14	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V für Nicht-EM-Rentner KA 3219
31	Vorzeichen bzgl. Erstattung Übergangsgeld	216	216	1	"+" => positiver Wert bzgl. Übergangsgeld-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. Übergangsgeld-Erst.
32	Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	217	230	14	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V für EM-Rentner, KA 3214, KA 3216
33	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	231	231	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. KG-Erst.
34	Sonstige Erstattungen	232	245	14	Summe der Erstattungen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
35	Vorzeichen bzgl. Sonst. Erstattungen	246	246	1	"+" => positiver Wert bzgl. Sonst.-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. Sonst.-Erst.
36	Arzneimittelrabatte	247	260	14	Summe der Arzneimittelrabatte; §§ 130 und 130a SGB V; KA 439 ¹
37	Vorzeichen bzgl. Arzneimittelrabatte	261	261	1	"+" => positiver Wert bzgl. Arzneimittelrabatte "- " => negativer Wert bzgl. Arzneimittelrabatte
38	Rück- und Vorauszahlungen auf Zahlungen	262	275	14	Saldo der Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und der Vorauszahlungen auf Zahlungen; KA 598
39	Vorzeichen bzgl. Feld 38	276	276	1	"+" => positiver Wert bzgl. Feld 38. "- " => negativer Wert bzgl. Feld 38
40	Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	277	290	14	Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V; KA 589
41	Vorzeichen bzgl. Feld 40	291	291	1	"+" => positiver Wert bzgl. Feld 40. "- " => negativer Wert bzgl. Feld 40.

¹ Der unter KA 439 gebuchte Betrag wird mit -1 multipliziert.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
42	Ausgaben der Komplexpauschalen der integrierten Versorgung	292	305	14	Summe der Ausgaben der Komplexpauschalen zur integrierten Versorgung; KA 588
43	Vorzeichen bzgl. Feld 42	306	306	1	"+" => positiver Wert bzgl. Feld 42. "- " => negativer Wert bzgl. Feld 42.

C. Form der Datenlieferungen der Spitzenverbände an das BVA

Die Datenlieferungen der Satzarten 40 bis 43 erfolgen nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung:

Die Daten (Satzarten 40 bis 43) 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 Satzart 40 oder der Satzart 41 oder der Satzart 42 oder der Satzart 43, jeweils mit einem Vorlaufsatz und einem Nachlaufsatz enthalten.

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart.

Aufbau des Vorlaufsatzes

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung	
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	2	2	40 oder 41 oder 42 oder 43 entsprechend der in den Datensätzen gemeldeten Satzart	
	Leerfeld	3	3	1	Blank	
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'.	
	Leerfeld	6	7	2	Blank	
3	Konstante	8	15	8	'00000000' (als Kennzeichen für Vorlaufsatz)	
4	Dateibezeichnung	16	32	17	Stelle 16-18	RSA
					Stelle 19	blank
					Stelle 20-21	Berichtsjahr
					Stelle 22	blank
					Stelle 23-25	Bezeichnung des liefernden Verbandes
				IKK	Bundesverband der Innungskrankenkassen	

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen von	Stellen bis	Inhalt bzw. Erläuterung
				BKN Bundesknappschaft
				AOK AOK-Bundesverband
				SEE See-Krankenkasse
				BKK Bundesverband der Betriebskrankenkassen
				EAN Verband der Angestellten-Krankenkassen
				EAR Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
		Stelle 26		Blank
		Stelle 27-28		Angabe der in der Datei enthaltenen Satzart (SA) 40 = Versicherte 41 = Stichprobe der Leistungen 42 = Krankengeld und Krankengeldtage 43 = Datensatz für das Hochrechnungsverfahren
		Stelle 29		Blank
		Stelle 30		Bereichsbezeichnung für die in der Datei enthaltenen Daten O = Bereich Ost W = Bereich West G = Bereich Ost und West
		Stelle 31		Blank
		Stelle 32		J = Daten des RSA-Jahresausgleichs/Monatsabrechnung K = Daten des jüngsten obligatorischen Korrekturjahres L = Daten des zweitjüngsten obligatorischen Korrekturjahres S = Sonstige Datenlieferung/Daten für fakultative Korrekturjahre A = Daten für den 1. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 1.1.-30.6.) B = Daten für den 2. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 1.1.-31.12.)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
5	Erstellungsdatum	33	40	8	Banderstellungsdatum im Format 'JHJJMMTT' JHJJ = Vierstellige Jahresbezeichnung MM = Zweistellige Monatsbezeichnung TT = Zweistellige Tagesbezeichnung

2.2 Datensatz, Satzart 40

Der Satz ist in der Form aufzubauen, wie er in Abschnitt B 1 vereinbart wurde. Es ist zu beachten, dass im Feld 8, Versicherte, die Versicherungstage anzugeben sind.

2.3 Datensatz, Satzart 41

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

2.4 Datensatz, Satzart 42

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

Es ist zu beachten, dass im Feld 12, Krankengeldzeiten in Tagen anzugeben sind.

2.5 Datensatz, Satzart 43

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

2.6 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzarten 40, 41, 42 bzw. 43 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 40

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	40
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Konstante	8	15	8	'99999999' (als Kennzeichen für Nachlaufsatz)
	Leerfeld	16	22	7	Blank
8	Versicherte-Su	23	36	14	Summe der Versicherungszeit in Tagen aller in dieser Datei in Feld 8 gemeldeten Daten der Satzart 40.

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
9	Vorzeichen bzgl. Versicherte-Su	37	37	1	"+" => positiver Wert bzgl. Versicherte-Su "- " => negativer Wert bzgl. Versicherte-Su

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 41

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	41
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Konstante	8	15	8	'99999999' (als Kennzeichen für Nachlaufsatz)
	Leerfeld	16	22	7	Blank
8	Versicherte-Su	23	36	14	Summe der Versicherungszeit in Tagen aller in dieser Datei in Feld 8 gemeldeten Daten der Satzart 41.
9	Vorzeichen bzgl. Versicherte-Su	37	37	1	"+" => positiver Wert bzgl. Versicherte-Su "- " => negativer Wert bzgl. Versicherte-Su
10	Insgesamt-Su	38	51	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 10 gemeldeten Daten der Satzart 41
11	Vorzeichen bzgl. Insgesamt-Su	52	52	1	"+" => positiver Wert bzgl. Insgesamt-Su "- " => negativer Wert bzgl. Insgesamt-Su
12	Ärzte-Su	53	66	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 12 gemeldeten Daten der Satzart 41
13	Vorzeichen bzgl. Ärzte-Su	67	67	1	"+" => positiver Wert bzgl. Ärzte-Su "- " => negativer Wert bzgl. Ärzte-Su
14	Zahnärzte-Su	68	81	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 14 gemeldeten Daten der Satzart 41
15	Vorzeichen bzgl. Zahnärzte-Su	82	82	1	"+" => positiver Wert bzgl. Zahnärzte-Su "- " => negativer Wert bzgl. Zahnärzte-Su
16	Apotheken-Su	83	96	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 16 gemeldeten Daten der Satzart 41
17	Vorzeichen bzgl. Apotheken-Su	97	97	1	"+" => positiver Wert bzgl. Apotheken-Su "- " => negativer Wert bzgl. Apotheken-Su

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
18	Krankenhäuser-Su	98	111	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 18 gemeldeten Daten der Satzart 41
19	Vorzeichen bzgl. Krankenhäuser-Su	112	112	1	"+" => positiver Wert bzgl. Krankenhäuser-Su "- " => negativer Wert bzgl. Krankenhäuser-Su
20	Sonstige-Su	113	126	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 20 gemeldeten Daten der Satzart 41
21	Vorzeichen bzgl. Sonstige-Su	127	127	1	"+" => positiver Wert bzgl. Sonstige-Su "- " => negativer Wert bzgl. Sonstige-Su
22	nicht besetzt	128	141	14	nicht besetzt
23	nicht besetzt	142	142	1	nicht besetzt
24	nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse-Su	143	156	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 24 gemeldeten Daten der Satzart 41
25	Vorzeichen bzgl. Dialyse-Su	157	157	1	"+" => positiver Wert bzgl. Dialyse-Su "- " => negativer Wert bzgl. Dialyse-Su
26	Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP-Su	158	171	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 26 gemeldeten Daten der Satzart 41
27	Vorzeichen bzgl. ber. Mehrleistungen DMP-Su	172	172	1	"+" => positiver Wert bzgl. Mehrleistungen DMP "- " => negativer Wert bzgl. Mehrleistungen DMP

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 42

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	42
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Konstante	8	15	8	'99999999' (als Kennzeichen für Nachlaufsatz)
	Leerfeld	16	37	22	Blank
10	Krankengeld-Su	38	51	14	Summe der Krankengeldausgaben aller in dieser Datei in Feld 10 gemeldeten Daten der Satzart 42
11	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Su	52	52	1	"+" => positiver Wert bzgl. Krankengeld-Su "- " => negativer Wert bzgl. Krankengeld-Su

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
12	Krankengeldzeiten-Su	53	66	14	Summe der Krankengeldzeiten aller in dieser Datei in Feld 12 gemeldeten Daten der Satzart 42 in Tagen.
13	Vorzeichen bzgl. Krankengeldzeiten-Su	67	67	1	"+" => positiver Wert bzgl. Krankengeldzeiten-Su "- " => negativer Wert bzgl. Krankengeldzeiten-Su

Aufbau des Nachlaufsatzes, Satzart 43

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
1	Satzart	1	2	2	43
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 1995, das Berichtsjahr ist '95'.
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Konstante	8	15	8	'99999999' (als Kennzeichen für Nachlaufsatz)
	Leerfeld	16	21	6	Blank
6-25	Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben	22	171		Summe der Leistungsausgaben lt. KJ 1 gemäß Anlage 1.1, Abschnitt B
6	Insgesamt-Su	22	35	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 6 gemeldeten Daten der Satzart 43
7	Vorzeichen bzgl. Insgesamt-Su	36	36	1	"+" => positiver Wert bzgl. Insgesamt-Su "- " => negativer Wert bzgl. Insgesamt-Su
8	Ärzte-Su	37	50	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 8 gemeldeten Daten der Satzart 43
9	Vorzeichen bzgl. Ärzte-Su	51	51	1	"+" => positiver Wert bzgl. Ärzte-Su "- " => negativer Wert bzgl. Ärzte-Su
10	Zahnärzte-Su	52	65	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 10 gemeldeten Daten der Satzart 43
11	Vorzeichen bzgl. Zahnärzte-Su	66	66	1	"+" => positiver Wert bzgl. Zahnärzte-Su "- " => negativer Wert bzgl. Zahnärzte-Su
12	Apotheken-Su	67	80	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 12 gemeldeten Daten der Satzart 43
13	Vorzeichen bzgl. Apotheken-Su	81	81	1	"+" => positiver Wert bzgl. Apotheken-Su "- " => negativer Wert bzgl. Apotheken-Su

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
14	Krankenhäuser-Su	82	95	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 14 gemeldeten Daten der Satzart 43
15	Vorzeichen bzgl. Krankenhäuser-Su	96	96	1	"+" => positiver Wert bzgl. Krankenhäuser-Su "- " => negativer Wert bzgl. Krankenhäuser-Su
16	Sonstige Leistungsausgaben-Su	97	110	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 16 gemeldeten Daten der Satzart 43
17	Vorzeichen bzgl. Sonstige Leistungsausgaben-Su	111	111	1	"+" => positiver Wert bzgl. Sonstige LA-Su "- " => negativer Wert bzgl. Sonstige LA-Su
18	Krankengeld-Su	112	125	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 18 gemeldeten Daten der Satzart 43
19	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Su	126	126	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Su "- " => negativer Wert bzgl. KG-Su
20	nicht besetzt	127	140	14	nicht besetzt
21	nicht besetzt	141	141	1	nicht besetzt
22	nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse-Su	142	155	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 22 gemeldeten Daten der Satzart 43
23	Vorzeichen bzgl. Dialyse-Su	156	156	1	"+" => positiver Wert bzgl. Dialyse-Su "- " => negativer Wert bzgl. Dialyse-Su
24	Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP-Su	157	170	14	Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben aller in dieser Datei in Feld 24 gemeldeten Daten der Satzart 43
25	Vorzeichen bzgl. ber. Mehrleistungen DMP-Su	171	171	1	"+" => positiver Wert bzgl. Mehrleistungen DMP "- " => negativer Wert bzgl. Mehrleistungen DMP
26–35	Erstattungen	172	246		Erstattungen und Einnahmen lt. KJ 1 gemäß Anlage 1.1, Abschnitt C
26	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	172	185	14	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, KA 3215, KA 3217
27	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	186	186	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. KG-Erst.
28	Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	187	200	14	Erstattungen nach § 50 SGB V für Nicht-EM-Rentner, KA 3218

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen	
29	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Erstattungen, die den Nicht-EM-Rentnern zugeordnet werden	201	201	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. KG-Erst.
30	Erstattung Übergangsgeld	202	215	14	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V für Nicht-EM-Rentner KA 3219
31	Vorzeichen bzgl. Erstattung Übergangsgeld	216	216	1	"+" => positiver Wert bzgl. Übergangsgeld-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. Übergangsgeld-Erst.
32	Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	217	230	14	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V für EM-Rentner, KA 3214, KA 3216
33	Vorzeichen bzgl. Krankengeld-Erstattungen, die den EM-Rentnern zugeordnet werden	231	231	1	"+" => positiver Wert bzgl. KG-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. KG-Erst.
34	Sonst. Erstattungen	232	245	14	Summe der Erstattungen und Einnahmen ohne Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V
35	Vorzeichen bzgl. Sonst. Erstattungen	246	246	1	"+" => positiver Wert bzgl. Sonst.-Erst. "- " => negativer Wert bzgl. Sonst.-Erst.
36	Arzneimittelrabatte	247	260	14	Summe der Arzneimittelrabatte; §§ 130 und 130a SGB V
37	Vorzeichen bzgl. Arzneimittelrabatte	261	261	1	"+" => positiver Wert bzgl. Arzneimittelrabatte. "- " => negativer Wert bzgl. Arzneimittelrabatte
38	Rück- und Vorauszahlungen auf Zahlungen	262	275	14	Saldo der Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 und der Vorauszahlungen auf Zahlungen, KA 598
39	Vorzeichen bzgl. Feld 38	276	276	1	"+" => positiver Wert bzgl. Feld 38. "- " => negativer Wert bzgl. Feld 38
40	Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung	277	290	14	Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung nach § 140d SGB V; KA 589
41	Vorzeichen bzgl. Feld 40	291	291	1	"+" => positiver Wert bzgl. Feld 40. "- " => negativer Wert bzgl. Feld 40.
42	Ausgaben der Komplexpauschalen der integrierten Versorgung	292	305	14	Summe der Ausgaben der Komplexpauschalen zur integrierten Versorgung; KA 588
43	Vorzeichen bzgl. Feld 42	306	306	1	"+" => positiver Wert bzgl. Feld 42. "- " => negativer Wert bzgl. Feld 42.

3. Datenübermittlung

Die Übermittlung der von den Spitzenverbänden zu liefernden Daten erfolgt per Datenfernübertragung (DFÜ) an die vom BVA beauftragte

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)
Dezernat 1108 – Team 31

10704 Berlin

DFÜ-Nr.: 030/86396289

Für Rückfragen bei der BfA bestehen folgende Kontaktmöglichkeiten:

Telefon: 030/865-27967

Telefax: 030/865-27477

Anlage 1.4a: Erwerbsminderungsrentenarten (zu § 8 der Vereinbarung)

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)	
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)	

Schlüssel	Rentenbezeichnung	EM-Rentner
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
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)	

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 40, 41 und 42 als EU-/BU-Rentner zu führen sind.

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

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.5 ist gültig ab dem Berichtsjahr 2004.

Mindestkriterien für die Plausibilitätsprüfungen der Satzarten 40 (Versicherungszeiten), 41 (Leistungsausgaben) und 42 (Krankengeld und Krankengeldtage) durch die Krankenkassen und die Spitzenverbände

Nachstehend sind zu den einzelnen Datenmeldungen (Satzarten 40, 41 und 42) die mit § 9 der Vereinbarung festgelegten Plausibilitätsprüfungen erläutert, die von jeder Krankenkasse bzw. jedem Spitzenverband jeweils getrennt nach den Rechtskreisen West und Ost bzw. für das gesamte Bundesgebiet vorzunehmen sind. Die Vereinbarung beinhaltet einheitlich von allen Krankenkassen und Spitzenverbänden einzuhaltende Mindestkriterien, über die seitens der Spitzenverbände im Zuge der Datenübergabe an das BVA eine Erklärung abgegeben wird.

Weitere kassenartenübergreifende Plausibilitätsprüfungen, die zur Beurteilung der Validität der erhobenen und gemeldeten Daten GKV-weit beitragen können, werden vom BVA vorgenommen. Hieraus resultierende Ergebnisse sowie ggf. notwendige Entscheidungen werden im Rahmen einer Anhörung der Spitzenverbände beim BVA erörtert. Entscheidungen der Spitzenverbände sind insbesondere auch dann notwendig, wenn es um Qualitätsbeurteilungen geht, die sich nicht in eindeutige "Grenzwerte" operationalisieren lassen, oder wenn im Falle der Nichterfüllung vereinbarter Mindestkriterien Einzelkassen mit in starkem Maße strukturbildenden Daten nicht berücksichtigt würden.

A. Satzart 40 - Versicherungszeitenerhebung -

1. Kassenbezogene Prüfungen

Die Auswertung der erhobenen Versichertentage pro Krankenkasse erfolgt nach Umrechnung in Jahren getrennt für West und Ost bzw. für das gesamte Bundesgebiet. Die Umrechnung in Jahre erfolgt durch Division der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des Berichtszeitraums. Die Ergebnisse der Prüfungen sind dem BVA mitzuteilen. Die Datenmeldungen zur Satzart 40 werden wie folgt auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft:

a) Vergleich mit KM6 und KM1/13:

Die Erhebungsdaten werden entsprechend der Statistik KM6 je Altersstufe über alle Versichertengruppen verdichtet. Die Summen über alle Versichertengruppen in jeder Altersstufe werden danach mit den Summen der entsprechenden Altersstufen aus der KM6 - nach Umrechnung auf Jahresdurchschnittswerte - verglichen. Anschließend werden die Abweichungsraten kassenbezogen in vom Hundert der KM-Statistik altersgruppenspezifisch ausgewiesen und dem BVA mitgeteilt.

Die Werte aus der Statistik KM6 per Stichtag 1.7. sind hierzu auf einen Jahresdurchschnittswert umzurechnen, indem sie durch die Gesamtversichertenzahl aus KM1 desselben Stichtages geteilt und anschließend mit der jahresdurchschnittlichen Versichertenzahl laut KM1/13 des Erhebungsjahres multipliziert werden.

b) Vergleich mit KM6 und KM1 für den Zwischenausgleich:

Die Prüfung der Satzart 40 für den 2. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 1.1. bis 31.12) erfolgt analog dem Regelverfahren nach Buchstabe a). Falls zum Zeitpunkt der Datenprüfung die amtliche Meldung der KM1/13 noch nicht vorliegt, wird ersatzweise eine rechnerisch ermittelte KM1/13 zugrunde gelegt.

Für den 1. Zwischenausgleich (Berichtszeitraum 1.1. bis 30.6.) gelten gesonderte Regelungen. Die Erhebungsdaten werden entsprechend der Statistik KM6 je Altersstufe über alle Versichertengruppen verdichtet. Die Summen über alle Versichertengruppen in jeder Altersstufe werden danach mit den Summen der entsprechenden Altersstufen aus KM6 - nach Umrechnung auf Halbjahresdurchschnittswerte - verglichen. Anschließend werden die Abweichungsraten kassenbezogen in vom Hundert der KM-Statistik altersgruppenspezifisch ausgewiesen und dem BVA mitgeteilt.

Die Gesamtwerte aus der Statistik KM6 per Stichtag 1.7. sind hierzu auf einen Halbjahresdurchschnittswert umzurechnen, indem sie durch die Gesamtversichertenzahl aus KM1 desselben Stichtages geteilt und anschließend mit der durchschnittlichen Versichertenzahl aus den KM-Statistiken des Berichtshalbjahres multipliziert werden. Die durchschnittliche Versichertenzahl aus den KM-Statistiken des Berichtshalbjahres ist die Summe der Versichertenzahlen aus den KM-Statistiken des Berichtshalbjahres, dividiert durch 6.

c) Vergleich mit dem Vorjahr

Die aktuelle Erhebung wird kassenbezogen mit der des Vorjahres verglichen, um unplausible Änderungen in der Versichertenstruktur aufzudecken. Jeweils unabhängig voneinander werden die Merkmale Versichertengruppe, Geschlecht und Alter sowie die Summe der Versicherungszeiten geprüft, indem Kennzahlen ermittelt und dem BVA mitgeteilt werden.

Die aktuelle Erhebung für den Zwischenausgleich wird ebenfalls kassenbezogen mit der jeweils entsprechenden des Vorjahres verglichen. Liegt für das Vorjahr keine Erhebung für den Zwischenausgleich vor, wird mit der Erhebung für den Schlussausgleich des Vorjahres verglichen.

Prüfung Versichertengruppe

Es werden in der aktuellen Erhebung und in der des Vorjahres die prozentualen Anteile der Versicherungszeiten in den Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 RSAV an der Gesamtzahl der Versicherungszeiten ermittelt. Dazu wird die Summe der Versicherungszeiten der jeweiligen Versichertengruppe durch die Gesamtsumme der Versicherungszeiten dividiert und mit 100 multipliziert. Es wird die absolute Differenz (= Betrag ohne Vorzeichen) der prozentualen

Anteile in jeder einzelnen Versichertengruppe zwischen den beiden Erhebungen gebildet. Die Summe der Differenzen über alle Versichertengruppen ist die Kennzahl "Versichertengruppe".

Die Versicherungszeiten der Versichertengruppen 11 bis 16, 21 bis 26 bzw. 31 bis 36 werden den Versichertengruppen 01 bis 06 zugeordnet.

Prüfung Geschlecht

Es wird in der aktuellen Erhebung und in der des Vorjahres der prozentuale Anteil der Frauen ermittelt, indem die Summe der Versicherungszeiten der weiblichen Versicherten durch die Gesamtsumme der Versicherungszeiten dividiert und mit 100 multipliziert wird. Die absolute Differenz (= Betrag ohne Vorzeichen) der prozentualen Anteile zwischen den beiden Erhebungen ist die Kennzahl "Geschlecht".

Prüfung Alter

Es werden in der aktuellen Erhebung und in der des Vorjahres die prozentualen Anteile der Versicherungszeiten in den einzelnen Altersgruppen an der Gesamtsumme der Versicherungszeiten ermittelt. Dazu wird die Summe der Versicherungszeiten der jeweiligen Altersgruppe durch die Gesamtsumme der Versicherungszeiten dividiert und mit 100 multipliziert. Es wird die absolute Differenz (= Betrag ohne Vorzeichen) der prozentualen Anteile in den einzelnen Altersgruppen zwischen den beiden Erhebungen gebildet. Die Summe der Differenzen über alle Altersgruppen ist die Kennzahl "Alter".

Prüfung Familienquote (ab Berichtsjahr 2002)

Es wird in der aktuellen Erhebung und in der des Vorjahres die Summe der Versicherungszeiten in Jahren ermittelt, durch die Mitgliederzahl lt. jeweiliger KM1/13 dividiert und mit 100 multipliziert. Die absolute Differenz (= Betrag ohne Vorzeichen) der Quotienten ist die Kennzahl "Familienquote". Für den Zwischenausgleich gilt hinsichtlich der zugrunde zu legenden Mitgliederzahl Buchstabe b) entsprechend.

d) Überprüfung der Versicherungszeiten von Erwerbsminderungsrentnern

Nach §§ 43 und 45 SGB VI werden Renten wegen Erwerbsminderung (EM-Rente) nur bis zum Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres gezahlt. Folglich dürfen Versicherungszeiten in den Versichertengruppen für Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) in den Altersgruppen ab 66 Jahre nicht gemeldet werden. Vielmehr sind solche Versicherungszeiten den jeweiligen Altersgruppen in den entsprechenden Versichertengruppen für Nicht-EM-Rentner zuzurechnen.

e) Mindestkriterien für Plausibilität in den Prüfungen a) bis b)

Bei unplausiblen Abweichungen ist ein entsprechender Prüfungshinweis an die jeweilige Krankenkasse zu richten.

Als Orientierungsgröße für eine Überprüfung der erhobenen Versicherungszeiten nach Abschnitt a) und b) soll bis zum Vorliegen gesicherter Erfahrungswerte zunächst in der Gesamtabweichung eine Abweichung von +/- 2 v. H. herangezogen werden.

Als Orientierungsgröße für die Überprüfung der erhobenen Versicherungszeiten nach Abschnitt c) sollen für die Prüfung "Familienquote" 2 Prozentpunkte, für die Prüfung "Versichertengruppe" und "Geschlecht" 5 Prozentpunkte und für die Prüfung "Alter" 10 Prozentpunkte herangezogen werden.

f) Prüfung für das Korrekturverfahren bei Versicherungszeiten nach § 12 der Vereinbarung

Die Prüfung der Korrekturmeldung bei Versicherungszeiten aus Vorjahren erfolgt durch den Vergleich der Wiederholungserhebung mit der letzt gültigen Meldung desselben Zeitraums. Es werden die in Abschnitt c) beschriebenen ersten drei Prüfungen durchgeführt, jedoch sind bereits Kennzahlen größer 2 Prozentpunkte zu begründen. Die ermittelten Kennzahlen sind dem BVA mitzuteilen.

2. Kassenartenübergreifende/GKV-weite Prüfungen

Über den kassenbezogenen Plausibilitätsvergleich hinaus sind GKV-weite Überprüfungen der Versicherungszeiten möglich, wenn diese beim BVA zusammengeführt worden sind.

a) Vergleich mit der amtlichen Bevölkerungsstatistik und mit Mikrozensus-Ergebnissen zum Krankenversicherungsschutz

Eine Volumenprüfung der GKV-Versicherungszeiten (zusammengefasst für alle Versichertengruppen und Altersjahre) lässt sich anhand der amtlichen Bevölkerungszahlen und der Mikrozensus-Ergebnisse vornehmen, die den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung erfasst. Die Abweichungsrate der gemeldeten Satzart 40 - Versicherungszeiten von den näherungsweise abgeschätzten GKV-Versicherten (Bevölkerung abzüglich Personen mit freier Heilfürsorge abzüglich Sozialhilfeempfänger abzüglich Personen mit privatem oder ohne Krankenversicherungsschutz) und nach Abzug der Versicherten bei landwirtschaftlichen Krankenkassen zeigt, in welchem Rahmen das erfasste Versichertenvolumen sich mit amtlichen Stichtagsbevölkerungsdaten deckt und in welchem Maße es im Zeitverlaufe über mehrere Jahre hinweg schwankt.

b) Überprüfung der Erwerbsminderungsrentner

Die Erhebungsdaten der Versichertengruppen für EM-Rentner der Satzart 40 werden differenziert nach Altersgruppen mit Daten der VDR-Statistik über Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten nach Altersgruppen und Geschlecht abgeglichen. Die altersspezifischen Abweichungsraten in vom Hundert geben Hinweise auf die Validität des Volumens und der Alters- und Geschlechtsstruktur der erhobenen Versicherungszeiten der Satzart 40 für EM-Rentner.

B. Satzart 41 - Leistungsausgaben nach § 267 Abs. 3 SGB V -

1. Kassenbezogene Prüfungen

Folgende Prüfungen und Auswertungen erfolgen getrennt nach West und Ost bzw. für das gesamte Bundesgebiet:

a) Vollständigkeitsüberprüfung

Die Krankenkassen und die Spitzenverbände wirken mit allen geeigneten Mitteln darauf hin, dass im laufenden Erhebungsverfahren die benötigten Ausgabendaten (und die entsprechenden Versicherungszeiten) termingerecht von allen Leistungserbringern in den acht Hauptleistungsbereichen (siehe Anlage 1.4, Abschnitt B.2.) geliefert werden.

Die Vollständigkeitsüberprüfung der Datenlieferungen gilt sowohl im Falle einer Stichprobenerhebung als auch bei einer möglichen Vollerhebung im Rahmen des Datenträgeraustauschs.

Der jeweilige Spitzenverband stellt sicher, dass von jeder ihm angehörenden Krankenkasse zum Erhebungs- und Abgabetermin eine Meldung der Satzart 41 erfolgt.

b) Abhängigkeit der Leistungsdaten der Stichprobe von der Meldung von Stichprobenversichertentagen

Für Leistungsausgaben für EM-Rentner über 65 Jahre, die Nicht-DMP-Versicherte sind, wird folgendes Bereinigungsverfahren durchgeführt:

- Die Ausgaben in den Datensätzen werden mit dem Faktor 'Anzahl der Stichprobengeburtstage der über 60-jährigen / Anzahl der Stichprobengeburtstage der EM-Rentner' (= 0,19565) multipliziert.
- Anschließend wird bei diesen Datensätzen die Versichertengruppe für EM-Rentner in die Versichertengruppe für Nicht-EM-Rentner umgesetzt. Es erfolgt dann eine Aggregation aller Datensätze auf Ebene der Krankenkasse, Versichertengruppe, Geschlecht und Alter, sodass die Systematik der Satzart 41 erhalten bleibt.

Für Leistungsausgaben für EM-Rentner über 65 Jahre, die DMP-Versicherte sind, wird folgendes Bereinigungsverfahren durchgeführt:

- Bei diesen Datensätzen wird die Versichertengruppe für EM-Rentner in die entsprechende Versichertengruppe für Nicht-EM-Rentner umgesetzt.

Stehen nach dieser Operation Leistungsausgaben in einer Versichertengruppe getrennt nach Alter und Geschlecht keiner Versicherungszeit gegenüber, so ist dieser Datensatz spätestens bei Weiterleitung der Satzart 41 an das BVA vom Spitzenverband aus der Datenlieferung zu entfernen.

c) Ordnungsgemäße Zuordnung der Leistungsdaten und der Versicherungszeiten

Vor Weiterleitung der Satzart 41 an das BVA muss sichergestellt werden, dass die Ausgaben den definierten Hauptleistungsbereichen zugeordnet und die Versicherungszeiten der Stichprobe den zutreffenden Versichertengruppen zugeordnet sind (EM-Renten- und DMP-Status, Alter und Geschlecht).

d) Überprüfung der Stichprobenzusammensetzung der Satzart 41

Im Falle einer Stichprobenerhebung für die Satzart 41 ist folgende Überprüfung der Stichprobenzusammensetzung vorzunehmen:

Die Versicherungszeiten der Satzart 40 werden in die Systematik der Satzart 41 überführt. Die überführten Versicherungszeiten (Satzart 40) der Versichertengruppen 17 bis 18, 27 bis 28 bzw. 37 bis 38 werden den Versichertengruppen 07 bis 08 zugeordnet. Für jede Zelle der Matrix wird als Stichproben-Soll gemäß den Auswahlätzen aus Anlage 1.2 Abschnitt A bis C der Anteil an den gesamten Versicherungszeiten ermittelt.

Die Versicherungszeiten (Satzart 41) der Versichertengruppen 17 bis 18, 27 bis 28 bzw. 37 bis 38 werden mit den Auswahlätzen aus Anlage 1.2 Abschnitt A bis C multipliziert. Das Ergebnis der Multiplikation wird auf die Versicherungszeiten der Versichertengruppen 07 bis 08 aufaddiert. Für jede Zelle der Matrix wird als Stichproben-Ist der Anteil an den gesamten Versicherungszeiten ermittelt.

Für alle Versichertengruppen wird die Differenz der prozentualen Anteile der Satzart 41 und des Stichprobensolls gebildet und quadriert. Die Summe der quadrierten Differenzen über alle Versichertengruppen darf die maximal zulässige Abweichung vom Stichprobensoll (z_{\max}) nicht überschreiten.

Die maximal zulässige Abweichung (z_{\max}) wird ermittelt, indem die Summe der Versichertenjahre gemäß Satzart 40 (x) mit einem Exponenten b potenziert und mit einem Faktor d multipliziert wird ($z_{\max} = x^b * d$).

Für die Berechnung der maximal zulässigen Abweichung vom Stichprobensoll (z_{\max}) werden die numerischen Werte für die Parameter a , b , c und d ($d = 10^a * 10^c$) für die GKV-weiten Daten der Satzart 41 des Vorjahres auf der Basis einer linearen Regressionsrechnung nach der Methode der kleinsten Quadrate sowie der Abstand zwischen Regressionsgerade und Abweisungslinie (c) überprüft und neu bestimmt.

Die jährliche Anpassung der erforderlichen Parameter nimmt das BVA gemäß § 36 Abs. 5 der Vereinbarung vor.

Im Rahmen einer weiteren Prüfung führt der Spitzenverband auf Ebene der Kassenart oder geeigneter Teilgruppen getrennt nach Ost und West einen Abgleich der Soll- und der Stichprobenversicherungszeiten für jede einzelne Versichertengruppe durch und teilt dem BVA das Ergebnis der Prüfung mit.

e) Feststellung der Ausschöpfungsquoten in den Hauptleistungsbereichen

Die Spitzenverbände ermitteln für jeden Hauptleistungsbereich und insgesamt kassenbezogen getrennt nach West und Ost bzw. für das gesamte Bundesgebiet Ausschöpfungsquoten der KJ1-Ergebnisse durch die Stichprobendaten, nachdem diese mit Hilfe der Versicherungszeiten der Satzart 40 (Grundgesamtheit) hochgerechnet wurden, und teilen dem BVA diese schriftlich mit der Datenlieferung mit.

Für die Ermittlung der Ausschöpfungsquote für jeden Hauptleistungsbereich gilt der in Anlage 1.6 beschriebene Rechengang ohne die dort beschriebene Risikopoolbereinigung auf Basis der Brutto-Satzarten.

Liegen die ermittelten Ausschöpfungsquoten außerhalb des in Anlage 1.6 Nr. 4 festgelegten Toleranzbereichs, sind weiter gehende Prüfungen zur Ermittlung möglicher Ursachen vorzunehmen und Mängel ggf. zu bereinigen.

f) Überprüfung der (Teil-)Profilverläufe in den Hauptleistungsbereichen

Auf der Ebene der Kassenarten und Einzelkassen werden sowohl nach EM-Renten-Status und Geschlecht als auch zusätzlich nach DMP-Status differenziert Überprüfungen der (Teil-)Profilverläufe in den Hauptleistungsbereichen und für die Summe aller Hauptleistungsbereiche vorgenommen. Hierzu werden pro Versichertengruppe, differenziert nach Alter und Geschlecht Stichprobenleistungsausgaben durch die Versicherungszeiten der Stichprobe dividiert. Für die Überprüfung der (Teil-)Profilverläufe ohne Differenzierung nach dem DMP-Status werden zuvor die Leistungsausgaben und Versicherungszeiten getrennt nach Alter und Geschlecht auf die Versichertengruppen nach EM-Renten-Status verdichtet.

Im Ergebnis resultieren aus diesem Rechengang gruppenspezifische Leistungsausgaben pro Versichertentag für jeden Hauptleistungsbereich und für alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben insgesamt ohne Krankengeld, 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 weiter gehende Überprüfungen zur Aufdeckung der Ursachen vorzunehmen.

g) Prüfung der Korrespondenz der Versicherungszeiten in den DMP-Gruppen der Satzart 41 und der Satzart 40

Die Krankenkassen prüfen, ob den in den Versichertengruppen 17, 18, 27, 28, 37 und 38 gemeldeten Versicherungszeiten der Satzart 40 Leistungsausgaben in der Summe über alle Hauptleistungsbereiche in den entsprechenden Versichertengruppen der Satzart 41 gegenüber stehen. Bei Unplausibilitäten sind weiter gehende Prüfungen zur Ergründung möglicher Ursachen vorzunehmen.

2. Kassenartenübergreifende/GKV-weite Prüfungen: (Teil-)Profilverläufe

Auf Basis der zusammengeführten und hochgerechneten Meldungen der Satzart 41 werden GKV-durchschnittliche standardisierte Leistungsausgaben pro Tag nach Alter, Geschlecht, Versichertengruppe (entsprechend Nr. 1 f)) und Hauptleistungsbereich und für berücksichtigungsfähige Leistungen insgesamt (ohne Krankengeld) ermittelt.

Im Ergebnis resultieren aus diesem Rechengang gruppenspezifische Teilprofile pro Hauptleistungsbereich und für alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben insgesamt ohne Krankengeld, die einerseits in ihrem Verlauf im Hinblick auf Stetigkeit sowie in ihrer Relation untereinander und andererseits im Vergleich zu bereits vorliegenden Profilen (aus zurückliegenden Jahren) verglichen werden können. Die Ergebnisse werden im Rahmen einer Anhörung der Spitzenverbände beim BVA erörtert.

C. Satzart 42 - Krankengelderhebung -

1. Kassenbezogene Prüfungen

Folgende kassenbezogene Plausibilitätsprüfungen erfolgen getrennt nach West und Ost bzw. für das Bundesgebiet auf der Ebene der Einzelkassen und der einzelnen Spitzenverbände, bevor die Daten der Satzart 42 einschließlich des Prüfungsergebnisses und seiner Dokumentation an das BVA weitergegeben werden:

a) Abhängigkeit der Leistungsdaten von der Meldung der Versicherungszeiten

Stehen Krankengeldausgaben keiner entsprechenden Versicherungszeit nach Satzart 40 oder Krankengeldzeit gegenüber, so ist der Datensatz aus den Datenlieferungen zu entfernen.

b) Unplausible Krankengeldleistungen in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Fallen Leistungsdaten bei versicherten Teilgruppen an, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht anspruchsberechtigt sind (z. B. Kinder unter 14 Jahre), sind nähere Überprüfungen in den Krankenkassen vorzunehmen und diese Datensätze ggf. zu entfernen.

c) Überprüfung der Krankengeldausgabenhöhe

Zur Bereinigung unplausibel hoher Ausgabenwerte für Krankengeld sind differenziert nach Versichertengruppe, Alter und Geschlecht Durchschnittswerte pro Krankengeldtag zu bilden. Übersteigt der ermittelte Pro-Tag-Wert den Wert von 70% der für das Erhebungsjahr gültigen kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze zuzüglich der für das Erhebungsjahr gültigen Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung (aus Krankengeld plus dem Differenzbetrag aus Krankengeld und 80% der jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze), so ist der Wert aus dem Datensatz zu entfernen.

Die jährliche Anpassung des Grenzwerts nimmt das BVA nach Vorliegen der amtlichen Werte für die Beitragsbemessungsgrenzen und der entsprechenden Beitragssätze getrennt für die Bundesknappschaft und die übrigen am RSA teilnehmenden Krankenkassen vor.

d) Abgleich der Krankengeldausgaben mit den Rechnungsergebnissen nach KJ1/KV45 (KG 47 ohne KA 476)

Die Erhebungsdaten der Satzart 42 über Krankengeldausgaben werden mit den Ergebnissen der Statistik KJ1/KV45 pro Krankenkasse verglichen. Es wird eine Abweichungsrate in vom Hundert des KJ1/KV45-Ergebnisses ausgewiesen und dem BVA mitgeteilt. Bei Abweichungen von mehr als +/- 5 v. H. sind weiter gehende, im Einzelfall näher zu definierende Prüfungen durch die jeweilige Krankenkasse vorzunehmen.

e) Überprüfung des Teilprofilverlaufs Krankengeld

Auf der Ebene der Kassenarten und Einzelkassen wird sowohl nach den Versicherungengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 RSAV und Geschlecht als auch zusätzlich nach dem DMP-Status differenziert eine Überprüfung des (Teil-)Profilverlaufs für Krankengeldausgaben vorgenommen. Hierzu werden pro Versicherungsgruppe, differenziert nach Alter und Geschlecht, Pro-Tag-Werte für Krankengeldausgaben ermittelt, indem die Ausgabenbeträge durch die Versicherungszeiten der Satzart 40 dividiert werden. Für die Überprüfung der (Teil-)Profilverläufe ohne Differenzierung nach dem DMP-Status werden zuvor die Leistungsausgaben und Versicherungszeiten getrennt nach Alter und Geschlecht auf die Versicherungengruppen nach § 2 Abs. 1 Satz 2 RSAV verdichtet.

Im Ergebnis resultieren aus diesem Rechengang gruppenspezifische Krankengeldausgaben pro Versichertentag, 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 weiter gehende Überprüfungen zur Aufdeckung der Ursachen vorzunehmen.

2. Kassenartenübergreifende/GKV-weite Prüfungen: Profilverlauf

Sind die Meldungen der Satzart 42 beim BVA zusammengeführt worden, so wird eine Überprüfung des GKV-durchschnittlichen Profilverlaufs in den Versicherungengruppen durchgeführt, nachdem die Ergebnisse der Satzart 42 für Einzelkassen an KJ1-Ergebnisse angepasst und entsprechend gewichtet wurden.

Getrennt nach den Rechtskreisen West und Ost bzw. für das Bundesgebiet insgesamt sind die nach Alter, Geschlecht und Versicherungengruppen (entsprechend Nr. 1 e) differenzierten Krankengeldbeträge unter Heranziehung der Versicherungszeiten laut Satzart 40 als Beträge je Versichertentag darzustellen. Diese können einerseits in ihrem Verlauf (Stetigkeit) und in ihrer Relation untereinander sowie im Vergleich zu vorliegenden Profilen (aus zurückliegenden Jahren) überprüft werden. Die Ergebnisse werden im Rahmen einer Anhörung der Spitzenverbände beim BVA erörtert.

Anlage 1.6: Hochrechnungsverfahren (zu § 10 Abs. 2 der Vereinbarung)

A. Hochrechnungsverfahren

0. Grundsätzliches zur Hochrechnung der Krankengeldausgaben

Bei den Erwerbsminderungsrentnern (EM-Rentner) wird nicht nach dem unterschiedlichen Krankengeldanspruch der Versichertengruppen x4 und x5 unterschieden (§ 2 Abs. 1 RSAV). Aus datentechnischen Gründen erfolgt die Datenerhebung zwar weiterhin differenziert nach den Versichertengruppen x4 und x5; für die Hochrechnung der Krankengeldausgaben werden jedoch die Versichertengruppen x4 und x5 von vornherein zusammengefasst.

1. Ermittlung der Abzugs- und Anrechnungsfaktoren nach Anlage 1.7

Die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren werden gemäß Anlage 1.7 ermittelt.

2. Bildung der Netto-Satzart 43

Je Krankenkasse wird aus der gemeldeten Satzart 43 eine Netto-Satzart 43 erzeugt indem die Berechnungen in der Reihenfolge der Buchstaben a) bis f) schrittweise durchgeführt werden.

- a) Die gemeldeten Arzneimittelrabatte werden von den gemeldeten Arzneimittelausgaben abgezogen.
- b) Die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung werden mit dem Faktor FIVA aus Anlage 1.7 Nr. 2 anteilig von den Hauptleistungsbereichen Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- c) Die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen werden mit dem Faktor FRVZ aus Anlage 1.7 Nr. 3 anteilig den um die Beträge gemäß Buchstaben a) und b) bereinigten Leistungsausgaben ohne KG zugeordnet.
- d) Die über Komplexpauschalen im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten Mittel werden mit dem Faktor FIVK aus Anlage 1.7 Nr. 4 anteilig den um die Beträge gemäß Buchstabe c) bereinigten Leistungsausgaben ohne KG zugerechnet.
- e) Die um die Beträge gemäß Buchstabe d) bereinigten Leistungsausgaben ohne KG je HLB werden mit dem Faktor EfLAoKG aus Anlage 1.7 Nr. 5 multipliziert.
- f) Die gemeldeten KG werden gemäß den Ausgabenanteilen in der Satzart 42 in KG für Nicht-EM-Rentner und KG für EM-Rentner aufgeteilt und mit dem jeweiligen Faktor EfKG aus Anlage 1.7 Nr. 6 multipliziert.

Die Felder für die Beträge nach den Buchstaben a) bis f) sind in der Netto-Satzart 43 nicht mehr enthalten.

3. Bildung der Hochrechnungsmatrizen

Aus den Datenlieferungen der Krankenkassen für den RSA werden je Hauptleistungsbereich (HLB) der Satzart 41 und für die Krankengeldausgaben (KG) wie folgt die Hochrechnungsmatrizen (HM) gebildet:

Je Krankenkasse wird für jeden HLB nach Satzart 41 sowie für das KG nach Satzart 42 eine HM gebildet, indem jeweils die Versicherungszeiten (VZ) der Satzart 40 mit den jeweiligen Ausgaben verknüpft werden.

4. Stichproben- und Vollerhebung für HLB der Satzart 41

Vereinbaren die Spitzenverbände nach § 6 Abs. 1 für einen HLB der Satzart 41 eine Vollerhebung, dann gilt bei der Bereinigung der HM um die Poolbeträge ein gegenüber der Stichprobenerhebung modifiziertes Verfahren. Da im HLB 2 (Zahnärzte) das DMP-Kennzeichen in der Meldung der Zahnärzte nicht mitgeliefert wird, ist auch hier ein modifiziertes Verfahren notwendig.

Ist eine Krankenkasse nicht in der Lage, eine nach § 6 Abs. 1 vereinbarte Vollerhebung durchzuführen, entscheidet das BVA nach Anhörung der Spitzenverbände über den Ausschluss des jeweiligen HLB aus dem Hochrechnungsverfahren.

In den HLB mit Stichprobenerhebung werden für jede VG, getrennt nach Alter und Geschlecht, die Leistungsausgaben der Stichprobe ermittelt und durch die jeweils zugehörigen Stichprobenversicherungszeiten dividiert. Man erhält die Stichproben-pro-Tag-Werte der jeweiligen VG.

Im HLB 2 werden abweichend hiervon zunächst die Stichprobenversicherungszeiten und die Leistungsausgaben der Stichprobe aller VG getrennt nach Alter, Geschlecht in die VG 07 und 08 aggregiert. Damit erhält man gemeinsame Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte. Die Stichproben-pro-Tag-Werte werden anschließend in der VG 07 und 08 ermittelt und die Ergebnisse der VG 07 in die VG 17, 27 und 37, die Ergebnisse der VG 08 in die VG 18, 28 und 38 übertragen.

Die Stichproben-pro-Tag-Werte werden getrennt nach VG, Alter und Geschlecht mit den entsprechenden VZ der Satzart 40 multipliziert. Man erhält die hochgerechneten Stichproben-Leistungsausgaben.

5. Ermittlung der Ausschöpfungsquoten für HM

Für jede HM wird wie folgt eine Ausschöpfungsquote (AQ) ermittelt:

a) Ermittlung der AQ für HLB der Satzart 41

Für jede VG, getrennt nach Alter und Geschlecht, werden die Leistungsausgaben durch die jeweils zugehörigen VZ der Satzart 40 dividiert. Man erhält die Pro-Tag-Werte der jeweiligen VG. Diese Pro-Tag-Werte werden mit den entsprechenden VZ der Satzart 40 multipliziert. (Diese Rechenschritte des

Ermittlungsverfahrens der AQ dienen der späteren Behandlung von Ausreißern.)

Nunmehr wird über alle VG die Summe der Produkte aus dem vorgenannten Rechenschritt ermittelt. Diese Summe wird durch die entsprechenden Leistungsausgaben der gemeldeten Satzart 43 dividiert und man erhält damit die AQ dieser HM im jeweiligen HLB.

b) Ermittlung der AQ für KG:

Die KG aller entsprechenden Versichertengruppen werden je HM summiert.

Diese Summe wird durch die Summe der KG für EM-Rentner und der KG für Nicht-EM-Rentner gemäß der gemeldeten Satzart 43 dividiert und man erhält somit die AQ dieser HM für KG.

Behandlung von Ausreißern bei der Ermittlung der AQ für HM

Zur Behandlung von Ausreißern werden bei der Ermittlung der AQ für HM für jeden HLB der Satzart 41 die Pro-Tag-Werte in jeder VG mit dem entsprechenden Grenzwert des HLB verglichen. Überschreitet der Pro-Tag-Wert den Grenzwert, wird dieser durch den Grenzwert ersetzt. Danach wird wie unter a und b beschrieben verfahren.

Für das Ausgleichsjahr 2004 gelten als Grenzwerte je Versichertentag für die HLB der Satzart 41:

HLB	Grenzwert je Versichertentag für 2004
1. Ärzte	38,-- €
2. Zahnärzte	20,-- €
3. Apotheken	38,-- €
4. Krankenhaus	153,-- €
5. Sonstige Leistungsausgaben	38,-- €
7. Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	38,-- €

6. Ausschluss einzelner Krankenkassen vom Hochrechnungsverfahren

Soweit das BVA für einzelne Krankenkassen eine AQ

- bei den HLB der Satzart 41 bei Stichprobenerhebung von weniger als 50 v.H. oder mehr als 150 v.H.,
 - bei den HLB der Satzart 41 bei Vollerhebung von weniger als 80 v.H. oder mehr als 120 v.H.,
 - bei Krankengeld von weniger als 80 v.H. oder mehr als 120 v.H.
- ermittelt, entscheidet es nach Anhörung der Spitzenverbände über den Ausschluss betroffener Einzelkassen aus dem Hochrechnungsverfahren in den betroffenen HLB.

7. Hochrechnung auf HM-Ebene

a) Hochrechnung der HLB der Satzart 41

In jeder HM werden für jede VG, getrennt nach Alter und Geschlecht, die Leistungsausgaben durch die jeweiligen VZ der Satzart 40 dividiert.

Man erhält die Pro-Tag-Werte der jeweiligen VG in der jeweiligen HM. Überschreitet der Pro-Tag-Wert den unter 5. festgelegten Grenzwert für den entsprechenden HLB, wird dieser durch den Grenzwert ersetzt.

Diese (ggf. korrigierten) Pro-Tag-Werte werden mit den entsprechenden VZ der Satzart 40 für diese VG multipliziert.

Nunmehr wird über alle VG die Summe der Produkte aus dem vorgenannten Rechenschritt ermittelt.

Die Summe der entsprechenden Leistungsausgaben der Netto-Satzart 43 für diese HM wird durch die Summe aus dem vorgenannten Rechenschritt dividiert. Das Ergebnis ist der 1. HF für diese HM.

Jeder Pro-Tag-Wert in der HM wird nunmehr mit dem 1. HF für diese HM multipliziert. Man erhält auf diese Weise die hochgerechneten Pro-Tag-Werte für diese HM.

b) Hochrechnung der KG

Die KG aller VG werden differenziert nach EM-Rentnern und Nicht-EM-Rentnern je HM summiert.

Die KG der Netto-Satzart 43 werden, differenziert nach EM-Rentnern und Nicht-EM-Rentnern je HM durch diese Summen dividiert und man erhält die 1. HF für das KG differenziert nach EM-Rentnern und Nicht-EM-Rentnern.

Anschließend werden die KG in jeder VG der HM mit dem jeweiligen 1. HF, differenziert nach EM-Rentner und Nicht-EM-Rentner multipliziert. Man erhält auf diese Weise die hochgerechneten KG für die jeweilige HM.

c) Behandlung von Ausreißern bei der Hochrechnung auf HM-Ebene

Die mit dem 1. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte werden in jeder VG mit dem entsprechenden Grenzwert des HLB verglichen. Überschreitet der Pro-Tag-Wert den Grenzwert, wird dieser durch den Grenzwert ersetzt.

8. Hochrechnung auf GKV-Ebene

a) Hochrechnung der HLB der Satzart 41

Für jede VG wird nunmehr, getrennt nach HLB, die Summe der Produkte aus den mit dem 1. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werten und VZ der Satzart 40 über alle HM gebildet und je VG durch die Summe der VZ der Satzart 40 aller

in diesem HLB im Hochrechnungsverfahren einbezogenen HM geteilt. Man erhält auf diese Weise für jede VG die mit dem 1. HF hochgerechneten und gewichteten durchschnittlichen Pro-Tag-Werte.

Die so ermittelten Pro-Tag-Werte der jeweiligen VG werden in jedem HLB mit den VZ der Satzart 40 aller Krankenkassen der jeweiligen VG multipliziert. Man erhält die Leistungsausgaben der jeweiligen VG.

Nunmehr wird über alle VG die Summe der Produkte aus dem vorgenannten Rechenschritt ermittelt.

Die Summe der Leistungsausgaben der Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen für den jeweiligen HLB wird durch die Summe aus dem vorgenannten Rechenschritt dividiert. Das Ergebnis ist der 2. Hochrechnungsfaktor (2. HF) für den jeweiligen HLB.

Jeder Pro-Tag-Wert der jeweiligen VG wird nunmehr mit dem 2. HF multipliziert. Man erhält auf diese Weise die mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für den jeweiligen HLB.

b) Hochrechnung der KG

In jeder VG werden die mit dem 1. HF hochgerechneten KG über alle HM summiert und durch die entsprechenden VZ der Satzart 40 aller beim KG im Hochrechnungsverfahren einbezogenen HM dividiert. Man erhält auf diese Weise für jede VG den mit dem 1. HF hochgerechneten und über alle HM gewichteten durchschnittlichen Pro-Tag-Wert.

Die so ermittelten Pro-Tag-Werte der jeweiligen VG werden mit den VZ der Satzart 40 aller Krankenkassen der jeweiligen VG multipliziert. Man erhält die KG der jeweiligen VG.

Nunmehr wird über alle VG die Summe der Produkte aus dem vorgenannten Rechenschritt ermittelt.

Die Summe der KG für EM-Rentner und Nicht-EM-Rentner der Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen wird durch die Summe aus dem vorgenannten Rechenschritt dividiert. Das Ergebnis ist der 2. HF für das KG.

Jeder Pro-Tag-Wert der jeweiligen VG wird nunmehr mit dem 2. HF multipliziert. Man erhält auf diese Weise die mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für das KG.

9. Bereinigung der Leistungsausgaben um die Poolbeträge und anschließende Hochrechnung

a) Bereinigung der Leistungsausgaben um die Poolbeträge

Die mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für den jeweiligen HLB und für das KG werden mit den VZ der Satzart 40 aller Krankenkassen der jeweiligen VG multipliziert. Die Produkte werden je HLB und VG, getrennt

nach Alter und Geschlecht, um diejenigen Netto-Ausgaben, die im Risikopool ausgeglichen werden (siehe Anlage 2.4, Ziffer B.1) gemindert. Entstehen dabei negative Werte, werden diese auf Null gesetzt. Man erhält die um die Poolbeträge bereinigten Leistungsausgaben.

Diese werden durch die VZ der Satzart 40 aller Krankenkassen der jeweiligen VG dividiert. Man erhält die um die Poolbeträge bereinigten Pro-Tag-Werte der jeweiligen HLB und für das KG.

Weiterhin wird die um die Poolbeträge bereinigte Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen gebildet, indem die berechnete Netto-Satzart 43 für Poolbeträge aller Krankenkassen (siehe Anlage 2.4, Ziffer B.2) von der Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen abgezogen wird. Für die Leistungsausgaben werden die Differenzen nach HLB ermittelt, für das Krankengeld getrennt für EM-Rentner und Nicht-EM-Rentner.

b) Hochrechnung der HLB der Satzart 41

Für alle HLB wird über alle VG die Summe der um die Poolbeträge bereinigten Leistungsausgaben ermittelt. Die Summe der Leistungsausgaben der um die Poolbeträge bereinigten Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen für den jeweiligen HLB wird durch die Summe aus dem vorgenannten Rechenschritt dividiert. Das Ergebnis ist der 3. Hochrechnungsfaktor (3. HF) für den jeweiligen HLB.

Die um die Poolbeträge bereinigten Pro-Tag-Werte der jeweiligen HLB werden getrennt nach VG nunmehr mit dem 3. HF multipliziert. Man erhält auf diese Weise die mit dem 3. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte der jeweiligen HLB.

Die Pro-Tag-Werte der jeweiligen HLB werden entsprechend der Alters-, Geschlechts und Versichertengruppenzugehörigkeit über alle HLB der Satzart 41 addiert. Man erhält die Pro-Tag-Werte der Leistungsausgaben ohne KG.

Die Pro-Tag-Werte der Leistungsausgaben ohne KG werden gemäß Anlage 1.8 dieser Vereinbarung geglättet.

c) Hochrechnung der KG

Über alle VG wird die Summe der um die Poolbeträge bereinigten KG ermittelt. Die Summe der KG für EM-Rentner und Nicht-EM-Rentner der um die Poolbeträge bereinigten Netto-Satzart 43 aller Krankenkassen wird durch die Summe aus dem vorgenannten Rechenschritt dividiert. Das Ergebnis ist der 3. Hochrechnungsfaktor (3. HF) für das KG.

Die um die Poolbeträge bereinigten Pro-Tag-Werte für das KG der jeweiligen VG werden nunmehr mit dem 3. HF multipliziert. Man erhält auf diese Weise die mit dem 3. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für das KG.

Diese Pro-Tag-Werte des KG werden gemäß Anlage 1.8 dieser Vereinbarung geglättet.

10. Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben

Nunmehr werden die geglätteten Pro-Tag-Werte der Leistungsausgaben ohne KG den endgültigen Versichertengruppen entsprechend der Alters- und Geschlechtszugehörigkeit zugeordnet. Die geglätteten Pro-Tag-Werte für das KG werden lediglich den dafür vorgesehenen Versichertengruppen zugeordnet. Danach werden diese Pro-Tag-Werte in den jeweiligen VG addiert. Man erhält damit für jede VG die Pro-Tag-Werte der standardisierten Leistungsausgaben.

11. Ermittlung des 100 %-Wertes

Die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben gemäß Anlage 1.1 dieser Vereinbarung aller Krankenkassen nach KJ1, gemindert um die Summe der Poolbeträge aller Krankenkassen, werden durch die Summe der VZ aller Krankenkassen gemäß Satzart 40 dividiert. Man erhält damit den 100 %-Wert.

12. Ermittlung der Verhältniswerte

Alle Pro-Tag-Werte aus Nr. 10 werden durch den 100 %-Wert aus Nr. 11 dividiert. Man erhält damit die vom BVA bekannt zu machenden Verhältniswerte der standardisierten Leistungsausgaben gemäß § 267 Abs. 5 SGB V.

13. Korrekturfaktor

Werden nach der Ermittlung der Verhältniswerte nach Nr. 12 noch Korrekturen an den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben nach KJ1 bzw. an den Poolbeträgen bei einzelnen Krankenkassen erforderlich, so fließen diese zur endgültigen Feststellung der standardisierten Leistungsausgaben gemäß § 6 RSAV über den dort definierten Korrekturfaktor ein.

B. Übergangsregelungen für den Jahresausgleich 2004

Im Jahresausgleich 2004 finden zwei Rechnungsläufe der Ziffern A.5 bis A.8 statt. Der erste Rechnungslauf dient dazu, Profile ohne eine Differenzierung nach DMP zu ermitteln, die die Grundlage der Profile in den VG 01, 02, 04, 07, 08, 31, 32, 34, 37 und 38 beider Rechtskreise sowie der VG 21, 22, 24, 27, 28 des Rechtskreises Ost bilden. Der zweite Rechnungslauf ermittelt differenzierte Profile, die für die VG 11, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 24, 27 und 28 Verwendung finden. Anschließend findet eine Volumenbereinigung der Ausgaben in den VG 01, 02, 04, 07 und 08 statt.

1. Erster Rechnungslauf: Ermittlung gemeinsamer Pro-Tag-Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte

Die HM werden getrennt nach HLB in die VG 07 und 08 bzw. für das KG in die VG 01, 02 und 04 aggregiert, indem die VZ der Satzart 40 und die Leistungsausgaben bzw. hochgerechneten Stichproben-Leistungsausgaben über alle VG getrennt nach Alter und Geschlecht addiert werden.

2. Zweiter Rechnungslauf: Ermittlung getrennter Pro-Tag-Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte

Die HM werden getrennt nach HLB und KG unter Verwendung der VG 01, 02, 04, 07, 08, 11, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 24, 27, 28, 31, 32, 34, 37 und 38 verarbeitet. Bei unplausiblen Datenmeldungen in einer der VG 17, 18, 27 oder 28 entscheidet das BVA nach Anhörung der Spitzenverbände über den Ausschluss betroffener Einzelkassen aus dem Hochrechnungsverfahren in den betroffenen HLB. Ansonsten wird der Kassenausschluss nach Ziffer A.6 des ersten Rechnungslaufes übernommen.

Die in Ziffer A.9 verwendeten mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte der jeweiligen HLB und für das KG werden wie folgt gebildet:

In die VG 17, 18, 27 und 28 werden getrennt nach HLB sowie nach Alter und Geschlecht die entsprechenden mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte des jeweiligen HLB des zweiten Rechnungslaufes übernommen. Ebenso werden in die VG 11, 12, 14, 21, 22, 24 getrennt nach Alter und Geschlecht die entsprechenden mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für das KG des zweiten Rechnungslaufes übernommen.

Abweichend hiervon werden in die VG 27 und 28 des Rechtskreises Ost die entsprechenden mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte des jeweiligen HLB der VG 07 und 08 des ersten Rechnungslaufes und in die VG 21, 22 und 24 des Rechtskreises Ost die entsprechenden mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für das KG der VG 01, 02 und 04 des ersten Rechnungslaufes übernommen. Zur Ermittlung gesamtdeutscher Pro-Tag-Werte (Anlage 1.9) werden diese Pro-Tag-Werte getrennt nach Rechtskreis mit den VZ der Satzart 40 der jeweiligen VG multipliziert und getrennt nach VG über beide Rechtskreise addiert. Das Ergebnis wird durch die Summe der Satzart 40 beider Rechtskreise der jeweiligen VG geteilt.

In die VG 07, 08, 37 und 38 werden getrennt nach HLB sowie nach Alter und Geschlecht die entsprechenden mit dem 2. HF hochgerechneten Leistungsausgaben der VG 07 und 08 des ersten Rechnungslaufes übernommen. Ebenso werden in die VG 31, 32 und 34 getrennt nach Alter und Geschlecht die entsprechenden mit dem 2. HF hochgerechneten Pro-Tag-Werte für das KG der VG 01, 02 und 04 des ersten Rechnungslaufes übernommen.

Nunmehr werden die so gebildeten Pro-Tag-Werte der VG 01, 02, 04, 07 und 08 mit den VZ der aggregierten Satzart 40 aller Krankenkassen der jeweiligen VG des ersten Rechnungslaufes, die so gebildeten Pro-Tag-Werte der übrigen VG mit den VZ der getrennten Satzart 40 aller Krankenkassen der jeweiligen VG des zweiten Rechnungslaufes multipliziert. Von diesen Produkten in den VG 07 und 08 bzw. 01, 02 und 04 werden die nach HLB und KG, Alter und Geschlecht getrennt gebildeten Summen der Produkte über die DMP-VG 1x bis 3x abgezogen.

Hinweis:

Versichertengruppen (VG) sind in dieser Anlage auch dann, wenn dies nicht explizit betont ist, stets als nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen zu verstehen.

Ablaufdiagramm zur Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben gem. der Vereinbarung der SpV nach §267 SGB V

1. Bildung der Basis für die zwei Berechnungsläufe

1. Berechnungslauf:
Ermittlung gemeinsamer Pro-Tag-Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte

Die Berechnungen werden mit den VG 07-38 der errechneten Hochrechnungsmatrix durchgeführt.
 (Ablaufdiagramm A - Ergebnis aus Schritt 3)

Die VG 07-38 werden in die VG07 und 08 aggregiert.

2. Durchführung der Kassenausschlüsse

Kassenausschluss
 Wenn AQ ausserhalb der Toleranzgrenze, Prüfung ob Ausschluss der Daten von Hochrechnung

3. Durchführung der Berechnungen

Die Berechnungen werden entsprechend Ablaufplan A und Ablaufplan B bis nach der Berechnung der **PTW KAnHF2** durchgeführt

4. Berechnung der DMPG.0

Berechnung 3: Berechnung der LA und Ermittlung der DMPG 0

RK		OST ALLE HLB		WEST ALLE HLB	
DMP	DMP 0	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{1.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{1.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{1.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{1.Ber.}
DMP	DMP 1	PTW KAnHF2 _{2.Ber.} x SA40 LA _{DMP1 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{2.Ber.} x SA40 LA _{DMP1 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{2.Ber.} x SA40 LA _{DMP1 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{2.Ber.} x SA40 LA _{DMP1 2.Ber.}
DMP	DMP 2	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP2 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP2 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP2 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP2 2.Ber.}
DMP	DMP 3	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP3 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP3 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP3 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{1.Ber.} x SA40 LA _{DMP3 2.Ber.}
=		= LA KAnHF2 DMP 0 _{3.Ber.}		= LA KAnHF2 DMP 0 _{3.Ber.}	

5. Bildung der SA 41 GKV nach zweiten Hochrechnungsfaktor

Plausibilisierte SA41 PTW KAnHF2 GKV
 (Einzusetzen in Ablaufplan B - Schritt 3)
 Im Bund ist in der DMPG 2 die Sonderregelung Bund aufgrund der Ermittlung von PTW aus zwei Berechnungen zu beachten!

RK		OST ALLE HLB		WEST ALLE HLB	
DMP	DMP 0	PTW KAnHF2 _{DMP0} SA40 LA _{DMP0 2.Ber.}	LA KAnHF2 _{DMP0} SA40 LA _{DMP0 2.Ber.}	PTW KAnHF2 _{DMP0} SA40 LA _{DMP0 2.Ber.}	LA KAnHF2 _{DMP0} SA40 LA _{DMP0 2.Ber.}
DMP	DMP 1	PTW KAnHF2 _{DMP1 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP1 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP1 2.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP1 2.Berechnung}
DMP	DMP 2	PTW KAnHF2 _{DMP2 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP2 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP2 2.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP2 2.Berechnung}
DMP	DMP 3	PTW KAnHF2 _{DMP3 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP3 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP3 1.Berechnung}	PTW KAnHF2 _{DMP3 1.Berechnung}

2. Berechnungslauf:
Ermittlung getrennter Pro-Tag-Werte für Nicht-DMP- und DMP-Versicherte

Berechnungen werden mit den VG07-38 der errechneten Hochrechnungsmatrix durchgeführt.
 (Ablaufdiagramm A - Ergebnis aus Schritt 3)

Kassenausschluss
 Ausschlüsse aus dem ersten Berechnungslauf und zusätzlich Ausschlüsse von Kassen mit unplausiblen DMP-Meldungen

Die Berechnungen werden entsprechend Ablaufplan A und Ablaufplan B bis nach der Berechnung der **PTW KAnHF2** durchgeführt

PTW KAnHF2

RK		Ost		West	
DMP	DMP 0				
DMP	DMP 1				
DMP	DMP 2				
DMP	DMP 3				

Ablaufdiagramm zur Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben gem. der Vereinbarung der SpV nach §267 SGB V

Anlage 14

1. Lieferung der Satzarten

Satzart 40
- Versicherungstage -

Satzart 41
- Leistungsausgaben -

Satzart 42
- Krankengeld (=HLB 6) -

Satzart 43
- Jahresrechnung -

2. Berechnung Netto-Faktoren und Netto SA43

Anlage 17

Berechnung der Nettofaktoren (s. Ablaufplan C)

SA43 Netto
 = HLB 1 x FIVA x FRVZ x FIVK x EILAoKG
 = HLB 2 x FRVZ x FIVK x EILAoKG
 = (HLB 3 - AR) x FRVZ x FIVK x EILAoKG
 = HLB 4 x FIVA x FRVZ x FIVK x EILAoKG
 = HLB 5 x FRVZ x FIVK x EILAoKG
 = HLB 6 x Faktor^{EMR} x EIKG^{EMR}
 = HLB 7 x Faktor^{EMR} x EIKG^{EMR}
 = HLB 9 x FRVZ x FIVK x EILAoKG

3. Bildung Hochrechnungsmatrix
 - Simulierte Vollerhebung
 - DMP-Korrektur im HLB2

SA40 für Leistungsausgaben (SA40 LA)
 = Zusammenstellung der VGX7 aus X1,2,3, VGX8 aus X4,5,6 und für KG VGX4 aus VGX4,5
 Voll-PTW = SA 41/42
 SA 40 LA

Vollerhebung HLB 1, 3, 4, 6, 7, 9
 SA 41/42
 SA 40 LA

Stichprobe HLB 2
 Aufgrund des Fehlens des DMP-Kennzeichens im HLB 2 (Zahnärzte) werden die Daten aus SA 41 DMPG 1 - 6 HLB 2 in die DMPG 0 auf-addiert und die DMPG 1 - 6 auf Null gesetzt.
 HLB2 Stich-PTW = SA41 HLB2_{DMPG0-6}
 SA 41 Stich-VT DMPG0-6

Stichprobe HLB 5
 Stich-PTW = SA 41
 SA 41-Stich-VT

4. Erste Grenzwertprüfung

1. Grenzwertprüfung: Wenn PTW > Grenze dann Grenze
 HLB 1 = 38 € HLB 2 = 20 € HLB 3 = 38 € HLB 4 = 153 € HLB 5 = 38 €
 HLB 7 = 38 € 6 und 9 = Keine Grenzwertprüfung

Übertragen der PTW_{DMPG} in die übrigen DMPG 1-6

5. AQ, Ausschluss, HF1, Zweite Grenzwertprüfung

Berechnung der AQ

Kassenausschluss
 Wenn AQ ausserhalb der Toleranzgrenze, Prüfung ob Ausschluss der Daten von Hochrechnung

Berechnung der HF1

SA41/42 NETTO nach 1.HF
 SA 41/42 NETTO PTW nach 1.HF = PTW nach 1.Grenzwertprüfung x 1.HF

2. Grenzwertprüfung: Wenn PTW > Grenze dann Grenze
 HLB 1 = 38 € HLB 2 = 20 € HLB 3 = 38 € HLB 4 = 153 € HLB 5 = 38 €
 HLB 7 = 38 € 6 und 9 = Keine Grenzwertprüfung

6. Berechnung der Leistungs-
ausgaben der IK-Ebene

Ergebnis Einzelkassenebene
 SA40, SA40 LA
 SA40 LA nach Ausschluss

Ergebnis Einzelkassenebene
 SA41/42 GRENZ2 LA
 Leistungsausgaben der SA 41 und SA 42
 SA 41/42 GRENZ2_LA = (SA 41/42 Grenz2 PTW x SA40 LA nach A Ausschluss)

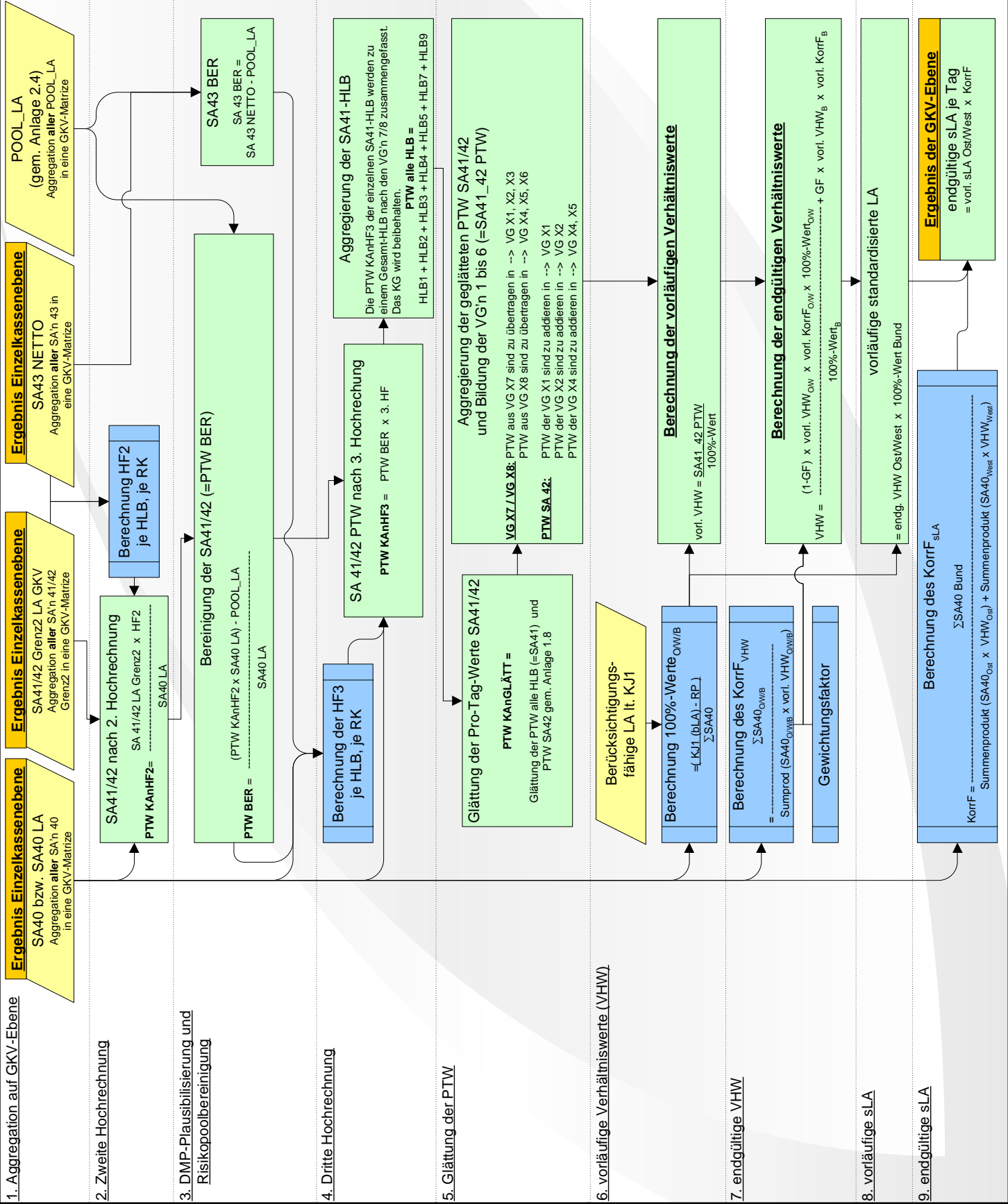
Ergebnis Einzelkassenebene
 SA43 NETTO

Anlage 16

A. Berechnung auf Einzelkassenebene

Ablaufdiagramm zur Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben gem. der Vereinbarung der SpV nach §267 SGB V

B. Berechnung auf GKV-Ebene



Legende:

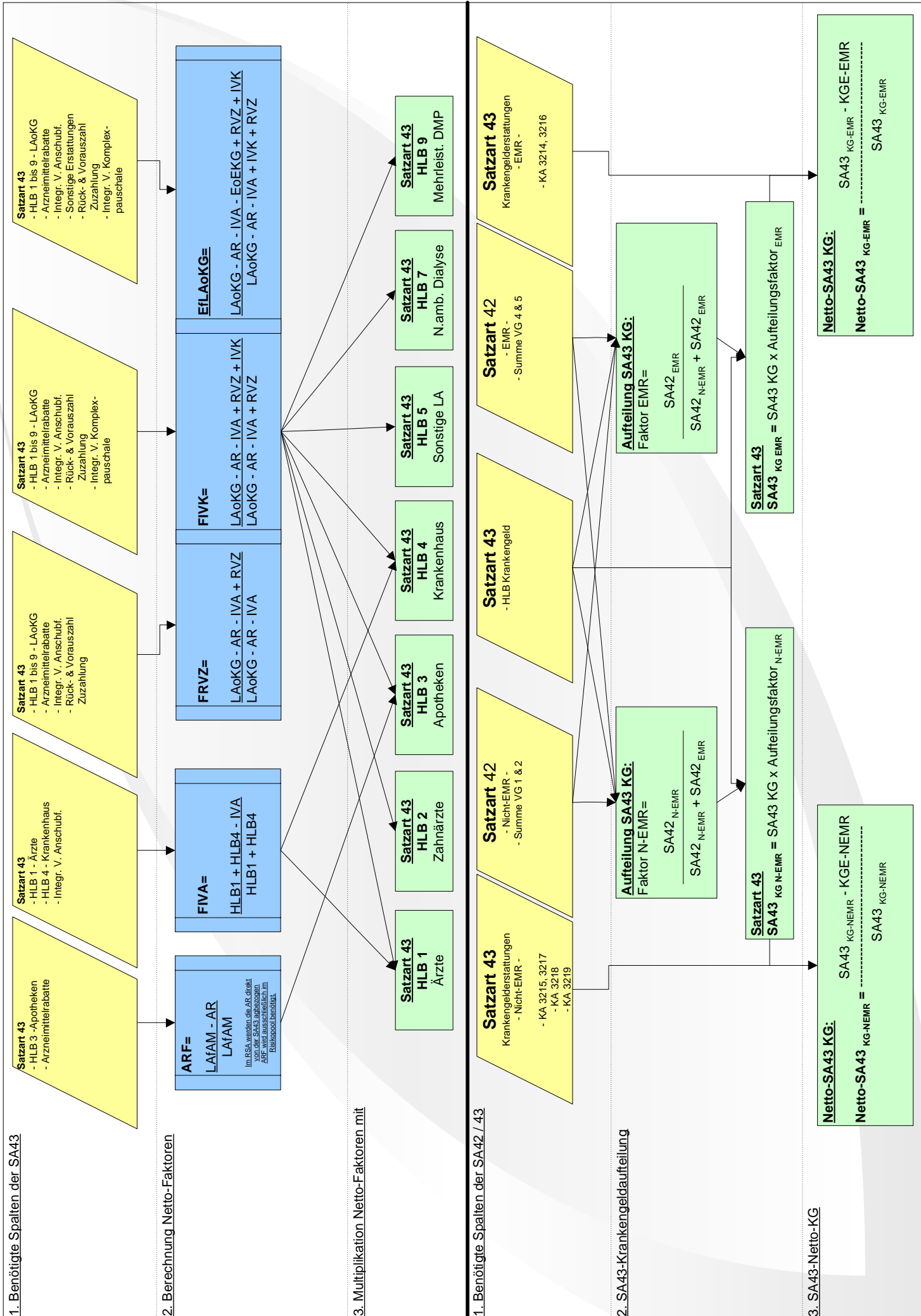
- eingehende / vorliegende / gemeldete Daten
- Berechnete Daten in Form von Matrizen
- Berechnete Einzelwerte
- Fallentscheidungen
- Kopiervorgang

Abkürzungsverzeichnis:

- AG = Ausschöpfungsquote
- AR = Arzneimittelrabatte
- ARF = Arzneimittelrabattfaktor
- BER = um Risikopool bereinigte Werte
- DMPG = Disease-Management-Programm-Gruppe
- EIKG = Erstattungsfaktor der Krankengelder
- EILAOKG = Erstattungsfaktor der Leistungsausgaben ohne Krankengeld
- EMR = Erwerbsminderungsrentner
- engd. = endgültig
- FIVA = Faktor der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung
- FIVK = Faktor für Komplexzuschalen der integrierten Versorgung
- FRVZ = Faktor des Saldos aus Rück- und Vorauszahlungen der Zuzahlung
- GF = Gewichtungsfaktor gem. § 27a RSAV
- GKV = Gesetzliche Krankenversicherung
- GRENZ = Berechnungsstand nach Grenzprüfung
- HF = Hochrechnungsfaktor
- HLB = Hauptleistungsbereich
- IK = Institutionskennzeichen
- KANHF = inklusive Kassenausschluss nach Hochrechnungsfaktor
- KG = Krankengeld
- KJ1 = Jahresrechnung der Krankenkassen
- Korff = Korrekturfaktor
- LA = Leistungsausgaben
- NEMR = Nicht-Erwerbsminderungsrentner
- Netto = Beträge sind um Erstattungen und Rabatte usw. gemindert
- nKA = nach Kassenausschluss
- OW/WB = Rechtskreis Ost / West / Bund
- POOL = Vom RSA abzusetzende Risiko-poolbeiträge
- PTW = Pro-Tag-Werte
- RP = Risikopool
- SA = Satzplan
- SA n = Satzplan
- sLA = standardisierte Leistungsausgaben
- Stich-PTW = Pro-Tag-Werte aus den Stichproben-HLB
- VG = Versicherungsgruppe
- VHW = Verhältnisswerte
- VolPTW = Pro-Tag-Werte aus den Vollversicherungs-HLB
- vorl. = vorläufig
- VT = Versicherungstag
- X1 bis X8 = X steht als Platzhalter für die DMP-Gruppe (z.B. 07,17,27,...)

Ablaufdiagramm zur Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben gem. der Vereinbarung der SpV nach §267 SGB V

C. Berechnung der Netto-Faktoren



Anlage 1.7: Abzugs- und Anrechnungsfaktoren (zu § 10 Abs. 2 der Vereinbarung)

Die in der Anlage 1.1, Abschnitt A definierten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben sind um Erstattungen und Einnahmen nach Anlage 1.1, Abschnitt C zu mindern. Ferner sind die Arzneimittelrabatte (AR), die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (RVZ), die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung (IVA) und die über Komplexpauschalen im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten Mittel (IVK) pauschal zu berücksichtigen.

Die Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V (EKG) werden dem Krankengeld (KG) und alle übrigen in Anlage 1.1, Abschnitt C aufgeführten Erstattungen und Einnahmen (EoEKG) anteilig den Leistungsausgaben ohne Krankengeld (LAoKG) zugeordnet.

Für die Berechnung werden Faktoren für AR, EKG, EoEKG, RVZ, IVA und IVK auf Basis der gemeldeten Satzart 43 gebildet. Die Faktoren werden pro Krankenkasse ermittelt.

- Die AR werden vom Hauptleistungsbereich Apotheken (HLB 3) abgesetzt.
- Die RVZ werden anteilig den LAoKG zugeordnet.
- Die IVA werden anteilig von den Hauptleistungsbereichen Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- Die IVK werden anteilig den LAoKG zugerechnet.

1. Arzneimittelrabattfaktor

Der Arzneimittelrabattfaktor (ARF) wird je Krankenkasse gebildet, indem der Arzneimittelrabatt (AR) von den Leistungsausgaben für Arzneimittel (LafAM) - s. HLB 3 gemäß Anlage 1.1 Abschnitt B - abgezogen wird; das Ergebnis wird durch die LafAM geteilt:

$$\text{ARF} = (\text{LafAM} - \text{AR}) / \text{LafAM}$$

2. Faktor für die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung

Der Faktor für die Anschubfinanzierung (FIVA) wird je Krankenkasse gebildet, indem die IVA von der Summe der Leistungsausgaben für Ärzte (HLB 1) und Krankenhaus (HLB 4) subtrahiert werden; das Ergebnis wird durch die Summe der HLB 1 und HLB 4 dividiert.

$$\text{FIVA} = (\text{HLB1} + \text{HLB4} - \text{IVA}) / (\text{HLB1} + \text{HLB4})$$

3. Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen

Der Faktor für Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen (FRVZ) wird je Krankenkasse gebildet, indem von den LAoKG die AR und IVA subtrahiert und die

RVZ addiert werden; das Ergebnis wird durch die LAoKG abzüglich AR und IVA dividiert.

$$FRVZ = (LAoKG - AR - IVA + RVZ) / (LAoKG - AR - IVA)$$

4. Faktor für Komplexpauschalen in der integrierten Versorgung

Der Faktor für Komplexpauschalen (FIVK) wird je Krankenkasse gebildet, indem von den LAoKG die AR und IVA subtrahiert und die RVZ und IVK addiert werden; das Ergebnis wird durch die LAoKG abzüglich AR und IVA und zuzüglich RVZ dividiert.

$$FIVK = (LAoKG - AR - IVA + RVZ + IVK) / (LAoKG - AR - IVA + RVZ)$$

5. Erstattungsfaktor für Leistungsausgaben ohne Krankengeld (EfLAoKG)

Der EfLAoKG ist gleich den LAoKG abzüglich AR IVA und EoEKG zuzüglich RVZ und IVK, dividiert durch die LAoKG abzüglich AR und IVA, zuzüglich RVZ und IVK. Es gilt:

$$\text{EfLAoKG} = (LAoKG - AR - IVA - EoEKG + RVZ + IVK) / (LAoKG - AR - IVA + RVZ + IVK)$$

6. Erstattungsfaktoren für das Krankengeld (EfKG)

Auf der Kassenebene werden für die Versichertengruppen der Nicht-Erwerbsminderungsrentner mit Krankengeldanspruch und der Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) mit Krankengeldanspruch gesonderte Erstattungsfaktoren (EfKG_{Nicht-EM} und EfKG_{EM}) ermittelt.

Hierfür werden die EKG getrennt nach EKG für EM-Rentner im Geschäftsjahr (entsprechend Konten 3214 und 3216), die EKG_{EM}, und nach EKG für die sonstigen Fälle (entsprechend Konten 3215, 3217, 3218 und 3219), EKG_{Nicht-EM}, ermittelt.

Die Erstattungsfaktoren ergeben sich aus den jeweiligen EKG und den KG für EM-Rentner (KG_{EM}) und den KG für Nicht-EM-Rentner (KG_{Nicht-EM}) (siehe Anlage 1.6 Nr. 2), indem die jeweilige Teilsumme abzüglich der jeweiligen EKG durch die entsprechende Teilsumme dividiert wird. Es gilt:

$$\text{EfKG}_{EM} = (KG_{EM} - EKG_{EM}) / KG_{EM}$$

$$\text{EfKG}_{\text{Nicht-EM}} = (KG_{\text{Nicht-EM}} - EKG_{\text{Nicht-EM}}) / KG_{\text{Nicht-EM}}$$

Übersicht zur Anlage 1.7: Abzugs- und Anrechnungsfaktoren (zu § 10 Abs. 2 der Vereinbarung)

Konto	Bezeichnung	Zu berücksichtigender Betrag	Bei folgenden LA zu berücksichtigten	Abzugs- und Anrechnungsfaktoren
1	Arzneimittelrabatte	AR	LAfAM	$ARF = \frac{LAfAM - AR}{LAfAM}$
2	Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung IV	IVA	HLB 1 und HLB 4	$FIVA = \frac{(HLB1 + HLB4) - IVA}{(HLB1 + HLB4)}$
3	Erstattungen nach § 62 SGB V/ § 8 KVLG 1989 Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	RVZ	LAoKG	$FRVZ = \frac{(LAoKG - AR - IVA) + RVZ}{(LAoKG - AR - IVA)}$
4	Komplexpauschalen bei IV	IVK	LAoKG	$FIVK = \frac{(LAoKG - AR - IVA + RVZ) + IVK}{(LAoKG - AR - IVA + RVZ)}$
5	Erstattungen nach § 19 BVG a.F. Erstattungen nach Art. 32 AVmG Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz Erstattungen nach § 19 BVG n.F. Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte	EoEKG	LAoKG	$EfLAoKG = \frac{(LAoKG - AR - IVA + RVZ + IVK) - EoEKG}{(LAoKG - AR - IVA + RVZ + IVK)}$
6	3214 3216	EKG _{EM}	KG _{EM}	$EfKG_{EM} = \frac{KG_{EM} - EKG_{EM}}{KG_{EM}}$
7	Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V 3215 3217 3218 3219	EKG _{Nicht-EM}	KG _{Nicht-EM}	$EfKG_{Nicht-EM} = \frac{KG_{Nicht-EM} - EKG_{Nicht-EM}}{KG_{Nicht-EM}}$

Anlage 1.8: Glättungsverfahren (zu § 11 der Vereinbarung)

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 1.8 ist gültig ab dem Berichtsjahr 2004.

1. Allgemeine Erläuterungen

Das mit nachfolgenden Gleichungen beschriebene Glättungsverfahren für die hochgerechneten Pro-Tag-Werte (siehe Anlage 1.6 Nr. 9) erfolgt nach differenzierten Regeln

- für alle Hauptleistungsbereiche (HLB) ohne Krankengeld (KG) insgesamt differenziert für
 - Nicht-Erwerbsminderungsrentner und
 - Erwerbsminderungsrentnersowie für
 - Nicht-DMP-Versicherte und
 - DMP-Versicherte

- für Krankengeld differenziert für
 - VG 01,
 - VG 02,
 - VG 04sowie für die Versichertengruppen für DMP-Versicherte.

Das Glättungsverfahren geht in Abhängigkeit zum Stichprobenumfang von Altersklassen in Zweier-, Dreier- oder Fünfer-Schritten aus (siehe Übersicht „Glättungsverfahren: Klassenbreite“), indem der Klassendurchschnitt unter Berücksichtigung der jeweiligen Versicherungszeiten gebildet wird. Alle möglichen (zwei, drei oder fünf) Startwerte zur Klassenbildungen werden herangezogen. Über die jeweiligen klassendurchschnittlichen Pro-Tag-Werte einer Altersstufe wird das arithmetische Mittel berechnet.

Es werden unterschiedliche Start- und Endwerte für das Glättungsverfahren festgelegt (siehe Übersicht „Glättungsverfahren: Start- und Endwerte“).

Bei der Altersklassenbildung mit den unterschiedlichen Startwerten werden bei den „unvollständigen“ Start-Altersklassen über die verbleibenden Zellen Altersklassen in Zweier-, Dreier- bzw. Vierer-Schritten gebildet. Damit wird u. a. der Profilverlauf der Versichertengruppen für die Erwerbsminderungsrentner in der Startphase stetiger.

Mit diesem Glättungsverfahren bleibt das Ausgabenvolumen in jeder Versicherten-Gruppe nach Glättung unverändert.

2. Verfahrensbeschreibung

Der hochgerechnete und um die Poolbeträge bereinigte (siehe Anlage 1.6 Nr. 9) Pro-Tag-Wert Y_i , $i = 1, \dots, m$, mit $l = \text{Startwert}$ und $m = \text{Endwert einer Altersstufe}$ wird wie folgt in zwei Schritten durch einen mit den Versichertentagen VT_i , $i = 1, \dots, m$, gewichteten Durchschnittswert ersetzt. Für die Altersstufen $i < l$ und $i > m$ werden die hochgerechneten Pro-Tag-Werte übernommen.

Schritt 1: Altersklassenbildung mit unterschiedlichen Startwerten

Je Startwert (Alter = $l, l+1, \dots, l+k-1$ mit $k = \text{Klassenbreite, } = 2, = 3 \text{ bzw. } = 5$) werden Altersklassen in Zweier-, Dreier- bzw. Fünfer-Schritten gebildet. Hierzu wird der mit den jeweiligen Versichertentagen VT gewichtete Durchschnittswert A je Altersklasse ermittelt. Danach werden die Pro-Tag-Werte der Altersstufen in der Altersklasse durch den jeweiligen Durchschnittswert ersetzt.

Für die Startwerte Alter größer l werden für die vorangehenden Altersstufen entsprechend ihrer Anzahl unvollständige Altersklassen B in Zweier-, Dreier- bzw. Vierer-Schritten gebildet. Liegen für die zu bildende letzte Altersklasse weniger als nach festgelegter Klassenbreite vorgesehene Altersstufen vor, werden mit den jeweils vorhandenen Altersstufen ebenfalls unvollständige Altersklassen gebildet.

Startwert Alter = l :

Alters- klasse	Alters- stufen	Berechnungsformel
l	$l, \dots, l+k-1$	$A_l = \frac{(Y_l \times VT_l + \dots + Y_{l+k-1} \times VT_{l+k-1})}{(VT_l + \dots + VT_{l+k-1})}$ falls $VT_l + \dots + VT_{l+k-1} > 0$, sonst $A_l = 0$
$l+k$	$l+k, \dots, l+2k-1$	$A_{l+k} = \frac{(Y_{l+k} \times VT_{l+k} + \dots + Y_{l+2k-1} \times VT_{l+2k-1})}{(VT_{l+k} + \dots + VT_{l+2k-1})}$ falls $VT_{l+k} + \dots + VT_{l+2k-1} > 0$, sonst $A_{l+k} = 0$
$l+2k$	$l+2k, \dots, l+3k-1$	$A_{l+2k} = \frac{(Y_{l+2k} \times VT_{l+2k} + \dots + Y_{l+3k-1} \times VT_{l+3k-1})}{(VT_{l+2k} + \dots + VT_{l+3k-1})}$ falls $VT_{l+2k} + \dots + VT_{l+3k-1} > 0$, sonst $A_{l+2k} = 0$
...		

Startwert Alter = l+1:

Alters- klasse	Alters- stufen	Berechnungsformel
	l	$B_l = Y_l$
l+1	l+1, ..., l+k	$A_{l+1} = \frac{(Y_{l+1} \times VT_{l+1} + \dots + Y_{l+k} \times VT_{l+k})}{(VT_{l+1} + \dots + VT_{l+k})}$, falls $VT_{l+1} + \dots + VT_{l+k} > 0$, sonst $A_{l+1} = 0$
l+1+k	l+1+k, ..., l+2k	$A_{l+1+k} = \frac{(Y_{l+1+k} \times VT_{l+1+k} + \dots + Y_{l+2k} \times VT_{l+2k})}{(VT_{l+1+k} + \dots + VT_{l+2k})}$, falls $VT_{l+1+k} + \dots + VT_{l+2k} > 0$, sonst $A_{l+1+k} = 0$
l+1+2k	l+1+2k, ..., l+3k	$A_{l+1+2k} = \frac{(Y_{l+1+2k} \times VT_{l+1+2k} + \dots + Y_{l+3k} \times VT_{l+3k})}{(VT_{l+1+2k} + \dots + VT_{l+3k})}$, falls $VT_{l+1+2k} + \dots + VT_{l+3k} > 0$, sonst $A_{l+1+2k} = 0$
...		
...		

Startwert Alter = l+k-1:

Alters- klasse	Alters- stufen	Berechnungsformel
	l	$B_{l+k-2} = \frac{(Y_l \times VT_l + \dots + Y_{l+k-2} \times VT_{l+k-2})}{(VT_l + \dots + VT_{l+k-2})}$, falls $VT_l + \dots + VT_{l+k-2} > 0$, sonst $B_{l+k-2} = 0$
	l+1	B_{l+k-2}
...		
	l+k-2	B_{l+k-2}
l+k-1	l+k-1, ..., l+2k-2	$A_{l+k-1} = \frac{(Y_{l+k-1} \times VT_{l+k-1} + \dots + Y_{l+2k-2} \times VT_{l+2k-2})}{(VT_{l+k-1} + \dots + VT_{l+2k-2})}$, falls $VT_{l+k-1} + \dots + VT_{l+2k-2} > 0$, sonst $A_{l+k-1} = 0$
l+2k-1	l+2k-1, ..., l+3k-2	$A_{l+2k-1} = \frac{(Y_{l+2k-1} \times VT_{l+2k-1} + \dots + Y_{l+3k-2} \times VT_{l+3k-2})}{(VT_{l+2k-1} + \dots + VT_{l+3k-2})}$, falls $VT_{l+2k-1} + \dots + VT_{l+3k-2} > 0$, sonst $A_{l+2k-1} = 0$
...		

Schritt 2: Arithmetisches Mittel der klassendurchschnittlichen Pro-Tag-Werte A_i

Für jede Altersstufe $i = l, \dots, m$ wird das arithmetische Mittel aus den jeweiligen zwei, drei bzw. fünf Durchschnittswerten nach Nr. 1 gebildet (siehe Übersicht „Glättungsverfahren: Rechenmatrix“). Für die Altersstufen $i < l$ und $i > m$ werden die hochgerechneten Pro-Tag-Werte übernommen.

Altersstufe	geglättete Pro-Tag-Werte
0	Y_0
...	
$l-1$	Y_{l-1}
l	$(A_l + B_l + \dots + B_{l+k-2}) / k$
$l+1$	$(A_l + A_{l+1} + B_{l+1} + \dots + B_{l+k-2}) / k$
...	
$l+k-2$	$(A_l + \dots + A_{l+k-2} + B_{l+k-2}) / k$
$l+k-1$	$(A_l + \dots + A_{l+k-1}) / k$
$l+k$	$(A_{l+1} + \dots + A_{l+k}) / k$
...	
$i = l+k+1, \dots, m$	$(A_{i-k+1} + \dots + A_i) / k$
$m+1$	Y_{m+1}
...	

3. Sonderregelung für DMP-Versicherte

Beim Krankengeld (KG) werden für die Versichertengruppen (VG) der DMP-Versicherten je Geschlecht die geglätteten Pro-Tag-Werte (PTW) der jeweils entsprechenden Versichertengruppe der Nicht-DMP-Versicherten zugrunde gelegt (siehe Übersicht „Glättungsverfahren: Klassenbreite“), es sei denn, das Bundesversicherungssamt beschließt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden, die geglätteten Pro-Tag-Werte der DMP-Versicherten zu verwenden. In diesem Falle werden die Start- und Endwerte für das Krankengeld der entsprechenden Versichertengruppe der Nicht-DMP-Versicherten sowie die Klassenbreite = 5 zugrunde gelegt.

Es erfolgt eine Ausgabenniveaueinpassung auf Basis der Summenergebnisse für die jeweilige Versichertengruppe, differenziert nach dem DMP-Status und dem Geschlecht:

1. Hierfür werden für jede VG je Geschlecht das Krankengeld für DMP-Versicherte je Krankheit als Produkt der geglätteten PTW mit den zugehörigen Versichertenzeiten (VZ) berechnet.

$$LA_{KG,DMP,VG,Sex} = \sum_{Alter} \left(PTW_{KG,DMP,VG,Sex,Alter}^{geglättet} \cdot VZ_{DMP,VG,Sex,Alter} \right), \quad VG = 1,2,4 \quad DMP = 1,2,\dots,6$$

Sex = Frauen, Männer

2. Anschließend werden für jede VG je Geschlecht das für die jeweilige Krankheit korrespondierende Krankengeld für Nicht-DMP-Versicherte als Produkt der geglätteten PTW mit den VZ der jeweils entsprechenden VG der DMP-Versicherten ermittelt.

$$LA_{KG,0,VG,Sex}^{DMP} = \sum_{Alter} \left(PTW_{KG,0,VG,Sex,Alter}^{geglättet} \cdot VZ_{DMP,VG,Sex,Alter} \right), \quad VG = 1,2,4, \quad DMP = 1,2,\dots,6$$

Sex = Frauen, Männer

3. Das Verhältnis des Krankengeldes für DMP-Versicherte zu den LA für Nicht-DMP-Versicherte ergibt den Niveaueinpassungsfaktor (NAF) je VG und Geschlecht.

$$NAF_{KG,DMP_VG,Sex} = \frac{LA_{KG,DMP_VG,Sex}}{LA_{KG,0_VG,Sex}^{DMP}}, \quad VG = 1,2,4 \quad DMP = 1,2,\dots,6$$

Sex = Frauen, Männer

4. Die neuen PTW für die VG der DMP-Versicherten je Geschlecht ergeben sich als das Produkt der geglätteten PTW der jeweils entsprechenden VG der Nicht-DMP-Versicherten mit dem entsprechenden NAF.

$$PTW_{KG,DMP_VG,Sex}^{geglättet} = NAF_{KG,DMP_VG,Sex} \cdot PTW_{KG,0_VG,Sex}^{geglättet}, \quad VG = 1,2,4 \quad DMP = 1,2,\dots,6$$

Sex = Frauen, Männer

Bei den Leistungsausgaben ohne Krankengeld werden für die Versichertengruppen der Nicht-Erwerbsminderungsrentner der DMP-Versicherten die hochgerechneten Pro-Tag-Werte der Altersstufen 0 bis 35 Jahre vor der eigentlichen Glättung durch den vorab ermittelten durchschnittlichen Pro-Tag-Wert über diese Altersstufen ersetzt, es sei denn, das Bundesversicherungsamt beschließt im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden ein hiervon abweichendes Verfahren. Liegen in einer dieser Altersstufen keine Versicherungszeiten vor, wird der geglättete Wert durch den durchschnittlichen Pro-Tag-Wert ersetzt.

Glättungsverfahren: Rechenmatrix

Alter	Y	VT	Schritt 1				Schritt 2
			Startwert: Alter =				
			I	I+1	...	I+k-1	
0	Y_0						Y_0
...							
I-1	Y_{I-1}						Y_{I-1}
I	Y_I	VT_I	A_I	B_I	...	B_{I+k-2}	$(A_I + B_I + \dots + B_{I+k-2}) / k$
I+1	Y_{I+1}	VT_{I+1}	A_I	A_{I+1}	...	B_{I+k-2}	$(A_I + A_{I+1} + B_{I+1} + \dots + B_{I+k-2}) / k$
...							
I+k-2	Y_{I+k-2}	VT_{I+k-2}	A_I	A_{I+1}	...	B_{I+k-2}	$(A_I + \dots + A_{I+k-2} + B_{I+k-2}) / k$
I+k-1	Y_{I+k-1}	VT_{I+k-1}	A_I	A_{I+1}	...	A_{I+k-1}	$(A_I + \dots + A_{I+k-1}) / k$
I+k	Y_{I+k}	VT_{I+k}	A_{I+k}	A_{I+1}	...	A_{I+k-1}	$(A_{I+1} + \dots + A_{I+k}) / k$
I+k+1	Y_{I+k+1}	VT_{I+k+1}	A_{I+k}	A_{I+k+1}	...	A_{I+k-1}	$(A_{I+2} + \dots + A_{I+k+1}) / k$
...							
I+2k-2	Y_{I+2k-2}	VT_{I+2k-2}	A_{I+k}	A_{I+k+1}	...	A_{I+k-1}	$(A_{I+k-1} + \dots + A_{I+2k-2}) / k$
I+2k-1	Y_{I+2k-1}	VT_{I+2k-1}	A_{I+k}	A_{I+k+1}	...	A_{I+2k-1}	$(A_{I+k} + \dots + A_{I+2k-1}) / k$
...							...

Glättungsverfahren: Start- und Endwerte

	VG07	VG08	VG17	VG18	VG27	VG28	VG 37	VG 38
Startwert I (Alter in J.)								
alle HLB ohne KG	2	36	0*	36	0*	36	0*	36
Endwert m (Alter in J.)								
alle HLB ohne KG	90	65	90	65	90	65	90	65

* siehe 3. Sonderregelung für DMP-Versicherte

	VG01	VG02	VG04	VG11,VG21,VG31	VG12,VG22,VG32	VG14,VG24,VG34
Startwert I (Alter in J.)						
6 Krankengeld	16	16	36	Glättung erfolgt auf Basis der geglätteten Pro-Tag-Werte der entsprechenden Versichertengruppe VG 01, VG02 bzw. VG04		
Endwert m (Alter in J.)						
6 Krankengeld	90	90	65			

Glättungsverfahren: Klassenbreite

	VG07	VG08	VG17	VG18	VG27	VG28	VG 37	VG 38
Klassenbreite k								
alle HLB ohne KG	2	5	5	5	5	5	5	5

	VG01	VG02	VG04	VG11,VG21,VG31	VG12,VG22,VG32	VG14,VG24,VG34
Klassenbreite k						
6 Krankengeld	2	3	5	= VG01	= VG02	= VG04

jeweils differenziert nach Geschlecht und mit Ausgabenniveaueanpassung

Anlage 1.9: Übergangsregelung für den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich (zu § 14 Abs. 2 Nr. 2 der Vereinbarung)

1. Zusammenfügung der getrennten Datenlieferungen der in beiden Rechtskreisen tätigen Krankenkassen

Vor Bildung von Hochrechnungsmatrizen (HM) gemäß Anlage 1.6 Nr. 1 werden für in beiden Rechtskreisen tätige Krankenkassen die nach Rechtskreisen getrennt gelieferten Daten der Satzarten 40 bis 43 wie folgt zusammengefügt:

Je Krankenkasse wird für jeden Hauptleistungsbereich (HLB) und für die Stichprobenversicherungszeiten nach Satzart 41 sowie für das Krankengeld (KG) nach Satzart 42 als auch für die Versicherungszeiten (VZ) nach Satzart 40 die jeweiligen Summen aus den entsprechenden Werten für die Rechtskreise West und Ost unter Berücksichtigung der Sonderregelung für Stichprobenerhebung in Nr. 2 gebildet.

Für die nach Rechtskreisen getrennt gelieferten Leistungsausgaben und Erstattungen nach Satzart 43 werden ebenfalls die jeweiligen Summen aus den entsprechenden Werten für die Rechtskreise West und Ost gebildet.

2. Sonderregelung für Stichprobenerhebung für HLB der Satzart 41

Wird gemäß § 6 Abs. 1 für einen HLB der Satzart 41 eine Stichprobenerhebung durchgeführt, dann ist - wegen der in den Rechtskreisen West und Ost unterschiedlichen Stichprobenauswahl nach Anlage 1.2 - vor Bildung der gesamtdeutschen Werte nach Nr. 1 eine simulierte Vollerhebung für die nach Rechtskreisen getrennten Datenlieferungen zu ermitteln. Die simulierte Vollerhebung ist wie folgt definiert:

Für jede Versichertengruppe entsprechend der Angaben in der Satzart 41 (VG), getrennt nach Alter und Geschlecht, werden die Leistungsausgaben der Stichprobe ermittelt und durch die jeweils zugehörigen Stichprobenversicherungszeiten dividiert. Die Ergebnisse werden in jeder VG mit den entsprechenden VZ der Satzart 40 multipliziert. Man erhält die simulierten Vollerhebungs-Werte der jeweiligen VG.

Die simulierten Vollerhebungs-Werte für die Rechtskreise West und Ost der jeweiligen VG werden je Krankenkasse summiert. Man erhält simulierte gesamtdeutsche Vollerhebungs-Werte.

Die jeweiligen Summen werden durch die entsprechenden Summen der VZ der Satzart 40 für die Rechtskreise West und Ost dividiert und mit den entsprechenden Summen der Stichprobenversicherungszeiten der Satzart 41 für die Rechtskreise West und Ost multipliziert. Man erhält die nach der unterschiedlichen Stichprobenauswahl gewogenen gesamtdeutschen Stichproben-Werte.

Formeln zu Anlage 1.9 der Vereinbarung der Spitzenverbände

1. Berechnung der gewogenen gesamtdeutschen Stichproben-Werte

a) Ermittlung der simulierten Vollerhebung

Diese Berechnungen sind für alle Krankenkassen, also Haupt- und Erstreckungskassen durchzuführen

$$\text{Stich} - \text{PTW} (\text{HLB } 2, 5) = \frac{\text{SA } 41 \text{ LA}_{\text{Einzel-IK}}}{\text{SA } 41 \text{ Stichproben} \text{tage}_{\text{Einzel-IK}}}$$

$$\text{Simulierte Voll-LA} = \text{Stich} - \text{PTW}_{\text{Einzel-IK}} \times \text{SA } 40_{\text{Einzel-IK}}$$

b) Ermittlung der simulierten gesamtdeutschen Vollerhebung

$$\text{Voll-LA}_{\text{Bund}} = \text{Voll-LA}_{\text{Haupt-IK}} + \text{Voll-LA}_{\text{Erstreck-IK}}$$

$$\text{Voll} - \text{PTW}_{\text{Bund}} = \frac{\text{Voll-LA}_{\text{Bund}}}{\text{SA } 40_{\text{Haupt-IK}} + \text{SA } 40_{\text{Erstreck-IK}}}$$

c) Ermittlung der gewogenen Stichproben-Leistungsausgaben

$$\text{Gewogene Stich-LA}_{\text{West}} = \text{Voll} - \text{PTW}_{\text{Bund}} \times \text{Stichproben} \text{tage}_{\text{Einzel-IK West + Ost}}$$

2. Berechnung der Verhältniszerte

Ausgehend von den vorläufigen Verhältniszerten VHW_VL :

$$VHW_VL_{Ost/West/Bund} = \frac{SA41_42PTW_{Ost/West/Bund}}{100\% Wert_{Ost/West/Bund}}$$

und dem vorläufigen Korrekturfaktor $KorrF_VL$

$$KorrF_VL_{Ost/West/Bund} = \frac{\sum SA40_{Ost/West/Bund}}{\sum (SA40_{Ost/West/Bund} * VHW_VL_{Ost/West/Bund})}$$

ergeben sich die rechtskreisgetrennten endgültigen Verhältniszerte VHW mit dem Gewichtungsfaktor GF:

$$VHW_{Ost/West} = \frac{(1 - GF) * VHW_VL_{Ost/West} * KorrF_VL_{Ost/West} * 100\% Wert_{Ost/West}}{100\% Wert_{Bund}} + GF * VHW_VL_{Bund,VG} * KorrF_VL_{Bund}$$

3. Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben

Die vorläufigen standardisierten Leistungsausgaben SLA_VL errechnen sich indem:

$$SLA_VL_{Ost/West} = VHW_{Ost/West} * 100\% Wert_{Bund}$$

Durch Multiplikation mit dem endgültigen Korrekturfaktor $KorrF$:

$$KorrF_{Bund} = \frac{\sum SA40_{Bund}}{\sum (SA40_{West} * VHW_{West}) + \sum (SA40_{Ost} * VHW_{Ost})}$$

ergeben sich die endgültigen standardisierten Leistungsausgaben mit:

$$SLA_{Ost/West} = SLA_VL_{Ost/West} * KorrF_{Bund}$$

Anlage 2.1₂₀₀₂: Ausgleichsfähige Leistungsausgaben im Risikopool (zu § 19 der Vereinbarung)

A - Übersicht über ausgleichsfähige bzw. nicht ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 269 SGB V für das Ausgleichsjahr 2002 -

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
40		Ärztliche Behandlung		
		400 Ärztliche Behandlung		x
		401 Ambulantes Operieren (ohne 462)		x
		402 Dialyse-Sachkosten		x
		405 Soziotherapie nach § 37a SGB V		x
	407 Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467)		x	
41		Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -		
		410 Konservierend-chirurgische Behandlung		x
		411 Vergütungszuschläge für Füllungen (§ 136b Abs. 2 SGB V)		x
		412 KfO-Behandlung - Honorar		x
		413 KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors		x
		414 KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors		x
		415 Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (FU1 bis FU3)		x
		416 Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)		x
		417 Fissurenversiegelung		x
		418 Parodontose-Behandlung		x
	419 Sonstige zahnärztliche Leistungen		x	
42		Zahnersatz		
		422 Zahnersatz - Honorar		x
		423 Zahnersatz - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors		x
		424 Zahnersatz - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors		x
		425 Vergütungszuschläge für Zahnersatz (§ 136b Abs. 2 SGB V)		x
		426 Festzuschüsse zum Zahnersatz		x
	429 Zahnersatz-Mehraufwendungen nach § 62 Abs. 2a SGB V		x	

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
43		Arznei-, Verband - und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen¹		
	430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	431	Hilfsmittel aus Apotheken - besonderer Art		x
	432	Hilfsmittel aus Apotheken - ohne die besonderer Art		x
	433	Anschubfinanzierung für die maschinelle Bearbeitung der Verordnungsblätter		x
	434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
	436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
	438	Solidarbeitrag nach Artikel 2 AABG		x
44/45		Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen		
	440	Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie		x
	441	Hilfsmittel von Orthopädietechnikern		x
	442	Hilfsmittel von Orthopädienschuhmachern		x
	443	Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)		x
	444	Kontaktlinsen von Optikern		x
	445	Kontaktlinsen von Augenärzten		x
	446	Hörhilfen von Optikern		x
	447	Hörhilfen von Hörgeräteakustikern		x
	448	Sachleistungen bei Dialyse		x
	449	Heil- und Hilfsmittel besonderer Art (ohne 431)		x
	450	Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben		x
	452	Leistungen von Krankengymnasten/Physiotherapeuten		x
	453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 454 bis 457)		x
	454	Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten		x
	455	Logopäden/Sprachtherapeuten – ohne vertragsärztliche Versorgung		x

¹ Der Sprechstundenbedarf ist generell nicht ausgleichsfähig. Erstattungen nach § 62 Abs. 1 SGB V für Arznei- und Verbandmittel sind zu berücksichtigen.

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
46	456	Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung		x
	457	Logopäden/Sprachtherapeuten – nur vertragsärztliche Versorgung		x
	458	Podologische Leistungen		x
	459	Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen		x
		Krankenhausbehandlung		
	460	Krankenhausbehandlung	4	
	461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a SGB V)	4	
	462	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	4	
	463	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung		x
	464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504 und 505)	4	
	465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504 und 505)	4	
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen	4	
	467	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407)		x
	468	Mehrleistung (nur Bkn)		x
47	469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
		Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld		
	470	Krankengeld (ohne 471, 472, 473, 474 und 475)	6	
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6	
	472	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter	6	
	473	Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter	6	
	474	Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	6	
	476	Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V		x
	477	Krankengeld und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen		x
	478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld (ohne 4765 und 4775)	6	

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland / Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand		x
	481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten		x
	482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht		x
	483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V		x
	484	Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 1 und 2 SGB V		x
	485	Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V		x
	487	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		x
49		Fahrkosten		
	492	Flugrettung		x
	493	Krankentransportwagen		x
	494	Rettungswagen		x
	495	Notarztwagen		x
	496	Taxen und Mietwagen		x
	499	Sonstige Fahrkosten		x
50		Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter		
	500	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistung		x
	501	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten		x
	502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503)		x
	503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502)		x
	504	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Kinder (ohne 464, 465 und 505)		x
	505	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465 und 504)		x
	506	Medizinische Vorsorge für Mütter - volle Kostenübernahme		x
	507	Medizinische Vorsorge für Mütter - Kostenzuschuss		x
	508	Medizinische Rehabilitation für Mütter - volle Kostenübernahme		x
	509	Medizinische Rehabilitation für Mütter - Kostenzuschuss		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
51		Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe		
	510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)		x
	511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V		x
	512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern		x
	513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss		x
	514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss		x
	515	Ergänzende Maßnahmen - Arbeitsschutz / Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 Abs. 2 SGB V)		x
	516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)		x
	518	Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V		x
	519	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V		x
52		Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben		
	520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern		x
	521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen		x
	522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern		x
	523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten		x
	524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V		x
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V		x
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben		x
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)		x
53		Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch		
	530	Ärztliche Beratung und Behandlung		x
	531	Krankenhausbehandlung	4	
	532	Arznei- und Verbandmittel	3	
	537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
	538	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	539	Übrige Aufwendungen		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
54		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen		
	540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden		x
	541	Rehabilitationssport		x
	542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547)		x
	543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 Abs. 2 SGB V)		x
	544	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)		x
	545	Belastungserprobung und Arbeitstherapie		x
	546	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547)		x
	547	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546)		x
	548	Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i. V. m. § 56 SGB IX		x
55		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft		
	550	Ärztliche Betreuung		x
	551	Hebammenhilfe		x
	552	Stationäre Entbindung	4	
	553	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung		x
	554	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung		x
	555	Sonstige Sachleistungen		x
	556	Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO/§ 29 KVLG		x
	557	Entbindungsgeld nach § 200b RVO/§ 31 KVLG		x
	558	Mehrleistung (nur Bkn)		x
559	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4		
56		Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege		
	560	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung		x
	561	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung		x
	562	Betriebshilfe - Mehrleistung		x
	563	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V		x
	564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung		x
	565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
57	566	Haushaltshilfe - Mehrleistung		x
	567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung		x
	568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung		x
	569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V		x
		Integrierte Versorgung		
	570	Ambulante ärztliche Behandlung		x
	571	Zahnärztliche Behandlung		x
	572	Zahnersatz		x
	573	Arznei-, Verband- und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen	3	
	574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen		x
	575	Hilfsmittel einschließlich Dialyse		x
	58	576	Krankenhausbehandlung	4
577		Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege		x
578		Übrige ausgleichsfähige RSA-Leistungen		x
579		Übrige nicht ausgleichsfähige RSA-Leistungen		x
		Sterbegeld/Mehrleistungen im Rahmen DMP		
580		- Sterbegeld (Regelleistungen) - Sterbegeld (Mehrleistungen)	5	x
581		Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP		x
582		Medizinische Rehabilitation - DMP		x
583		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP		x
59			Sonstige Leistungen	
	590	Medizinischer Dienst		x
	591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)		x
	592	Gebärdendolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X/§ 26 Abs. 3 SGB IX)		x
	593	Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie		x
	594	Zuschüsse zu stationären Hospizen - Regelleistung	4	
	595	Förderung ambulanter Hospizdienste/Zuschüsse zu stationären Hospizen - Mehrleistung		x
	596	Versichertenbonus - Hausärztliche Versorgung (§ 65a SGB V)		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
	597	Versichertenbonus - Integrierte Versorgung (§ 140g SGB V)		x
	599	Übrige Leistungen		x

B - Übersicht zur Zuordnung von im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu den Hauptleistungsbereichen (HLB) RSA für das Ausgleichsjahr 2002:

Hauptleistungsbereich	Ausgaben der Konten	
1. Ärzte	entfällt	
2. Zahnärzte	entfällt	
3. Apotheken	Summe aus	KA 430, KA 434, KA 436, KA 437, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus	KA 460, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 466, KA 469, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, KA 576, KA 594
5. Sonstige Leistungsausgaben	Summe aus	KA 580 (abzüglich Sterbegeldmehrlleistungen)
6. Krankengeld	KGr 47 ohne KA 476 und KA 477	

C - Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2002:

In § 19 der Vereinbarung sind die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben definiert. Danach sind alle Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr anzusetzen, die in der der Vereinbarung beigefügten Liste über die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aufgeführt sind (vgl. Abschnitt A).

Forderungen und Verpflichtungen, die sich auf die in A und C dargestellten Konten beziehen, werden nicht berücksichtigt.

Die Leistungsausgaben werden um Erstattungen und Einnahmen pauschal gemindert. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

Erstattungen nach § 19 BVG a.F.	Konto	3200	KJ 1 2002
Erstattungen nach § 39 Abs. 2 SGB V	Konto	3211	KJ 1 2002
Erstattungen nach Art. 32 AvmG	Konto	3213	KJ 1 2002
Erstattungen nach § 50 SGB V	Konten	3214, 3216, 3218	KJ 1 2002
Erstattungen nach § 50 SGB V – Vorjahre	Konten	3215, 3217	KJ 1 2003
Erstattungen nach dem IfSG und dem Anti-D-Hilfe-Gesetz	Konto	3230	KJ 1 2002
Erstattungen nach Art. 63 GRG	KA	324	KJ 1 2002
Erstattungen nach § 19 BVG n.F.	Konto	3250	KJ 1 2002
Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte	Konto	3400	KJ 1 2002

Für alle oben genannten Erstattungen dürfen die Sachbuchkonten der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nicht um den Erstattungsbetrag (fallbezogen) gemindert werden.

Bei der Berücksichtigung der Erstattungen und Einnahmen wird unterschieden zwischen Erstattungen nach § 50 SGB V - nachfolgend Erstattungen für Krankengeld genannt - und allen übrigen Erstattungen - nachfolgend Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld genannt.

Die zeitliche Zuordnung der Leistungsausgaben ergibt sich aus Anlage 2.2 Abschnitt B Buchstabe j.

Anlage 2.1₂₀₀₃: Ausgleichsfähige Leistungsausgaben im Risikopool (zu § 19 der Vereinbarung)

A - Übersicht über ausgleichsfähige bzw. nicht ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 269 SGB V für das Ausgleichsjahr 2003 -

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
40		Ärztliche Behandlung		
	400	Ärztliche Behandlung		x
	401	Ambulantes Operieren (ohne 462)		x
	402	Dialyse-Sachkosten	7	
	405	Soziotherapie nach § 37a SGB V		x
	407	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467)		x
41		Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -		
	410	Konservierend-chirurgische Behandlung		x
	411	Vergütungszuschläge für Füllungen (§ 136b Abs. 2 SGB V)		x
	412	KfO-Behandlung - Honorar		x
	413	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors		x
	414	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors		x
	415	Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (FU1 bis FU3)		x
	416	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)		x
	417	Fissurenversiegelung		x
	418	Parodontose-Behandlung		x
	419	Sonstige zahnärztliche Leistungen		x
42		Zahnersatz		
	422	Zahnersatz – Honorar		x
	423	Zahnersatz - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors		x
	424	Zahnersatz - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors		x
	425	Vergütungszuschläge für Zahnersatz (§ 136b Abs. 2 SGB V)		x
	426	Festzuschüsse zum Zahnersatz		x
	429	Zahnersatz-Mehraufwendungen nach § 62 Abs. 2a SGB V		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
43		Arznei-, Verband - und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen¹		
	430	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	431	Hilfsmittel aus Apotheken - besonderer Art		x
	432	Hilfsmittel aus Apotheken - ohne die besonderer Art		x
	433	Anschubfinanzierung für die maschinelle Bearbeitung der Verordnungsblätter		x
	434	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
	436	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
	437	Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
	439	Arzneimittelrabatte	3 ²	
44/45		Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen		
	440	Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie		x
	441	Hilfsmittel von Orthopädietechnikern		x
	442	Hilfsmittel von Orthopädienschuhmachern		x
	443	Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)		x
	444	Kontaktlinsen von Optikern		x
	445	Kontaktlinsen von Augenärzten		x
	446	Hörhilfen von Optikern		x
	447	Hörhilfen von Hörgeräteakustikern		x
	448	Sachleistungen bei Dialyse	7	
	449	Heil- und Hilfsmittel besonderer Art (ohne 431)		x
	450	Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben		x
	452	Leistungen von Krankengymnasten/Physiotherapeuten		x
	453	Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 454 bis 457)		x
	454	Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten		x

¹ Der Sprechstundenbedarf ist generell nicht ausgleichsfähig. Erstattungen nach § 62 Abs. 1 SGB V für Arznei- und Verbandmittel sind zu berücksichtigen.

² Die Arzneimittelrabatte (KA 439) werden lediglich im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens im RSA beim BVA (Anlagen 1.6 und 1.7) berücksichtigt.

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
46	455	Logopäden/Sprachtherapeuten - ohne vertragsärztliche Versorgung		x
	456	Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung		x
	457	Logopäden/Sprachtherapeuten – nur vertragsärztliche Versorgung		x
	458	Podologische Leistungen		x
	459	Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen		x
		Krankenhausbehandlung		
	460	Krankenhausbehandlung	4	
	461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a SGB V)	4	
	462	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	4	
	463	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung		x
	464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504 und 505)	4	
	465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504 und 505)	4	
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen	4	
	467	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407)		x
47	468	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
		Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld		
	470	Krankengeld (ohne 471, 472, 473, 474 und 475)	6	
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6	
	472	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter	6	
	473	Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter	6	
	474	Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	6	
	476	Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V		x
	477	Krankengeld und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen		x
478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld (ohne 4765 und 4775)	6		

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland / Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		
	480	Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand		x
	481	Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten		x
	482	Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht		x
	483	Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V		x
	484	Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 1 und 2 SGB V		x
	485	Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V		x
	487	Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		x
49		Fahrkosten		
	492	Flugrettung		x
	493	Krankentransportwagen		x
	494	Rettungswagen		x
	495	Notarztwagen		x
	496	Taxen und Mietwagen		x
	499	Sonstige Fahrkosten		x
50		Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter		
	500	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistung		x
	501	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten		x
	502	Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503)		x
	503	Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502)		x
	504	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Kinder (ohne 464, 465 und 505)		x
	505	Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465 und 504)		x
	506	Medizinische Vorsorge für Mütter - volle Kostenübernahme		x
	507	Medizinische Vorsorge für Mütter - Kostenzuschuss		x
	508	Medizinische Rehabilitation für Mütter - volle Kostenübernahme		x
	509	Medizinische Rehabilitation für Mütter - Kostenzuschuss		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
51		Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe		
	510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)		x
	511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V		x
	512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern		x
	513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss		x
	514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss		x
	515	Ergänzende Maßnahmen - Arbeitsschutz / Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 Abs. 2 SGB V)		x
	516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)		x
	518	Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V		x
	519	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V		x
52		Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben		
	520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern		x
	521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen		x
	522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern		x
	523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten		x
	524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V		x
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V		x
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben		x
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)		x
53		Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch		
	530	Ärztliche Beratung und Behandlung		x
	531	Krankenhausbehandlung	4	
	532	Arznei- und Verbandmittel	3	
	537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
	538	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	539	Übrige Aufwendungen		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
54		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen		
	540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden		x
	541	Rehabilitationssport		x
	542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547)		x
	543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 Abs. 2 SGB V)		x
	544	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)		x
	545	Belastungserprobung und Arbeitstherapie		x
	546	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547)		x
	547	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546)		x
	548	Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i. V. m. § 56 SGB IX		x
55		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft		
	550	Ärztliche Betreuung		x
	551	Hebammenhilfe		x
	552	Stationäre Entbindung	4	
	553	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung		x
	554	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung		x
	555	Sonstige Sachleistungen		x
	556	Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO/§ 29 KVLG		x
	557	Entbindungsgeld nach § 200b RVO/§ 31 KVLG		x
	558	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	559	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
56		Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege		
	560	Gestellte Betriebshilfe - Regelleistung		x
	561	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung		x
	562	Betriebshilfe - Mehrleistung		x
	563	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V		x
	564	Gestellte Haushaltshilfe - Regelleistung		x
	565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
57	566	Haushaltshilfe - Mehrleistung		x
	567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung		x
	568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung		x
	569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V		x
		Integrierte Versorgung³		
	570	Ambulante ärztliche Behandlung		x
	571	Zahnärztliche Behandlung / Zahnersatz		x
	572	Sachleistung bei Dialyse	7	
	573	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen	3	
	574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen		x
	575	Hilfsmittel		x
	576	Krankenhausbehandlung einschl. teilstationärer Behandlung in Dialysestationen und stationäre Anschlussrehabilitation	4	
	577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege		x
	578	Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben		x
58	579	Übrige nicht RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben		x
		Sterbegeld/Mehrleistungen im Rahmen DMP		
	580	- Sterbegeld (Regelleistungen) - Sterbegeld (Mehrleistungen)	5	x
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP		x
	582	Medizinische Rehabilitation - DMP		x
	583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP		x
	59		Sonstige Leistungen	
590		Medizinischer Dienst		x
591		Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)		x
592		Gebärdendolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X/§ 26 Abs. 3 SGB IX)		x
593		Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie		x
594		Zuschüsse zu stationären Hospizen - Regelleistung	4	

³ Konten unter der Kontengruppe 57 sind nur ausgleichsfähig, wenn eine pseudonymbezogene und nach Hauptleistungsbereichen getrennte Zuordnung möglich ist.

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
	595	Förderung ambulanter Hospizdienste/Zuschüsse zu stationären Hospizen - Mehrleistung		x
	596	Versichertenbonus - Hausärztliche Versorgung (§ 65a SGB V)		x
	597	Versichertenbonus – Integrierte Versorgung (§ 140g SGB V)		x
	599	übrige Leistungen		x

B - Übersicht zur Zuordnung von im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu den Hauptleistungsbereichen (HLB) RSA für das Ausgleichsjahr 2003:

Hauptleistungsbereich	Ausgaben der Konten	
1. Ärzte	entfällt	
2. Zahnärzte	entfällt	
3. Apotheken ohne Abzug des Arzneimittelrabattes	Summe aus	KA 430, KA 434, KA 436, KA 437, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus	KA 460, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 466, KA 469, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, KA 576, KA 594
5. Sonstige Leistungsausgaben	Summe aus abzüglich	KA 580 Sterbegeldmehrleistungen
6. Krankengeld	KGr 47 ohne KA 476 und KA 477	
7. Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	Summe aus	KA 402, KA 448, KA 572 ⁴
8. nicht besetzt	entfällt	
9. Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP	entfällt	

Die Arzneimittelrabatte (KA 439) mindern das Ausgabenvolumen im HLB 3. Sie werden bei der Berechnung der Poolbeträge (Anlage 2.4) im Risikopool berücksichtigt.

C - Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2003:

In § 19 der Vereinbarung sind die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben definiert. Danach sind alle Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr anzusetzen, die in der der Vereinbarung beigefügten Liste über die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aufgeführt sind (vgl. Abschnitt A).

Forderungen und Verpflichtungen, die sich auf die in A und C dargestellten Konten beziehen, werden nicht berücksichtigt.

Die Leistungsausgaben werden um Erstattungen und Einnahmen gemindert. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

Erstattungen nach § 19 BVG a.F.	Konto	3200
Erstattungen nach Art. 32 AvmG	Konto	3213
Erstattungen nach § 50 SGB V	Konten	3214, 3216 3218
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

⁴ Nur im HLB 7 ausgleichsfähig, wenn eine pseudonymbezogene und nach Hauptleistungsbereichen getrennte Zuordnung möglich ist.

Das Nähere zur Berücksichtigung der Erstattungen bei der Ermittlung der Summe der Poolbeträge je Krankenkasse ist der Anlage 2.4 Abschnitt A zu entnehmen.

Für alle oben genannten Erstattungen dürfen die Sachbuchkonten der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nicht um den Erstattungsbetrag (fallbezogen) gemindert werden.

Bei der Hochrechnung im RSA (siehe Anlage 2.4 Abschnitt B in Verbindung mit Anlage 1.6) wird unterschieden zwischen Erstattungen nach § 50 SGB V - nachfolgend Erstattungen für Krankengeld genannt - und allen übrigen Erstattungen - nachfolgend Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld genannt.

Die zeitliche Zuordnung der Leistungsausgaben ergibt sich aus Anlage 2.2 Abschnitt B Buchstabe j.

Anlage 2.1₂₀₀₄: Ausgleichsfähige Leistungsausgaben im Risikopool (zu § 19 der Vereinbarung)

A - Übersicht über ausgleichsfähige bzw. nicht ausgleichsfähige Leistungsausgaben nach § 269 SGB V für das Ausgleichsjahr 2004 -

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
40		Ärztliche Behandlung		
	400	Ärztliche Behandlung		x
	401	Ambulantes Operieren (ohne 462)		x
	402	Dialyse-Sachkosten	7	
	403	Ambulante Behandlung im Krankenhaus		x
	405	Soziotherapie nach § 37a SGB V		x
	407	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 467)		x
41		Zahnärztliche Behandlung - ohne Zahnersatz -		
	410	Konservierend-chirurgische Behandlung		x
	411	Vergütungszuschläge für Füllungen (§ 136b Abs. 2 SGB V)		x
	412	KfO-Behandlung - Honorar		x
	413	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors		x
	414	KfO-Behandlung - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors		x
	415	Kinder-Früherkennungsuntersuchungen (FU1 bis FU3)		x
	416	Individualprophylaxe (6 bis unter 18 Jahre)		x
	417	Fissurenversiegelung		x
	418	Parodontose-Behandlung		x
	419	Sonstige zahnärztliche Leistungen		x
42		Zahnersatz		
	422	Zahnersatz - Honorar		x
	423	Zahnersatz - Material- und Laborkosten von praxiseigenen Labors		x
	424	Zahnersatz - Material- und Laborkosten von gewerblichen Labors		x
	425	Vergütungszuschläge für Zahnersatz (§ 136b Abs. 2 SGB V)		x
	426	Festzuschüsse für Zahnersatz		x
	429	Zahnersatz-Mehraufwendungen nach § 62 Abs. 4 SGB V		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
43		Arznei-, Verband - und Hilfsmittel aus Apotheken/Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen¹		
		430 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
		431 Hilfsmittel aus Apotheken - besonderer Art		x
		432 Hilfsmittel aus Apotheken - ohne die besonderer Art		x
		433 Pauschale für die Digitalisierung der Verordnungsblätter		x
		434 Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
		435 Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – nur vertragsärztliche Versorgung	3	
		436 Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - nur vertragsärztliche Versorgung	3	
		437 Arznei- und Verbandmittel von Sonstigen - ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
		438 Arznei- und Verbandmittel aus Versandhandel – ohne vertragsärztliche Versorgung	3	
		439 Arzneimittelrabatte	X ²	
	44/45		Heil- und Hilfsmittel von anderen Stellen, Behandlung durch sonstige Heilpersonen	
		440 Hilfsmittel von Fachärzten der Orthopädie		x
		441 Hilfsmittel von Orthopädietechnikern		x
		442 Hilfsmittel von Orthopädieschuhmachern		x
		443 Sehhilfen von Optikern (ohne Kontaktlinsen)		x
		444 Kontaktlinsen von Optikern		x
		445 Kontaktlinsen von Augenärzten		x
		446 Hörhilfen von Optikern		x
		447 Hörhilfen von Hörgeräteakustikern		x
		448 Sachleistungen bei Dialyse	7	
		449 Hilfsmittel besonderer Art (ohne 431)		x
		450 Leistungen von Masseuren und medizinischen Badebetrieben		x
		452 Leistungen von Krankengymnasten/Physiotherapeuten		x
		453 Behandlung durch sonstige Heilpersonen (ohne 454 bis 457)		x
	454 Ergo-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten		x	

¹ Der Sprechstundenbedarf ist generell nicht ausgleichsfähig.

² Der Betrag der KA 439 wird pauschal im HLB 3 im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt.

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
46	455	Logopäden/Sprachtherapeuten - ohne vertragsärztliche Versorgung		x
	456	Heilmittel von Krankenhäusern außerhalb der stationären Behandlung		x
	457	Logopäden/Sprachtherapeuten – nur vertragsärztliche Versorgung		x
	458	Podologische Leistungen		x
	459	Heil- und Hilfsmittel von Sonstigen		x
		Krankenhausbehandlung		
	460	Krankenhausbehandlung	4	
	461	Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115a SGB V)	4	
	462	Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	4	
	463	Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung		x
	464	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation (ohne 465, 504, 505 und 576)	4	
	465	Stationäre Rehabilitationsleistungen - Anschlussrehabilitation für Kinder (ohne 464, 504, 505 und 576)	4	
	466	Teilstationäre Behandlung in Dialysestationen	4	
	467	Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Art. 8 GKV-SolG (ohne 407)		x
47	468	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	469	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
		Krankengeld und Beiträge aus Krankengeld		
	470	Krankengeld (ohne 471, 472, 473, 474 und 475)	6	
	471	Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes	6	
	472	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	6	
	473	Krankengeld bei stationären Rehabilitationsleistungen und medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter	6	
	474	Krankengeld bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch	6	
	476	Krankengeld und Beiträge aus Nachzahlungen nach § 47a Abs. 3 SGB V		x
	477	Krankengeld und Beiträge aus sozialrechtlichen Herstellungsansprüchen		x
478	Beiträge der Krankenkassen aus Krankengeld (ohne 4765 und 4775)	6		

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
48		Aufwendungen für Leistungen im Ausland / Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		
		480 Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand		x
		481 Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V		x
		482 Umlagen bei Erstattungsverzicht nach zwischenstaatlichem Recht		x
		483 Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V		x
		484 Behandlung im Ausland-Mehrleistungen		x
		485 Arznei- und Verbandmittel im Ausland	3	
		486 Krankenhausbehandlung im Ausland	4	
		487 Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht		X
		488 Dialysebehandlung im Ausland	7	
		489 Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140e SGB V		X
49		Fahrkosten		
		492 Flugrettung		x
		493 Krankentransportwagen		x
		494 Rettungswagen		x
		495 Notarztwagen		x
		496 Taxen und Mietwagen		x
		499 Sonstige Fahrkosten		x
50		Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Medizinische Leistungen für Mütter und Väter		
		500 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Sachleistung (ohne 579 und 581)		x
		501 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten - Zuschuss zu den sonstigen Kosten (ohne 579 und 581)		x
		502 Stationäre Vorsorgeleistungen (ohne 503, 579 und 581)		x
		503 Stationäre Vorsorgeleistungen - Kinder (ohne 502, 579 und 581)		x
		504 Stationäre Rehabilitationsleistungen - Kinder (ohne 464, 465, 505, 579 und 582)		x
		505 Stationäre Rehabilitationsleistungen (ohne 464, 465, 504, 579 und 582)		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
51	506	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (ohne 579)		x
	508	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (ohne 579)		x
		Soziale Dienste, Prävention und Selbsthilfe		
	510	Soziale Dienste (ohne 705, 7108 und 7133)		x
	511	Primäre Prävention nach § 20 Abs. 1 SGB V		x
	512	Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern		x
	513	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - nur Zuschuss		x
	514	Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen - ohne Zuschuss		x
	515	Ergänzende Maßnahmen - Arbeitsschutz / Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (§ 20 Abs. 2 SGB V)		x
	516	Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe)		x
	518	Schutzimpfungen nach § 23 Abs. 9 SGB V		x
52	519	Forschungsvorhaben nach § 287 SGB V		x
		Früherkennungsmaßnahmen und Modellvorhaben		
	520	Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern		x
	521	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen		x
	522	Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Männern		x
	523	Maßnahmen zur Früherkennung von anderen Krankheiten		x
	524	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB V		x
	525	Modellvorhaben nach § 63 Abs. 2 SGB V		x
	526	Wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben		x
	527	Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)		x
53		Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch		
	530	Ärztliche Beratung und Behandlung		x
	531	Krankenhausbehandlung	4	
	532	Arznei- und Verbandmittel	3	
	537	Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4	
	538	Mehrleistung (nur Bkn)		x
	539	Übrige Aufwendungen		x

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig		
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein	
54		Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen			
	540	Beiträge zur Unfallversicherung für Rehabilitanden		x	
	541	Rehabilitationssport		x	
	542	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (ohne 546, 547, 579 und 583)		x	
	543	Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (§ 120 Abs. 2 SGB V)		x	
	544	Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 120 Abs. 2 SGB V)		x	
	545	Belastungserprobung und Arbeitstherapie		x	
	546	Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen - ohne ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 547, 579 und 582)		x	
	547	Ambulante Anschlussrehabilitation (ohne 542, 546, 578 und 582)		x	
	548	Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX i. V. m. § 56 SGB IX		x	
	55		Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft		
		550	Ärztliche Betreuung		x
		551	Hebammenhilfe		x
		552	Stationäre Entbindung	4	
553		Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung		x	
554		Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung		x	
555		Sonstige Sachleistungen		x	
556		Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO/§ 29 KVLG/Beiträge zur BA		x	
557		Entbindungsgeld nach § 200b RVO/§ 31 KVLG		x	
558		Mehrleistungen (nur Bkn)		x	
559		Investitionszuschlag nach Art. 14 Abs. 3 GSG	4		
56		Betriebs-, Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege			
	560	Gestellte Betriebshilfe – Regelleistung		x	
	561	Erstattung für selbstbeschaffte Betriebshilfe - Regelleistung		x	
	562	Betriebshilfe – Mehrleistung		x	
	563	Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V		x	
	564	Gestellte Haushaltshilfe – Regelleistung		x	
	565	Erstattung für selbstbeschaffte Haushaltshilfe - Regelleistung		x	

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichs- fähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
57	566	Haushaltshilfe – Mehrleistung		x
	567	Häusliche Krankenpflege - Regelleistung		x
	568	Häusliche Krankenpflege - Ermessensleistung		x
	569	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 2 SGB V		x
		Integrierte Versorgung		
	570	Ambulante ärztliche Behandlung		x
	571	Zahnärztliche Behandlung / Zahnersatz		x
	572	Sachleistung bei Dialyse	7	
	573	Arznei- und Verbandmittel aus Apotheken und von Sonstigen	3	
	574	Heilmittel und Behandlung durch sonstige Heilpersonen		x
	575	Hilfsmittel		x
	576	Krankenhausbehandlung einschl. teilstationärer Behandlung in Dialysestationen und stationärer Anschlussrehabilitation	4	
	577	Behandlungspflege/Häusliche Krankenpflege (Regelleistungen)		x
58	578	Übrige RSA berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben		x
	579	Übrige nicht RSA berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben		x
		Sterbegeld/Mehrleistungen im Rahmen DMP		
	580	- Sterbegeld (Regelleistungen)		x
		- Sterbegeld (Mehrleistungen)		x
	581	Medizinische Vorsorgeleistungen - DMP		x
	582	Medizinische Rehabilitation - DMP		x
	583	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation - DMP		x
	584	Ambulante Behandlung im Krankenhaus - DMP		X ³
	588	Sonstige nicht zuordenbare Aufwendungen für Leistungen der Integrierten Versorgung (Komplexpauschalen)	X ⁴	
59	589	Für Zwecke der Integrierten Versorgung verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V	X ⁵	
		Sonstige Leistungen		
	590	Medizinischer Dienst		x
	591	Gutachterkosten im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung (ohne 590)		x

³ Mit dem nächsten Kontenrahmen-Erlass soll die KA 584 entfallen.

⁴ Der Betrag der KA 588 wird pauschal im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt.

⁵ Der Betrag der KA 589 wird im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens anteilig pauschal im HLB 4 berücksichtigt.

Konten		Bezeichnung der Leistungsausgaben	ausgleichsfähig	
Gruppe	Art		ja, im HLB	nein
	592	Gebärdensprachdolmetscher sowie medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen (§ 17 Abs. 2 SGB I/§ 19 Abs. 1 SGB X/§ 26 Abs. 3 SGB IX)		x
	593	Erstattungen nach § 13 Abs. 3 SGB V für Psychotherapie		x
	594	Zuschüsse zu stationären Hospizen – Regelleistung	4	
	595	Förderung ambulanter Hospizdienste/Zuschüsse zu stationären Hospizen – Mehrleistung		x
	596	Versichertenbonus nach § 65a Abs. 2 SGB V		x
	597	Versichertenbonus nach § 65a Abs. 1 und 3 SGB V		x
	598	Erstattungen nach § 62 SGB V/§ 8 KVLG 1989 sowie Vorauszahlungen auf Zuzahlungen	X ⁶	
	599	übrige Leistungen		x

⁶ Der Betrag der KA 598 wird pauschal im Rahmen des Hochrechnungsverfahrens berücksichtigt.

B - Übersicht zur Zuordnung der im Risikopool zu meldenden ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu den Hauptleistungsbereichen (HLB) für das Ausgleichsjahr 2004:

Hauptleistungsbereich	Ausgaben der Konten
1. Ärzte	entfällt
2. Zahnärzte	entfällt
3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte	Summe aus KA 430, KA 434; KA 435, KA 436, KA 437, KA 438; KA 485, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus KA 460, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 466, KA 469, KA 486, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, KA 576, KA 594
5. Sonstige Leistungsausgaben	entfällt
6. Krankengeld	KGr 47 ohne KA 476 und KA 477
7. Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	Summe aus KA 402, KA 448, KA 488, KA 572
8. nicht besetzt	entfällt
9. Berücksichtigungsfähige Mehrleistungen DMP	entfällt

C - Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr 2004:

In § 19 der Vereinbarung sind die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben definiert. Danach sind alle Leistungsausgaben für das Ausgleichsjahr anzusetzen, die in der der Vereinbarung beigefügten Liste über die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben aufgeführt sind (vgl. Abschnitt A).

Forderungen und Verpflichtungen, die sich auf die in A und C dargestellten Konten beziehen, werden nicht berücksichtigt.

Die Leistungsausgaben werden um Erstattungen und Einnahmen gemindert. Darüber hinaus sind die in Anlage 1.7 bezeichneten Abzugs- und Anrechnungsbeträge zu berücksichtigen. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

- Erstattungen nach § 19 BVG a.F. Konto 3200
 - Erstattungen nach Art. 32 AVmG Konto 3213
 - Erstattungen nach § 49 Abs. 1 Nr. 3 und § 50 SGB V Konten 3214 bis 3219
 - 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
- sowie um:
- Arzneimittelrabatte KA 439
 - Kompexpauschalen bei integrierter Versorgung (IV) KA 588
 - Verwendete Mittel aus der Anschubfinanzierung IV Konto 5890
 - Rück- und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen KA 598

Das Nähere zur Berücksichtigung der Abzugs- und Anrechnungsbeträge bei der Ermittlung der Summe der Poolbeträge je Krankenkasse ist der Anlage 2.4 Abschnitt A zu entnehmen.

Für alle oben genannten Abzugs- und Anrechnungsbeträge dürfen die Sachbuchkonten der im Risikopool ausgleichsfähigen Leistungsausgaben nicht um diese Beträge (fallbezogen) gemindert werden.

Bei der Hochrechnung im RSA (siehe Anlage 2.4 Abschnitt B in Verbindung mit Anlage 1.6) wird unterschieden zwischen Erstattungen nach § 50 SGB V - nachfolgend Erstattungen für Krankengeld genannt - und allen übrigen Erstattungen - nachfolgend Erstattungen für Leistungsausgaben ohne Krankengeld genannt - sowie den weiteren in Anlage 1.7 definierten Abzugs- und Anrechnungsbeträgen.

Die zeitliche Zuordnung der Leistungsausgaben ergibt sich aus Anlage 2.2 Abschnitt B Buchstabe j.

Anlage 2.2: Datenmeldungen (zu § 20 der Vereinbarung)

Anleitung zur Übermittlung der Daten für die Durchführung des Risikopools in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 269 SGB V

A. Allgemeine Erläuterungen

Ausschlaggebend für die Einbeziehung eines Versicherten als Risikopoolfall in die Datenmeldung sind die nach den für das jeweilige Ausgleichsjahr geltenden Vorschriften ermittelten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben. Übersteigt dieser Betrag für den Versicherten den festgelegten Schwellenwert, so sind die nachfolgend aufgeführten Daten versichertenbezogen und eindeutig pseudonymisiert zu melden. Im Falle unterjähriger Wechsel der Versichertengruppe ist pro Versichertengruppe der definierte Datensatz mit den betreffenden, auf den relevanten Zeitraum entfallenden Angaben zu übermitteln, wobei die Summe der aufgeführten Leistungsausgaben über alle Datensätze für einen Versicherten mit identischem Pseudonym für die Ausgleichsfähigkeit relevant ist.

Die Berücksichtigung der Abzugs- und Anrechnungsbeträge bei den gemeldeten Bruttoausgaben zur Ermittlung des ausgleichsbegründenden Netto-Betrages, ggf. die Bereinigung der Risikopoolfälle bei Unterschreiten des Schwellenwertes, sowie die Berechnung des Ausgleichsbetrages erfolgt durch das BVA.

1. Rechtskreiszuordnung

Die Meldungen der Krankenkassen erfolgen getrennt nach Rechtskreisen. Dies gilt auch im Falle des unterjährigen Rechtskreiswechsels eines Versicherten innerhalb einer Krankenkasse. Die Meldung der Krankenkasse für diesen Versicherten erfolgt getrennt nach den Rechtskreisen (Betriebsnummern), jedoch mit identischem Pseudonym. Die Zusammenführung der Datensätze nimmt das BVA vor.

2. Erhebungszeitpunkte

Die Krankenkassen ermitteln die Daten über die Versicherten und deren Leistungsausgaben nach § 269 Abs. 3 SGB V [Satzart 45 – Risikopool-Datensatz (RP-Datensatz)] für das zurückliegende Kalenderjahr einheitlich innerhalb eines festgelegten Zeitraums.

3. Vorlagetermine

Die Krankenkassen übermitteln die Daten des Schlussausgleichs an ihren zuständigen Spitzenverband bis spätestens 31.07. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

Nach Plausibilitätsprüfungen und ggf. Bereinigung durch die meldenden Krankenkassen übermitteln die Spitzenverbände die Daten an das BVA bis zum 31.08. des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Mit der Datenübergabe sind die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen dem BVA schriftlich mitzuteilen.

Korrekturmeldungen sind spätestens zu den nachstehenden Terminen zu übermitteln:

- Krankenkasse an den zuständigen Spitzenverband 31.05.
- Spitzenverband an das BVA 30.06.

4. Verpflichtung zur Meldung

Die Daten sind dem BVA für jede Einzelkasse durch die Spitzenverbände zu übermitteln. Für alle zu dem Zeitpunkt der Datenmeldung nach Nr. 3 wie auch – zumindest teilweise – im Berichtsjahr existierenden Krankenkassen ist eine Datenmeldung an das BVA abzugeben. Dies gilt auch für im Berichtszeitraum zumindest teilweise existierende Krankenkassen, die ohne Rechtsnachfolger geschlossen wurden.

Krankenkassen, die sich im Laufe des Berichtsjahres vereinigen, haben für die anstehende Datenmeldung nur eine komplette Datenmeldung über die rechtsnachfolgende Krankenkasse abzugeben. Dies gilt entsprechend für Korrekturmeldungen.

Krankenkassen, die keine Risikopoolfälle zu melden haben, melden einen Datensatz, in dem in allen Feldern außer Satzart, Berichtsjahr und Betriebsnummer „Blank“ eingetragen ist.

B. Datensatzaufbau und Erläuterungen zum Inhalt

Datensatz für die Datenerhebung zum Risikopool - Meldung nach § 269 Abs. 3 SGB V

Für jeden Versicherten, dessen ausgleichsfähige Leistungsausgaben den festgesetzten Schwellenwert für das Ausgleichsjahr überschreiten, ist pro Versichertengruppe der nachfolgende Datensatz zu melden. Bei unterjährigen Gruppenwechseln sind demzufolge mehrere Datensätze unter dem selben Pseudonym in die Meldung einzustellen.

Datensatz für die Datenerhebung zum Risikopool

- Meldung nach § 269 Abs. 3 SGB V -

Ausgleichsfähige Leistungsausgaben (Satzart 45)

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Anzahl	
1	Satzart	1	2	2	45
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 2003, das Berichtsjahr ist '03'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben.
4	Land	16	17	2	Blank (Eine Datenangabe hat nicht zu erfolgen.)
5	Versichertenpseudonym	18	47	30	Pseudonym, alphanumerisch, linksbündig - wenn kürzer als 30 Stellen Auffüllen mit 'Blank', rechtskreisübergreifend identisch
6	Versichertengruppe	48	49	2	für 2002 gilt: 01 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV 02 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV 03 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 3 RSAV 04 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 1) RSAV 05 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 2) RSAV 06 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5
					ab 2003 gilt: Es sind die Versichertengruppen nach § 2 Abs. 1 der RSAV analog zur Satzart 40 zu schlüsseln 1. Stelle der Versichertengruppe: 0 = Nicht-DMP-Versicherte 1 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ II 2 = DMP-Versicherte Brustkrebs 3 = DMP-Versicherte KHK 4 = DMP-Versicherte Diabetes mellitus Typ I 5 = DMP-Versicherte Asthma bronchiale 6 = DMP-Versicherte COPD 2. Stelle der Versichertengruppe: 1 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV 2 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV 3 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 3 RSAV 4 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 1) RSAV 5 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 2) RSAV 6 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5
7	Geschlecht	50	50	1	1 = weiblich 2 = männlich
8	Alter	51	52	2	00 = unter einem Jahr bis 90 = 90 und älter (vgl. Altersschlüssel)
9	Versichertentage	53	66	14	Es sind die Versicherungszeiten in Tagen anzugeben.
10	Vorzeichen bzgl. Versichertentage	67	67	1	“+“ => positiver Wert Versichertentage “-“ => negativer Wert Versichertentage

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Anzahl	
11-28	Ausgleichsfähige Leistungsausgaben	68	202		Leistungsausgaben gemäß § 28a Abs. 1 RSAV
11	Brutto-Leistungsausgaben insgesamt	68	81	14	Saldo der Felder 17, 19, 21, 23 und 27 unter Berücksichtigung der jeweils dazugehörigen Vorzeichen
12	Vorzeichen Brutto-Leistungsausgaben insgesamt	82	82	1	“+“ => positiver Wert Brutto-Leistungsausgaben “-“ => negativer Wert Brutto-Leistungsausgaben
13	Ärzte	83	96	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 1 der Anlage 2.1, nicht besetzt -
14	Vorzeichen Ärzte	97	97	1	“+“ => positiver Wert Ärzte “-“ => negativer Wert Ärzte nicht besetzt
15	Zahnärzte	98	111	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 2 der Anlage 2.1, nicht besetzt
16	Vorzeichen Zahnärzte	112	112	1	“+“ => positiver Wert Zahnärzte “-“ => negativer Wert Zahnärzte nicht besetzt
17	Apotheken	113	126	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 3 der Anlage 2.1 für 2002 gilt: mit Abzug der Arzneimittelrabatte ab 2003 gilt: ohne Abzug der Arzneimittelrabatte
18	Vorzeichen Apotheken	127	127	1	“+“ => positiver Wert Apotheken “-“ => negativer Wert Apotheken
19	Krankenhäuser	128	141	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 4 der Anlage 2.1
20	Vorzeichen Krankenhäuser	142	142	1	“+“ => positiver Wert Krankenhäuser “-“ => negativer Wert Krankenhäuser
21	Sterbegeld	143	156	14	bis 2003 gilt: Nicht besetzt, da unter Feld-Nr. 25 zu buchen ab 2004 gilt: Nicht besetzt, da nicht mehr ausgleichsfähig
22	Vorzeichen Sterbegeld	157	157	1	“+“ => positiver Wert Sterbegeld “-“ => negativer Wert Sterbegeld Nicht besetzt, da unter Feld-Nr. 26 zu buchen
23	nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	158	171	14	für 2002 gilt: nicht besetzt ab 2003 gilt: Siehe Abschnitt -B, Ziffer 7 der Anlage 2.1
24	Vorzeichen Dialyse	172	172	1	“+“ => positiver Wert Dialyse “-“ => negativer Wert Dialyse
25	Sonstige Leistungsausgaben	173	186	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 5 der Anlage 2.1, ab 2004 gilt: Nicht besetzt
26	Vorzeichen Sonstige Leistungsausgaben	187	187	1	“+“ => positiver Wert Sonstige Leistungsausgaben “-“ => negativer Wert Sonstige Leistungsausgaben
27	Krankengeld	188	201	14	Siehe Abschnitt B, Ziffer 6 der Anlage 2.1
28	Vorzeichen Krankengeld	202	202	1	“+“ => positiver Wert Krankengeld “-“ => negativer Wert Krankengeld

Erläuterungen zur Satzart 45

a) Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Für die Risikopool-Daten ist die Satzart "45" einzutragen.

b) Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben.

c) Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben.

d) Zu Datenfeld 4 (Land)

nicht belegt

e) Zu Datenfeld 5 (Versicherter)

Hier ist die in einheitlicher Ausgabeform pseudonymisierte Versichertennummer anzugeben. Das Pseudonym eines Versicherten muss innerhalb einer Krankenkasse - auch bei rechtskreisübergreifend tätigen Krankenkassen - innerhalb einer Datenmeldung identisch sein.

f) Zu Datenfeld 6 (Versichertengruppen)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen gelten die in § 2 RSAV aufgeführten Gliederungen, und zwar:

1. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Grundsätzliche Zuordnung -

0 = Versicherte, die nicht in ein nach § 137g SGB V zugelassenes strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, nachfolgend DMP genannt) eingeschrieben sind (Nicht-DMP-Versicherte)

1 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ II eingeschrieben sind

2 = Versicherte, die in ein DMP für Brustkrebs eingeschrieben sind

3 = Versicherte, die in ein DMP für KHK (Koronare Herzkrankheit) eingeschrieben sind

4 = Versicherte, die in ein DMP für Diabetes mellitus Typ I eingeschrieben sind

5 = Versicherte, die in ein DMP für Asthma bronchiale eingeschrieben sind

6 = Versicherte, die in ein DMP für COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen) eingeschrieben sind

2. Stelle des Feldes Versichertengruppe: - Spezifizierung -

1 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV

Hierhin gehören alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die unter 4 zu verschlüsselnden Mitglieder. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch freiwillige Mitglieder, für die der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V gilt und die **keine** Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Rente) nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

Nach § 33 Abs. 3 SGB VI können Erwerbsminderungsrentner (EM-Rentner) sein: Rentenbezieher wegen teilweiser Erwerbsminderung, Rentenbezieher wegen voller Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeitsrentner, Berufsunfähigkeitsrentner und Bezieher einer Rente für Bergleute.

2 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV

Hierhin gehören alle Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld, jedoch nicht für mindestens 6 Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben, ohne die unter 5 zu verschlüsselnden Versicherten. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch freiwillige Mitglieder, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 SGB V gilt und die **keine** EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

3 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 3 RSAV

Hierhin gehören alle Versicherten, die bei Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben, ohne die unter 6 zu verschlüsselnden Versicherten. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch freiwillige Mitglieder, für die der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V gilt und die **keine** EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen; hierunter sind auch die Mitglieder zu verschlüsseln, für die der Beitragssatz nach § 245 SGB V anzuwenden ist (z. B. Studenten, Praktikanten) sowie ab 1995 die Rentner.

Ferner gehören hierhin alle nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, sofern sie **keine** EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

4 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 1) RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 1 genannten Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Nicht hierhin gehören die Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 RSAV der Altersgruppen ab 66 Jahre sowie der Altersgruppe 65 nach Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

5 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 (analog Ziffer 2) RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 2 genannten Mitglieder (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der erhöhte Beitragssatz nach § 242 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Nicht hierhin gehören die Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 4 RSAV der Altersgruppen ab 66 Jahre sowie der Altersgruppe 65 nach Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

6 = Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5 RSAV

Hierhin gehören alle die unter dem Schlüssel 3 genannten Versicherten (Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte, für die der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 SGB V gilt.), die jedoch eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI (Anlage 1.4a) beziehen - EM-Rentner. Es gilt die zeitliche Abgrenzung nach § 3 Abs. 3 Satz 4 und 5 i.V.m. § 2 Abs. 4 RSAV.

Hierhin gehören auch die Mitglieder, für die der Beitragssatz nach § 245 SGB V anzuwenden ist (z. B. Studenten, Praktikanten) sowie ab 1995 die Rentner, sofern sie gemäß Anlage 1.4a eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

Ferner gehören hierhin alle nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, sofern sie gemäß Anlage 1.4a eine EM-Rente nach § 33 Abs. 3 SGB VI beziehen.

Nicht hierhin gehören die Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5 RSAV der Altersgruppen ab 66 Jahre sowie der Altersgruppe 65 nach Ablauf des Monats der Vollendung des 65. Lebensjahres.

Hinweise

Die Zuordnung der Versicherten gemäß § 2 Abs. 1 Ziffern 4 und 5 RSAV der Altersgruppen ab 66 Jahre ist gemäß Anlage 1.5, Abschnitt A.1.d vorzunehmen.

Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen ist das Fortbestehen der Mitgliedschaft nach § 192 SGB V auch dann maßgebend, wenn rückwirkend Rente zugebilligt wird.

Versicherte, deren Leistungsansprüche nach § 16 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 und Abs. 3a SGB V ruhen, sind nicht mit einzubeziehen.

g) Zu Datenfeld 7 (Geschlecht)

Für die Verschlüsselung der Versichertengruppen nach dem Geschlecht gelten folgende Merkmale:

1 = weiblich
2 = männlich

h) Zu Datenfeld 8 (Alter)

Die Altersabstände betragen ein Jahr (§ 2 Abs. 3 RSAV). Dabei sind Versicherte dem vollendeten Lebensjahr zuzuordnen, das sich aus der Differenz zwischen Erhebungs- und Geburtsjahr errechnet. Versicherte mit Alter unter einem Jahr sind dem Alter null (0) und Versicherte mit Alter über neunzig dem Alter neunzig (90) zuzuordnen.

In den Versichertengruppen für EM-Rentner sind Versicherte mit Alter unter 35 Jahren dem Alter 35 zuzuordnen. Die Altersstufen 0 bis 34 werden in die Altersstufe 35 summiert und sind somit nicht zu belegen.

i) Zu Datenfeld 9 (Versichertentage)

Es sind für das Kalenderjahr (Berichtsjahr) die Versicherungszeiten (Versichertentage) jedes Versicherten, der den Schwellenwert überschreitet, in den Versichertengruppen zu erheben. Für die Zuordnung der Versicherten zu den Versichertengruppen gilt die Gliederung gemäß dem Datenfeld 6 (Versichertengruppe).

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

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

Für die Zuordnung zu den Versichertengruppen für EM-Rentner auf Zeit beginnt die Versicherungszeit jeweils mit dem ersten Tag des sechsten Monats vor dem Beginn der Rente, frühestens mit dem ersten Tag des Berichtsjahres.

j) Zu Datenfeldern 11-28 (Ausgleichsfähige Leistungsausgaben)

Die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben. Dabei erfolgt die Zuordnung zu den Hauptleistungsbereichen nach der in Anlage 2.1, Abschnitt B definierten Systematik.

Nicht besetzte Betragsfelder werden in der vollständigen Feldlänge entweder mit BLANK (erfordert zugehöriges Vorzeichenfeld BLANK) oder der Ziffer „0“ (erfordert zugehöriges Vorzeichenfeld „+“) belegt.

Leistungsausgaben, denen keine Versicherungszeit gemäß § 3 RSAV zugeordnet werden kann, sind nicht ausgleichsfähig.

Die Leistungen werden nach dem Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme ("Für-Prinzip") den Versichertengruppen zeitlich zugeordnet. Dabei gelten für die einzelnen Leistungsbereiche folgende Kriterien:

Apotheken

Die zeitliche Zuordnung der geprüften Daten erfolgt zum Ende des Monats des im Datensatz angegebenen Verordnungsdatums. Liegt kein Verordnungsdatum vor, erfolgt die zeitliche Zuordnung nach dem Ende des Abrechnungsmonats. Endet die Versicherungszeit des Versicherten vor diesem Tag, ist der letzte Tag der Versicherungszeit für die zeitliche Zuordnung heranzuziehen. Da Arznei- und Verbandmittel nur innerhalb eines begrenzten Zeitraums nach Verordnung erstattungsfähig sind, darf der letzte Tag der Versicherungszeit maximal der 1. des Vormonats des Abrechnungsmonats sein.

Zu melden sind die versichertenbezogenen abgerechneten Bruttobeträge abzüglich der vom Versicherten geleistete Zuzahlungen. Bei der Meldung für das Korrekturjahr 2002 sind die Arzneimittelnettobeträge zu melden, wobei zunächst die Arzneimittelrabatte und anschließend die Zuzahlungen abzuziehen sind.

Die Krankenkassen haben darauf hinzuwirken, dass Arzneimittel und Hilfsmittel auf getrennten Rezepten verordnet werden, also sog. "Mischrezepte" zukünftig nicht mehr ausgestellt werden.

Krankenhäuser

Kalendertägliche Pflegesätze sowie Sonderentgelte sind dem jeweiligen Tag des Krankenhausaufenthalts zuzuordnen. Bei Fallpauschalen und DRG sind die Kosten durch die Anzahl der Krankenhaustage zu dividieren und tagesgenau aufzuteilen. Endet das Versicherungsverhältnis vor dem letzten Tag der Krankenhausbehandlung, meldet die leistungspflichtige Krankenkasse die Leistungsausgaben. Dabei werden die DRG- und Fallpauschalkosten auf diejenigen Krankenhaustage aufgeteilt, an denen der Versicherte während des Krankenhausaufenthalts bei der Krankenkasse versichert war.

Geleistete Zuzahlungen sind jeweils in Abzug zu bringen. Beträge aus der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V sind nicht abzusetzen. Kosten der teilstationären Dialysebehandlung sind gemäß den Aufteilungsregeln der Krankenhauskosten zuzuordnen.

Sterbegeld

Das Feld Sterbegeld ist nicht besetzt.

Sonstige Leistungsausgaben - Sterbegeld

Im Feld Sonstige Leistungsausgaben sind ab 2002 die Ausgaben für Sterbegeld entsprechend Anlage 2.1 Abschnitt B, Ziffer 5. zu melden.

Maßgebend für die zeitliche Zuordnung von Sterbegeld ist der Todestag des Versicherten.

Ab 2004 sind die Ausgaben des Sterbegeldes im Risikopool nicht mehr ausgleichsfähig

Krankengeld

Das Krankengeld ist dem jeweiligen Tag des Krankengeldbezugszeitraums zuzuordnen.

Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse

Die Ausgaben für Nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sind ohne Abzug der Praxisgebühr den Versicherungszeiten im Leistungsquartal zuzuordnen.

Ärzte, Zahnärzte

Die Felder Ärzte und Zahnärzte sind – abweichend von § 269 Abs. 1 SGB V - vorsorglich aufgenommen worden. Derzeit werden sie nicht besetzt.

C. Form der Datenlieferungen der Spitzenverbände an das BVA

Die Datenlieferungen der Satzart 45 erfolgt nach folgenden Kriterien:

1. Dateibeschreibung

Die Daten der Satzart 45 sind je Kassenart in einer logischen Datei zu liefern, die beide Rechtskreise umfasst.

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

- einem Vorlaufsatz
- einer n-fachen Anzahl von Datensätzen der Satzart 45
- einem Nachlaufsatz

bestehen.

2. Satzbeschreibungen

2.1 Vorlaufsatz

Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart.

Aufbau des Vorlaufsatzes Satzart 45

Feld- Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Anzahl	
1	Satzart	1	2	2	45
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 2003_, das Berichtsjahr ist '03'.
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	'00000000' (als Kennzeichen für Vorlaufsatz)
4	Dateibezeichnung	16	32	17	<p>Stelle 16-18 RPL</p> <p>Stelle 19 blank</p> <p>Stelle 20-21 Berichtsjahr</p> <p>Stelle 22 blank</p> <p>Stelle 23-25 Bezeichnung des liefernden Verbandes: IKK: IKK-Bundesverband BKN: Bundesknappschaft AOK: AOK-Bundesverband SEE: See-Krankenkasse BKK: Bundesverband der Betriebskrankenkassen EAN: Verband der Angestellten-Krankenkassen EAR: Verband der Arbeiter-Ersatzkassen</p> <p>Stelle 26 Blank</p> <p>Stelle 27-28 Angabe der in der Datei enthaltenen Satzart (SA), hier: 45 = Risikopool</p> <p>Stelle 29 Blank</p> <p>Stelle 30 Bereichsbezeichnung für die in der Datei enthaltenen Daten G = Bereich Ost und West</p> <p>Stelle 31 Blank</p> <p>Stelle 32 J = Daten für den aktuellen Risikopool-Ausgleich K = Daten für das jüngste obligatorische Korrekturjahr L = Daten für das zweitjüngste obligatorische Korrekturjahr S = Sonstige Datenlieferung</p>
5	Erstellungsdatum	33	40	8	<p>Erstellungsdatum im Format 'JHJJMMTT'</p> <p>JHJJ = Vierstellige Jahresbezeichnung</p> <p>MM = Zweistellige Monatsbezeichnung</p> <p>TT = Zweistellige Tagesbezeichnung</p>

2.2 Nachlaufsatz

Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit der übermittelten Datensätze der Satzart 45 überprüft werden kann.

Aufbau des Nachlaufsatzes Satzart 45

Feld-Nr.	Bezeichnung	Stellen			Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Anzahl	
1	Satzart	1	2	2	45
	Leerfeld	3	3	1	Blank
2	Berichtsjahr	4	5	2	Es sind die beiden letzten Stellen des Berichtsjahres anzugeben. Beispiel: Daten erhoben für 2003-, das Berichtsjahr ist '03'
	Leerfeld	6	7	2	Blank
3	Betriebsnummer	8	15	8	'99999999' (als Kennzeichen für Nachlaufsatz)
	Leerfeld	16	52	37	Blank
9	Summe Versichertentage	53	66	14	Es ist die Summe die Versicherungszeiten über alle Datensätze in Tagen anzugeben.
10	Vorzeichen Summe Versichertentage	67	67	1	“+“ => positiver Wert Summe Versichertentage “-“ => negativer Wert Summe Versichertentage
11	Summe Brutto-Leistungsausgaben insgesamt	68	81	14	Summe Brutto-Leistungsausgaben insgesamt über alle Datensätze
12	Vorzeichen Summe Brutto-Leistungsausgaben insgesamt	82	82	1	“+“ => positiver Wert Summe Brutto-Leistungsausgaben insgesamt “-“ => negativer Wert Summe Brutto-Leistungsausgaben insgesamt
13	Summe Ärzte	83	96	14	Summe Ärzte über alle Datensätze, nicht besetzt
14	Vorzeichen Summe Ärzte	97	97	1	nicht besetzt
15	Summe Zahnärzte	98	111	14	Summe Zahnärzte über alle Datensätze, nicht besetzt
16	Vorzeichen Summe Zahnärzte	112	112	1	nicht besetzt
17	Summe Apotheken	113	126	14	Summe Apotheken über alle Datensätze
18	Vorzeichen Summe Apotheken	127	127	1	“+“ => positiver Wert Summe Apotheken “-“ => negativer Wert Summe Apotheken
19	Summe Krankenhäuser	128	141	14	Summe Krankenhäuser über alle Datensätze
20	Vorzeichen Summe Krankenhäuser	142	142	1	“+“ => positiver Wert Summe Krankenhäuser “-“ => negativer Wert Summe Krankenhäuser
21	Summe Sterbegeld	143	156	14	nicht besetzt , da unter Feld-Nr. 25 zu buchen
22	Vorzeichen Summe Sterbegeld	157	157	1	nicht besetzt
23	Summe nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse	158	171	14	Summe nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse über alle Datensätze
24	Vorzeichen Summe Dialyse	172	172	1	“+“ => positiver Wert Summe Dialyse “-“ => negativer Wert Summe Dialyse
25	Summe Sonstige Leistungsausgaben	173	186	14	bis 2003: Summe Sonstige Leistungsausgaben über alle Datensätze ab 2004: nicht besetzt
26	Vorzeichen Sonstige Leistungsausgaben	187	187	1	“+“ => positiver Wert Summe Sonstige Leistungsausg. “-“ => negativer Wert Summe Sonstige Leistungsausg.
27	Summe Krankengeld	188	201	14	Summe Krankengeld über alle Datensätze
28	Vorzeichen Summe Krankengeld	202	202	1	“+“ => positiver Wert Summe Krankengeld “-“ => negativer Wert Summe Krankengeld

Nicht besetzte Betragfelder werden in der vollständigen Feldlänge entweder mit BLANK (erfordert zugehöriges Vorzeichenfeld BLANK) oder der Ziffer „0“ (erfordert zugehöriges Vorzeichenfeld „+“) belegt.

3. Datenübermittlung

Die Übermittlung der von den Spitzenverbänden zu liefernden Daten erfolgt per Datenfernübertragung (DFÜ) an die vom BVA beauftragte

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)
Dezernat 1108 – Team 31

10704 Berlin

DFÜ-Nr.: 030/86396289

Für Rückfragen bei der BfA bestehen folgende Kontaktmöglichkeiten:

Telefon: 030/865-27967
Telefax: 030/865-27477

Anlage 2.3: Plausibilitätsprüfungen (zu § 21 der Vereinbarung)

Mindestkriterien für die Plausibilitätsprüfung der Satzart 45 (Risikopool-Datensatz)

Nachstehend sind zur Meldung des Risikopool-Datensatzes (Satzart 45) die in § 21 der Vereinbarung festgelegten Plausibilitätsprüfungen erläutert, die von jeder Krankenkasse bzw. jedem Spitzenverband jeweils getrennt nach den Rechtskreisen West und Ost vorzunehmen sind. Die Vereinbarung beinhaltet einheitlich von allen Krankenkassen und Spitzenverbänden einzuhaltende Mindestkriterien, über die seitens der Spitzenverbände im Zuge der Datenübergabe an das Bundesversicherungsamt (BVA) eine Erklärung nach Abschnitt II abgegeben wird.

I. Kassenbezogene Prüfungen

1. Allgemeine Prüfungen

a) Eindeutigkeit der Pseudonyme

Die Krankenkassen, die Spitzenverbände und das BVA prüfen, dass je Versichertengruppe jedes Pseudonym nur einmal vorkommt. Für in beiden Rechtskreisen tätige Krankenkassen wird diese Prüfung für die Gemeinsame Netto-Meldematrix (N-MM) nach Anlage 2.4 Abschnitt A Nr. 4 durchgeführt.

b) Versichertentage im Risikopool

Die Krankenkassen, die Spitzenverbände und das BVA prüfen für jeden gemeldeten Risikopoolfall die Summe der gemeldeten Versichertentage über alle Versichertengruppen. Die Summe darf nicht größer sein als 365 (in Schaltjahren 366). Für in beiden Rechtskreisen tätige Krankenkassen wird diese Prüfung für die Gemeinsame N-MM nach Anlage 2.4 Abschnitt A Nr. 4 durchgeführt.

2. Krankengeld

a) Unplausible Krankengeldleistungen in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Fallen Leistungsdaten bei Versichertenteilgruppen an, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht anspruchsberechtigt sind (z. B. Kinder unter 14 Jahre), sind nähere Überprüfungen durch die Krankenkassen vorzunehmen und die Richtigkeit gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband zu bestätigen.

b) Abhängigkeit der Leistungsdaten von der Meldung der Satzarten 42 und 43

Die Summe der Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs Krankengeld einer Krankenkasse kann in der Regel für die gemeldeten Risikopoolfälle in den jeweiligen Versichertenzellen die Summe der in den entsprechenden Zellen der Satzart 42 gemeldeten Leistungsausgaben des gleichen Ausgleichsjahres nicht übersteigen. Stehen den gemeldeten Leistungsausgaben keine entsprechenden Ausgaben in der Satzart 42 gegenüber oder beträgt die Summe der gemeldeten

Leistungsausgaben einer Krankenkasse mehr als 40 v. H. der in der Satzart 43 gemeldeten Ausgaben für Krankengeld, sind nähere Überprüfungen durch die Krankenkasse vorzunehmen und die Richtigkeit gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband zu bestätigen.

c) Prüfung des kalendertäglichen Krankengeld-Höchstbetrages

Je Pseudonym wird das Krankengeld durch die Versichertentage geteilt. Übersteigt das Ergebnis je Versichertentag den kalendertäglichen Krankengeld-Höchstbetrag nach Anlage 1.5 Abschnitt C.1 c), hat die Krankenkasse eine Korrektur vorzunehmen.

Je Pseudonym, je Versichertengruppe und je Rechtskreis wird das Krankengeld durch die Versichertentage der jeweiligen Versichertengruppe des jeweiligen Rechtskreises geteilt. Übersteigt das Ergebnis je Versichertentag den kalendertäglichen Krankengeld-Höchstbetrag nach Anlage 1.5 Abschnitt C.1 c), hat die Krankenkasse eine Korrektur vorzunehmen. Kann nach näherer Überprüfung keine Korrektur vorgenommen werden, so hat die Krankenkasse die Richtigkeit des Betrages bezogen auf das Pseudonym gegenüber den Spitzenverband zu bestätigen.

d) Zuordnung Krankengeld in die richtige Versichertengruppe

Datenmeldungen, nach denen Krankengeld an Versicherte in der 2. Stelle der Versichertengruppe 3 bzw. 6 gezahlt worden ist, sind unplausibel. Die Krankenkassen korrigieren diese Fälle vor der Datenmeldung an den jeweiligen Spitzenverband bzw. ordnen sie der richtigen Versichertengruppe zu.

3. Krankenhaus, Arzneimittel und Dialyse

Vergleich der Leistungsausgaben mit der Meldung der Satzarten 41 und 43

Die Summe der Leistungsausgaben der Hauptleistungsbereiche Krankenhaus, Arzneimittel und ab 2003 des Hauptleistungsbereichs Dialyse einer Krankenkasse darf für die gemeldeten Risikopoolfälle in den jeweiligen Versichertenzellen die Summe der in den entsprechenden Zellen der Satzart 41 gemeldeten Leistungsausgaben des gleichen Ausgleichsjahres nicht übersteigen. Stehen den gemeldeten Leistungsausgaben keine entsprechenden Ausgaben in der Satzart 41 gegenüber oder beträgt die Summe der gemeldeten Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs Krankenhaus oder Arzneimittel bzw. Dialyse einer Krankenkasse mehr als 40 v. H. oder 20 v. H. bzw. 100 v. H. der in der Satzart 43 gemeldeten Ausgaben für Krankenhaus oder Arzneimittel bzw. Dialyse, sind nähere Überprüfungen durch die Krankenkasse vorzunehmen und die Richtigkeit gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband zu bestätigen.

4. Sterbegeld

a) Unplausible Sterbegeldleistungen in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Fallen Leistungsdaten bei Versichertenteilgruppen an, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nach § 58 SGB V anspruchsberechtigt sind (z. B. nach dem 01.01.1989 Geborene), sind nähere Überprüfungen durch die Krankenkassen vorzunehmen und diese Datensätze ggf. zu korrigieren.

b) Höhe der Sterbegeldleistung

Die Krankenkassen prüfen, ob die Höhe des gemeldeten Sterbegeldes mit den Beträgen nach § 59 SGB V übereinstimmt. Datensätze mit einem Betrag über 1.050 Euro für das Korrekturjahr 2002 und 525 Euro für das Korrekturjahr 2003 sind zu korrigieren.

c) Zuordnung der Sterbegeldleistungen

Die Spitzenverbände prüfen, ob das Sterbegeld eines Risikopoolfalls jeweils einer Versichertengruppe zugeordnet wurde. Datensätze bei denen das Sterbegeld auf verschiedene Versichertengruppe verteilt wurde, sind zu korrigieren.

d) Sterbegeld bei 365 Versichertentagen

Die Spitzenverbände prüfen, ob Sterbegeldleistungen gehäuft bei Risikopoolfällen mit 365 bzw. 366 Versichertentagen auftreten. Treten derartige Fälle gehäuft auf, veranlassen die Spitzenverbände weitere Prüfungen und ggf. eine Korrektur der Meldungen.

5. Versichertentage

Die Summe der Versichertentage der gemeldeten Risikopoolfälle darf die Summe der Versichertentage in der jeweiligen Versichertenzelle der gemeldeten Satzart 40 des gleichen Ausgleichsjahres nicht übersteigen. Stehen den gemeldeten Versichertenzeiten eines Risikopoolfalls keine entsprechenden Versicherungszeiten in der Satzart 40 gegenüber, sind nähere Überprüfungen durch die Krankenkasse vorzunehmen und die Richtigkeit gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband zu bestätigen.

6. Besonders teure Leistungsfälle über alle Hauptleistungsbereiche

Die Krankenkassen überprüfen vor der Datenmeldung an den jeweiligen Spitzenverband diejenigen Risikopoolfälle, bei denen die Leistungsausgaben eines Jahres in der Summe über alle Hauptleistungsbereiche den Betrag von 175.000 Euro überschreiten. Sie bestätigen die Richtigkeit der Meldung gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband. Für in beiden Rechtskreisen tätige Krankenkassen wird diese Prüfung für die Gemeinsame N-MM nach Anlage 2.4 Abschnitt A Nr. 4 durchgeführt.

7. Kassenbezogene Prüfungen der Korrekturmeldungen

Zusätzlich zu den Plausibilitätsprüfungen nach Nr. 1., 2a, 2c, 2d, 4. und 6. vergleichen die Krankenkassen die Korrekturmeldungen eines Jahresausgleichs mit der ursprünglichen Meldung des jeweiligen Ausgleichsjahres. Ist die Zahl der gemeldeten Pseudonyme und zugleich die Summen der gemeldeten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich im Vergleich zum Vorjahr unverändert oder ist die Zahl der Pseudonyme oder das Volumen der gemeldeten ausgleichsfähigen Leistungsausgaben um mehr als 2 v. H. gestiegen, sind nähere Überprüfungen durch die Krankenkassen vorzunehmen und die Richtigkeit gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband zu bestätigen.

II. Bestätigung der Datenmeldung bei Abweichungen von den Plausibilitätskriterien

Weicht die Meldung der Risikopooldaten einer Krankenkasse von mindestens einem der vorstehenden Plausibilitätskriterien ab, so bestätigt die Krankenkasse gegenüber dem jeweiligen Spitzenverband die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Meldung. Die Spitzenverbände bestätigen gegenüber dem BVA, dass alle Datenmeldungen den Plausibilitätskriterien entsprechen bzw. eine Bestätigung der Krankenkasse über die Richtigkeit der Meldung vorliegt.

III. Kennziffern

Darüber hinaus ermitteln die Spitzenverbände auf Kassenebene folgende Kennziffern für den Risikopool und teilen diese dem BVA mit:

- Anteil der Risikopoolversicherten an allen Versicherten der Satzart 40
- Anteil der ausgleichsfähigen Brutto-Leistungsausgaben an den berücksichtigungsfähigen Brutto-Leistungsausgaben in jedem Hauptleistungsbereich
- Durchschnittlicher vorläufiger Poolbetrag
- Ausgleichsquote = Anteil der Summe der vorläufigen Poolbeträge an der Summe der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben

Anlage 2.4: Berechnung der Poolbeträge und der Datengrundlagen für die Hochrechnung im Risikostrukturausgleich (zu §§ 22 und 23 der Vereinbarung)

0. Gültigkeit

Diese Version der Anlage 2.4 ist gültig ab dem Ausgleichsjahr 2004.

A. Berechnung der Poolbeträge

1. Bildung der Meldematrizen

Aus den Datenlieferungen der Krankenkassen für den Risikopool (RP) nach Satzart 45 werden je Hauptleistungsbereich (HLB), je Versichertengruppe (VG) und je Versicherten (Pseudonym) die Meldematrizen (MM) gebildet.

2. Ermittlung der im RP zu berücksichtigenden Abzugs- und Anrechnungsbeträge nach Anlage 1.7

Die zu berücksichtigenden Abzugs- und Anrechnungsbeträge werden je Rechtskreis getrennt gemäß Anlage 1.7 ermittelt.

Die Abzugs- und Anrechnungsfaktoren werden je MM entsprechend der Anlage 1.7 ermittelt. Beim KG wird differenziert nach den entsprechenden VG für Nicht-EM-Rentner und EM-Rentner. Bei der Berechnung des Erstattungsfaktors für Nicht-EM-Rentner wird abweichend von Anlage 1.7 auf die in Anlage 2.1 des jeweiligen Berichtsjahres genannten Konten zurückgegriffen.

3. Bildung der Netto-Meldematrizen (N-MM)

Die Bildung der Netto-Meldematrizen (N-MM) erfolgt schrittweise in der Reihenfolge der Buchstaben a) bis f) in jeder MM je Versicherten und je VG:

- a) Die Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereichs Apotheken (HLB 3) werden mit dem Arzneimittelrabattfaktor (ARF) gemäß Anlage 1.7 Nr. 1 multipliziert.
- b) Die verwendeten Mittel aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung werden mit dem Faktor FIVA aus Anlage 1.7 Nr. 2 anteilig vom Hauptleistungsbereich Krankenhaus (HLB 4) abgesetzt.
- c) Die Rückzahlungen und Vorauszahlungen auf Zuzahlungen werden mit dem Faktor FRVZ aus Anlage 1.7 Nr. 3 anteilig den um die Beträge gemäß Buchstaben a) und b) bereinigten Leistungsausgaben ohne KG zugeordnet.
- d) Die über Komplexpauschalen im Rahmen der integrierten Versorgung verausgabten Mittel werden mit dem Faktor FIVK aus Anlage 1.7 Nr. 4 anteilig den

um die Beträge gemäß Buchstabe c) bereinigten Leistungsausgaben ohne KG zugerechnet.

- e) Die um die Beträge gemäß Buchstabe d) bereinigten Leistungsausgaben ohne KG je HLB werden mit dem Faktor EfLAoKG aus Anlage 1.7 Nr. 5 multipliziert.
- f) Die gemeldeten KG für Nicht-EM-Rentner und EM-Rentner werden mit dem jeweiligen Faktor EfKG aus Anlage 1.7 Nr. 6 multipliziert.

Man erhält die N-MM.

4. Bildung der Gemeinsamen Netto--Meldematrizen für die in beiden Rechtskreisen tätigen Krankenkassen

Für in beiden Rechtskreisen tätige Krankenkassen wird zusätzlich eine Gemeinsame N-MM gebildet, in dem die nach Rechtskreisen getrennt ermittelten N-MM zusammengefügt werden. Im Falle des unterjährigen Rechtskreiswechsels eines Versicherten innerhalb einer Krankenkasse erfolgen die Meldungen der Satzart 45 der Krankenkassen für diesen Versicherten getrennt nach Rechtskreisen (Betriebsnummer), jedoch mit identischem Pseudonym.

5. Berechnung der Poolbeträge

Es erfolgt eine Aggregation der N-MM und Gemeinsamen N-MM auf Versicherungsebene. Es wird der Poolbetrag je Versicherten auf Basis der aggregierten N-MM – bei in beiden Rechtskreisen tätigen Krankenkassen auf der Basis der aggregierten Gemeinsamen N-MM – berechnet: Je Versicherten wird der Schwellenwert nach § 269 Abs. 1 Satz 3 SGB V von der Summe der Beträge in den HLB der N-MM abgesetzt. Ist die sich daraus ergebende Differenz negativ, wird sie auf Null gesetzt. Ansonsten werden 60 vom Hundert ermittelt. Man erhält den Poolbetrag je Versicherten.

6. Berechnung der Aufteilungsfaktoren je Versicherten

Für jeden Versicherten wird der Aufteilungsfaktor (AF) ermittelt. Der AF ist das Ergebnis aus dem Poolbetrag nach Nummer 5 dividiert durch die Summe der Beträge in den HLB der aggregierten N-MM. Bei in beiden Rechtskreisen tätigen Krankenkassen wird der AF auf der Basis der aggregierten Gemeinsamen N-MM gebildet.

7. Ermittlung der Summe der Poolbeträge je Krankenkasse je Rechtskreis

Für jede Krankenkasse wird je Rechtskreis je Versicherten die Summe der Beträge in den HLB der N-MM mit dem versichertenindividuellen Aufteilungsfaktor multipliziert. Man erhält den Poolbetrag je Versicherten je Rechtskreis.

Für jede Krankenkasse wird je Rechtskreis nun die Summe der Poolbeträge aller gemeldeten Versicherten gebildet. Man erhält die Summe der Poolbeträge je Krankenkasse je Rechtskreis.

B. Ermittlung der Datengrundlagen für die Hochrechnung im RSA

1. Berechnung der im RP ausgeglichenen Leistungsausgaben und abgesetzten Erstattungen

Es werden je Versicherten alle ausgleichsfähigen Netto-Leistungsausgaben aus der N-MM mit dem AF nach Abschnitt A.6 multipliziert. Man erhält die ausgeglichenen Netto-Leistungsausgaben.

Je Krankenkasse, je VG und je HLB bzw. KG wird die Summe der ausgeglichenen Netto-Leistungsausgaben über alle Versicherten gebildet. Für die HLB der Satzart 41 werden die ausgeglichenen Leistungsausgaben ohne Krankengeld entsprechend den dort vorgesehenen VG zusammengefasst. Für das KG werden die ausgeglichenen KG entsprechend den in der Satzart 42 vorgesehenen VG zusammengefasst. Man erhält die für die Hochrechnungsmatrix im RSA (siehe Anlage 1.6, Nr. 1) erforderliche Matrix zur Bereinigung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

Diese Berechnung erfolgt auf der Basis sowohl der rechtskreisgetrennten N-MM als auch der Gemeinsamen N-MM.

2. Ermittlung der um die Poolbeträge bereinigten Satzart 43

Je Krankenkasse wird die Summe der ausgeglichenen Netto-Leistungsausgaben über alle VG getrennt nach den HLB und KG, differenziert nach KG für EM-Rentner und KG für Nicht-EM-Rentner, gebildet. Man erhält die berechnete Netto-Satzart 43 für die Poolbeträge.

Hinweis:

Versichertengruppen (VG) sind in dieser Anlage stets als nach Alter und Geschlecht getrennte VG zu verstehen.

