

GEMEINSAMES MINISTERIALBLATT

*des Bundesministeriums der Finanzen / des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat
des Auswärtigen Amtes / des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie
des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales / des Bundesministeriums der Verteidigung
des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft / des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
des Bundesministeriums für Gesundheit / des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur
des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit / des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
der Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien*

HERAUSGEGEBEN VOM BUNDESMINISTERIUM DES INNERN, FÜR BAU UND HEIMAT

70. Jahrgang

ISSN 0939-4729

Berlin, den 24. Juli 2019

Nr. 22

INHALT

Amtlicher Teil	Seite	Seite
Bundesministerium der Finanzen		
Haushalt		
Bek. v. 21.5.19, Ersatzbeschaffung, Aussonderung und Verwertung von Dienstkraftfahrzeugen und Verwendung der Erlöse	430	
Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat		
D. Öffentlicher Dienst		
RdSchr. v. 8.7.19, Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung; Kosten für Gutachten der ambulanten Psychotherapie	430	
Bundesministerium für Arbeit und Soziales		
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin		
Bek. v. 18.6.19, Bekanntmachung der Fundstellen für Normen und andere technische Spezifikationen nach dem Produktsicherheitsgesetz – ProdSG –; Verzeichnis 2: Nicht harmonisierter Bereich – Teil 1: Nationale Normen	431	
Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft		
Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit		
Bek. v. 8.7.19, Bekanntmachung von Technischen Regeln; TRBS 1201 „Prüfungen und Kontrollen von Arbeitsmitteln und überwachungsbedürftigen Anlagen“; Berichtigung und TRBS 1201 Teil 1 „Prüfung von Anlagen in explosionsgefährdeten Bereichen“; Berichtigung.	431	
Bek. v. 19.6.19, Verlängerung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Pfifferlingen, die Rückstände bis zu 1,0 mg/kg DEET enthalten.	431	
Bek. v. 20.6.19, Verlängerung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Pfifferlingen, die Rückstände bis zu 1,0 mg/kg DEET enthalten.	432	
Bundesministerium für Gesundheit		
Erl. v. 21.6.19, Erlass Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung; Änderung der Statistik	432	

Amtlicher Teil**Bundesministerium der Finanzen**

Haushalt

**Ersatzbeschaffung, Aussonderung und Verwertung von
Dienstkraftfahrzeugen und Verwendung der Erlöse**

– Bek. d. BMF v. 21.5.2019 – II A 2 – H 1261/07/0001 –
2019/0447704 –

Das Rundschreiben „Ersatzbeschaffung, Aussonderung und Verwertung von Dienstkraftfahrzeugen und Verwendung der Erlöse“ wird ergänzt. Ich bitte, die in der Anlage dargelegten Regelungen ab sofort zu beachten.

Dieses Rundschreiben kann im Intranet des Bundes unter der Adresse

<https://bmfiportal.zivvit.iv.bfnv.de> > **Allg. Rundschreiben, Vordrucke**

abgerufen werden.

_____ GMBI 2019, S. 430

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat

D. Öffentlicher Dienst

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift
zur Bundesbeihilfeverordnung**

hier: Kosten für Gutachten der ambulanten Psychotherapie

Bezug: Nummer 18a.4.12 der Verwaltungsvorschrift

– RdSchr. d. BMI v. 8.7.2019 – D 6 – 30111/1#2 –

Im Vorgriff auf die erste Änderung der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung werden die Beträge nach Nummer 18a.4.12 der Verwaltungsvorschrift für ein Gutachten der ambulanten Psychotherapie auf 50 Euro und für ein Zweitgutachten (bisher Obergutachten) auf 85 Euro zuzüglich der Umsatzsteuer festgesetzt.

Durch die Anpassung wird die neue Gutachterhonorarvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit

dem GKV-Spitzenverband vom 16.5.2019 wirkungsgleich übernommen. Die neuen Sätze gelten für ab 1. Juli 2019 erstellte Gutachten.

Oberste Bundesbehörden
nachrichtlich:

Bundesministerium der Finanzen
Referat VIII A 4

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten
Postfach 20 02 53
60606 Frankfurt am Main
Deutsche Rentenversicherung
Abteilung zentrale Aufgaben
10704 Berlin

Spitzenorganisationen der
Beamten- und Richtervereinigungen

_____ GMBI 2019, S. 430

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Bekanntmachung der Fundstellen für Normen und andere technische Spezifikationen nach dem Produktsicherheitsgesetz – ProdSG –

hier: Verzeichnis 2: Nicht harmonisierter Bereich –
Teil 1: Nationale Normen¹⁾

– Bek. d. BAuA v. 18.6.2018 – 2.1-223 30 –

Auf der Grundlage des § 5 Absatz 2 ProdSG macht die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin die Fundstellen der Normen und anderen technischen Spezifikationen bekannt, die vom Ausschuss für Produktsicherheit (AfPS) ermittelt wurden. Diese Normen und anderen technischen Spezifikationen lösen die Vermutungswirkung aus.

Die aktuellen Fundstellen des Verzeichnisses 2, Teil 1 (Nationale Normen) werden zeitgleich mit dem Tag dieser Bekanntmachung auf der Homepage der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin unter der Adresse <http://www.baua.de/Normenverzeichnisse> veröffentlicht.

GMBI 2019, S. 431

Bekanntmachung von Technischen Regeln

hier: TRBS 1201 „Prüfungen und Kontrollen von Arbeitsmitteln und überwachungsbedürftigen Anlagen“; Berichtigung

Bezug: TRBS 1201 „Prüfungen und Kontrollen von Arbeitsmitteln und überwachungsbedürftigen Anlagen“, GMBI 2019, S. 229 [Nr. 13–16]

1) Dieses Verzeichnis ersetzt das Verzeichnis 2, Teil 1: (Nationale Normen) vom 11. September 2018 (GMBI 2018, S. 704).

hier: TRBS 1201 Teil 1 „Prüfung von Anlagen in explosionsgefährdeten Bereichen“; Berichtigung

Bezug: TRBS 1201 Teil 1 „Prüfung von Anlagen in explosionsgefährdeten Bereichen“, GMBI 2019, S. 241 [Nr. 13–16]

– Bek. d. BMAS v. 8.7.2019 – IIIb 5 – 35650 –

1) Die TRBS 1201 „Prüfungen und Kontrollen von Arbeitsmitteln und überwachungsbedürftigen Anlagen“, GMBI 2019, S. 229 [Nr. 13–16] wird wie folgt berichtigt:

In Nummer 4.2 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe der Nummern in dem Verweis auf eine Ordnungsprüfung berichtigt in „Nummer 2.3“ und auf eine technische Prüfung in „Nummer 2.4“.

2) Die TRBS 1201 Teil 1 „Prüfung von Anlagen in explosionsgefährdeten Bereichen“, GMBI 2019, S. 241 [Nr. 13–16] wird wie folgt berichtigt:

1. In Nummer 4.3.3.2 wurden zwei Absätze als Absatz „(3)“ bezeichnet. Korrekt muss es heißen:

„(4) Sofern eine EU-Konformitätserklärung oder eine entsprechende Darstellung im Explosionsschutzdokument vorliegt, muss die Einhaltung der Beschaffenheitsanforderungen bei Geräten und Schutzsystemen im Sinne der EGRichtlinie 2014/34/EU im Rahmen der Prüfung vor Inbetriebnahme nicht geprüft werden. Hiervon unberührt ist die Plausibilitätsprüfung nach § 15 Absatz 1 Nummer 1 BetrSichV.“

2. Die Angabe der Nummerierung des bisherigen Absatzes (4) wird berichtigt in Absatz „(5)“.

GMBI 2019, S. 431

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit

Verlängerung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Pfifferlingen, die Rückstände bis zu 1,0 mg/kg DEET enthalten

– Bek. d. BVL v. 19.6.2019 – 111-222-8140-3/2464 –

Der Stannecker GmbH, 94496 Ortenburg, ist Folgendes mitgeteilt worden:

Die Geltungsdauer der der Stannecker GmbH, 94496 Ortenburg, mit Bescheid vom 7. Juli 2010 (GMBI 2010, S. 1166) erteilt und mit Bescheid vom 2. Oktober 2013 (GMBI 2013, S. 1158) und 1. Juni 2016 (GMBI 2016, S. 560) verlä-

gerten Ausnahmegenehmigung nach § 68 Absatz 1 und 2 Nummer 1 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB) für die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Pfifferlingen, die Rückstände bis zu 1,0 mg/kg DEET enthalten, wird entsprechend dem Antrag der Stannecker GmbH vom 1. Februar 2019 im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle gemäß § 68 Absatz 5 LFGB bis zum **12. Juli 2022** verlängert.

Die sonstigen Bestimmungen des Bescheides vom 7. Juli 2010 bleiben weiterhin verbindlich.

GMBI 2019, S. 431

Verlängerung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 68 Abs. 1 und 2 Nr. 1 LFGB für die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Pfifferlingen, die Rückstände bis zu 1,0 mg/kg DEET enthalten

– Bek. d. BVL v. 20.6.2019 – 111-222-8140-3/2465 –

Der STAHL GmbH, 92439 Bodenwöhr, ist Folgendes mitgeteilt worden:

Die Geltungsdauer der der STAHL GmbH, 92439 Bodenwöhr, mit Bescheid vom 8. Juli 2010 (GMBI 2010, S. 1167) erteilt und mit Bescheid vom 13. Juni 2013 (GMBI 2013, S. 574) und 19. Mai 2016 (GMBI 2016, S. 519) verlängerten

Ausnahmegenehmigung nach § 68 Absatz 1 und 2 Nummer 1 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB) für die Einfuhr und das Inverkehrbringen von Pfifferlingen, die Rückstände bis zu 1,0 mg/kg DEET enthalten, wird entsprechend dem Antrag der STAHL GmbH vom 5. April 2019 im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle gemäß § 68 Absatz 5 LFGB bis zum **12. Juli 2022** verlängert.

Die sonstigen Bestimmungen des Bescheides vom 8. Juli 2010 bleiben weiterhin verbindlich

GMBI 2019, S. 432

Bundesministerium der Gesundheit

Erlass

Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung

hier: Änderung der Statistik

I. Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung

Grundsätze für die Meldung der amtlichen Statistiken nach § 79 SGB IV

Stand: 17.5.2019

Erlass: 21.6.2019

Gültig ab: 1.1.2020

Die nachfolgenden Grundsätze gelten für die Meldung aller amtlichen Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung mit Ausnahme der KG 8 und PG 5. Zusätzlich sind für jede Statistik die inhaltlichen und weiteren formativen Bestimmungen in den jeweiligen statistikspezifischen „Anleitungen zur Erstellung und Meldung“ deklariert.

A. Verpflichtung zur Meldung

1. Grundsatz

Die Statistiken sind für alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung/sozialen Pflegeversicherung (Versicherungsträger), die am letzten Tag des Berichtszeitraums bestehen, zu erstellen. Bei Stichtagsstatistiken ist allein das Bestehen eines Versicherungsträgers zum Stichtag maßgeblich.

Die Meldung der Statistiken hat durch den Versicherungsträger zu erfolgen, ggf. auch durch den bestehenden Rechtsnachfolger.

2. Vereinigung vor Ende des Berichtszeitraumes

Bei Vereinigung von Versicherungsträgern vor Ende des Berichtszeitraumes sind

- Jahresstatistiken als eine gemeinsame Meldung des gesamten Berichtsjahres aller an der Vereinigung beteiligten Versicherungsträger
- Quartalsstatistiken für Berichtszeiträume vor der Vereinigung als separate Meldungen aller an der Vereinigung beteiligten Versicherungsträger
- Quartalsstatistiken für Berichtszeiträume, die den Zeitpunkt der Vereinigung umfassen, als eine gemeinsame

Meldung aller an der Vereinigung beteiligten Versicherungsträger

zu erstellen.

3. Schließung oder Auflösung

Auch für geschlossene oder aufgelöste (nicht fusionierte) Versicherungsträger sind Statistiken für alle Berichtszeiträume des Schließungs- oder Auflösungsjahres zu erstellen. Im unterjährigen Fall gilt das nicht für Stichtagsstatistiken, die nach dem Schließungs- oder Auflösungszeitpunkt zu erstellen sind.

Ausgenommen davon ist die Statistik KG 6: Hier ist nach einer Schließung oder Auflösung zu weiteren vier Stichtagen eine Meldung abzugeben.

4. Abwicklung über das Ende eines Jahres hinaus

Folgende Statistiken sind für weitere Berichtszeiträume zu melden, sofern die endgültige Abwicklung von geschlossenen oder aufgelösten Versicherungsträgern über das Ende eines Jahres andauert:

- KJ 1
- PV 45
- PJ 1
- KB 9

5. Kassenartabhängige Verpflichtungen

Kassenartabhängige Meldeverpflichtungen sind in den statistikspezifischen „Anleitungen zur Erstellung und Meldung“ sowie unter B. deklariert.

6. Statistiken des Gesundheitsfonds

Das Bundesversicherungsamt (BVA) erstellt und meldet gemäß seiner in § 220 Abs. 3 SGB V dargestellten Verpflichtungen nach § 79 SGB IV die Statistiken KV 45 und KJ 1 für den Gesundheitsfonds direkt an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

B. Berichtszeiträume und Meldetermine

Die Berichtszeiträume beziehen sich bei Stichtagsstatistiken auf den jeweiligen Stichtag (Tabelle 1 Meldetermine Spalte 4). Bei Nicht-Stichtagsstatistiken ergibt sich der Berichtszeitraum vom 1. Januar des Berichtsjahres bis zum jeweiligen Aufstellungsdatum.

Tabelle 1: Meldetermine

Meldetermine KV – / PV – Statistiken (hier auch PG 5 und KG 8)							
1	2	3	4	5	6	7	
Satzart	Statistiken	Periodizität	Aufzustellen zum	Meldung an den GKV-Spitzenverband	Weiterleitung der Daten an das BMG	Meldende Stellen	
01	KM 1	monatlich	1. eines jeden Monats (Stichtage)	17. eines jeden Monats	vorletzter Arbeitstag des Monats	Alle Krankenkassen	
01	KM 1/13	jährlich	31.12.	01.03.	15.03.		
06	KM 6 Teil I	jährlich	01.07. (Stichtag)	01.08. (Gemeinsame Meldung KM 6 Teil I und KM 6 Teil II für Stichtag 01.07. zum 01.08.)	15.08.		
06	KM 6 Teil II	monatlich	1. eines jeden Monats (Stichtage)	17. eines jeden Monats (Gemeinsame Meldung KM 6 Teil I und KM 6 Teil II für Stichtag 01.07. zum 01.08.)	vorletzter Arbeitstag des Monats		
11	KG 1	jährlich	30.06. (Stichtag)	01.10.	21.10.		
12	KG 2	jährlich	31.12.	07.06.	15.08.		
13	KG 3	jährlich	31.12.	01.09.	22.09.		
14	KG 4	jährlich	31.12.	01.04.	15.04.		Alle Krankenkassen außer Landwirtschaftliche Krankenkasse
15	KV 45	quartalsweise	31.03.	31.05.	15.06.		Alle Krankenkassen und Gesundheitsfonds
			30.06.	15.08.	letzter Arbeitstag im August		
			30.09.	15.11.	letzter Arbeitstag im November		
			31.12.	15.02.	letzter Arbeitstag im Februar		
17	KG 7	jährlich	31.12.	01.03.	21.03.	Landwirtschaftliche Krankenkasse	
18	KG 8	jährlich	31.12.	01.10.	24.11.	Alle Krankenkassen	
19	KG 5	jährlich	31.12.	07.06.	01.08.		
21	KJ 1	jährlich	31.12.	15.05.	15.06.	Alle Krankenkassen und Gesundheitsfonds	
22	KJ 2	jährlich	31.12.	15.05.	01.08.	Alle Krankenkassen	
30	KB 9	quartalsweise	31.03.	20.04.	05.05.	Alle Krankenkassen außer Landwirtschaftliche Krankenkasse	
			30.06.	20.07.	05.08.		
			30.09.	20.10.	05.11.		
			31.12.	20.01.	05.02.		
31	SG 01	jährlich	31.12.	01.02.	14.02.	Alle Krankenkassen	
32	KG 6	quartalsweise	15.02. (Stichtag)	10.03.	31.03.	Alle Krankenkassen	
			15.05. (Stichtag)	10.06.	30.06.		
			15.08. (Stichtag)	10.09.	30.09.		
			15.11. (Stichtag)	10.12.	15.01.		
33	KB 4	quartalsweise	31.03.	20.04.	05.05.	Alle Krankenkassen	
			30.06.	20.07.	05.08.		
			30.09.	20.10.	05.11.		
			31.12.	20.01.	05.02.		
61	PG 1	quartalsweise	31.03.	15.05.	05.06.	Alle Pflegekassen	
			30.06.	15.08.	05.09.		
			30.09.	15.11.	05.12.		
			31.12.	15.02.	07.03.		
62	PG 2	halbjährlich	30.06. (Stichtag)	15.08.	05.09.		
			31.12. (Stichtag)	15.02.	07.03.		
64	PG 4	jährlich	31.12.	15.02.	07.03.		
66	PJ 1	jährlich	31.12.	31.03.	01.06.		
65	PV 45	quartalsweise	31.03.	30.04.	15.05.	Alle Pflegekassen	
			30.06.	31.07.	15.08.		
			30.09.	31.10.	15.11.		
			31.12.	31.01.	15.02.		
69	PG 5	jährlich	31.12.	31.03.	15.05.		
81	SG 01	jährlich	31.12.	01.02.	14.02.		

Die Versicherungsträger übermitteln die geprüften Statistiken gemäß dem unter C. definierten Meldeverfahren spätestens bis zum in Tabelle 1 (Spalte 5) angegebenen Tag an die für sie nach § 79 Abs. 1 SGB IV zuständige Stelle. Per Gesetz ist dies zwar der GKV-Spitzenverband, sollte die Verarbeitung jedoch über einen Dienstleister erfolgen, so gilt der genannte Termin für die Meldung an diesen.

Die Weiterleitung der Statistiken durch den GKV-Spitzenverband an das BMG und an die obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder an die von diesen bestimmten Stellen sowie an das BMAS (nur KM 1 und SG 01) hat so frühzeitig zu erfolgen, dass sie gemäß entsprechender tabellarischer Angabe zur jeweiligen Statistik (Spalte 6) dort vorliegen.

Die Meldungen des Gesundheitsfonds zu den Statistiken KV 45 und KJ 1 erfolgen vom BVA direkt an das BMG. Die KV 45 muss spätestens zu den unter Spalte 6 in Tabelle 1 angegebenen Terminen dort vorliegen. Die KJ 1 muss zu dem unter Spalte 5 in Tabelle 1 angegebenen Termin dort vorliegen.

C. Meldeverfahren und Formate

Die jeweils aktuell gültige Version der „Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen“ enthält die für die Datenmeldung einzuhaltenden technischen Regelungen des Datenaustausches digitaler Daten.

Das Meldeverfahren zum Gesundheitsfonds wird zwischen dem BVA und dem BMG geregelt.

Übermitteln die Versicherungsträger die Statistiken zunächst an einen beauftragten Dienstleister, kann das Meldeverfahren zwischen Versicherungsträger und Dienstleister als Datenempfänger individuell geregelt werden.

Die elektronischen Datenlieferungen an den GKV-Spitzenverband haben über die vereinbarten Datenaustauschverfahren strukturell und formal korrekt sowie fachlich plausibilisiert zu erfolgen.

Die Statistiken sind von den Datenlieferanten je Satzart und Berichtszeitraum in folgender 186-stelliger Datensatzstruktur zu übermitteln:

Tabelle 2: Datensatzstruktur

Merkmal	Stellen		Anzahl Stellen	Beschreibung
	Von	Bis		
Satzart	1	2	2	Satzart der Statistik
LEERSTELLE	3	3	1	BLANK
Berichtszeitraum	4	9	6	siehe Tabelle "Berichtszeitraum"
Betriebsnummer	10	17	8	Von der BA zugeteilte Betriebsnummer der Krankenkasse
LEERSTELLE	18	19	2	BLANK
Schlüssel-Nummer	20	24	5	Angabe mit Führungsnullen bei Schlüsselnummern mit weniger als 5 Stellen
Wertspalte 1	25	40	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 2	41	56	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 3	57	72	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 4	73	88	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 5	89	104	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 6	105	120	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 7	121	136	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
Wertspalte 8	137	152	16	Erste Stelle muss ein Vorzeichen („+“ oder „-“) enthalten. Die nächsten 15 Stellen müssen numerisch sein.
LEERSTELLE	153	186	34	BLANK

Eine Datenübermittlung sieht daher beispielhaft folgendermaßen aus:

Tabelle 3: Beispieldaten

	Satzart	Blank	Berichtszeitraum	Betriebsnummer	Blank	Schlüsselnummer	Wertspalte 1	Wertspalten 2 bis 8 je	Blank
Stelle	1-2	3	4-9	10-17	18-19	20-24	25-40	41-152	153-186
Satz 1	15		201603	12345678		02000	+000000001234567	+0000000000000000	
...	15		201603	12345678		
Letzter Satz	15		201603	12345678		09999	-000000123456789	+0000000000000000	

Je Satzart ist die Meldung der Werte unter Nutzung von 1 bis 8 Wertspalten vorgesehen. Nicht zulässige Wertspalten sind grundsätzlich mit Vorzeichen und 15 Nullen zu befüllen.

Die nachstehende Tabelle enthält eine Übersicht der grundsätzlich zulässigen Wertspalten je Statistiksatzart:

Tabelle 4: Zulässige Wertspalten

Satzart	Statistik	Zulässige Wertspalten
01	KM 1	1 bis 3
01	KM 1/13	1 bis 3
06	KM 6 Teil 1	1 bis 8
06	KM 6 Teil2	1 bis 8
11	KG 1	1 bis 7
12	KG 2	1 bis 6
13	KG 3	1 bis 4
14	KG 4	1 bis 3
15	KV 45	1
17	KG 7	1 bis 8
19	KG 5	1 bis 7
21	KJ 1	1 bis 3
22	KJ 2	1
30	KB 9	1 bis 5
31	SG 01 (KV)	1
32	KG 6	1 bis 5
33	KB 4	1 bis 4
61	PG 1	1 bis 6
62	PG 2	1 bis 6
64	PG 4	1
65	PV 45	1
66	PJ 1	1
81	SG 01 (PV)	1

Die Angaben zum Berichtszeitraum erfolgen gemäß folgender Tabelle:

Tabelle 5: Berichtszeitraum

Satzart	Statistik	Format Berichtszeitraum	Aufbau im 186-Steller (Stellen 4-9)
01	KM 1	JJJJMM	6 numerische Stellen
01	KM 1 / 13	JJJJ13	6 numerische Stellen
06	KM 6 Teil 1	JJJJMM	6 numerische Stellen
06	KM 6 Teil 2	JJJJMM	6 numerische Stellen
11	KG 1	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
12	KG 2	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
13	KG 3	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
14	KG 4	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
15	KV 45	JJJJMM	6 numerische Stellen
17	KG 7	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
19	KG 5	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
21	KJ 1	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
22	KJ 2	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
30	KB 9	JJJJMM	6 numerische Stellen
31	SG 01 (KV)	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
32	KG 6	JJJJMM	6 numerische Stellen
33	KB 4	JJJJMM	6 numerische Stellen
61	PG 1	JJJJMM	6 numerische Stellen
62	PG 2	JJJJMM	6 numerische Stellen
64	PG 4	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
65	PV 45	JJJJMM	6 numerische Stellen
66	PJ 1	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks
81	SG 01P (PV)	JJJJ--	4 numerische Stellen und 2 Blanks

Bei Quartals- und Halbjahresstatistiken ist jeweils der numerische letzte Monat des betroffenen kumulierten Quartals als Monatsangabe im Berichtszeitraumformat anzugeben.

D. Plausibilitätsprüfungen

Die Versicherungsträger sind verpflichtet, (§14 KSVwV, Vereinbarung über die Statistiken der Träger der sozialen Pflegeversicherung V.2. (1)) die Daten auf ihre Plausibilität zu prüfen.

Der GKV-Spitzenverband kann Einzelheiten zum Prüfungsumfang festlegen.

Die im GKV-Spitzenverband eingehenden Meldungen der Statistiken werden mittels statistikspezifischer Prüfprogramme verarbeitet und die Ergebnisse protokolliert. Die Prüfergebnisprotokolle sowie die jeweils gültigen statistikspezifischen Prüfkataloge einschließlich der Schlüsselübersichten werden als Dokumentationen zum Prüfungsumfang den Datenlieferanten zur Verfügung gestellt.

E. Visualisierung

Zum Zweck der Visualisierung ist ein amtlicher Vordruck Bestandteil der jeweiligen gültigen statistikspezifischen An-

leitung zur Erstellung und Meldung und wird dort als Anlage hinterlegt. Er stellt gleichzeitig die Gültigkeit und Bedeutung der grundsätzlich zu meldenden Schlüssel-Nummern sowie der dazugehörigen Spalten dar.

Ab dem 1. Quartal 2020 wird die neue Statistik KB 4 erlassen.

Anleitung zur Erstellung und Meldung der amtlichen Statistik KB 4

Statistik über die Versorgungsbezüge

Stand: 9.5.2019

Erlass: 21.6.2019

Gültig ab: 1. Quartal 2020

I. Allgemeine Regelungen

Es gelten die Grundsätze für die Meldung der amtlichen Statistiken nach §79 SGB IV in ihrer aktuellsten Version.

1. Berichtszeiträume und Meldetermine

Die Statistik KB 4 ist eine Quartalsstatistik.

BERICHTSZEITRAUM	MELDUNG AN DEN GKV-SPITZEN- VERBAND BIS	WEITERLEITUNG AN DAS BMG BIS
1. Januar bis 31. März	20. April	5. Mai
1. April bis 30. Juni	20. Juli	5. August
1. Juli bis 30. September	20. Oktober	5. November
1. Oktober bis 31. Dezember	20. Januar Folgejahr	5. Februar Folgejahr

2. Formate

Folgende statistikspezifische Angaben sind im 186stelligen Datensatz zu berücksichtigen:

- Satzart: 33
- Berichtszeitraum:
 - JJJJ03 (1. Januar bis 31. März)
 - JJJJ06 (1. April bis 30. Juni)
 - JJJJ09 (1. Juli bis 30. September)
 - JJJJ12 (1. Oktober bis 31. Dezember)
- Wertspalten:
 - Teil 1 und Teil 3 (Schlüssel-Nummern 11910 bis 12999 und 34900):
 - Spalte 1 und 2 Anzahl, Spalte 3 und 4 Betrag in Eurocent.
 - Teil 2 (Schlüssel-Nummern 23910 bis 23980):
 - Spalte 1 und 2 Anzahl.
 - Teil 4 (Schlüssel-Nummer 90000):
 - Spalte 1 Betrag in Eurocent.

3. Plausibilitätsprüfungen

Es gilt der vom GKV-Spitzenverband für den jeweiligen Berichtszeitraum bereitgestellte gültige Prüfkatalog KB 4 einschließlich Schlüsselübersicht.

4. Visualisierung

Es gilt der Vordruck KB 4 in der aktuellsten Version.

II. Inhaltliche Regelungen

1. Allgemein

- 1.1 Die Statistik KB 4 gibt die untergliederte Darstellung von Versorgungsbezügen hinsichtlich des Mitgliedschaftsstatus des Empfängers (Pflichtmitglieder, freiwillige Mitglieder), der Zahlungsweise (mit laufendem Versorgungsbezug, mit Kapitaleistung/-abfindung oder beide Formen) sowie der Beitragsrelevanz wieder. Hierfür werden sowohl die Anzahl der Versorgungsbezüge als auch deren Finanzvolumen sowie die beziehenden Personen ermittelt.
- 1.2 Die Zählung der Versorgungsbezieher sowie der Versorgungsbezüge folgen dem Stichtagsprinzip der amtlichen Statistik KM 1 für die 3 Monate des Berichtsquartals. Dadurch kann die Erhebung der Mitglieder in der KM 1 zu den Monatsstichtagen des isolierten Berichtsquartals für die weitere Ermittlung zugrunde gelegt werden:

Erhebungsstichtag für die Zahl der Mitglieder ist der 1. eines jeden Monats 0.00 Uhr. Bei der Erfassung sind alle bis einschließlich 8. des Monats eingehenden Meldungen, die den jeweiligen Erhebungsstichtag betreffen, zu berücksichtigen.

Gemäß der Gliederung des Vordrucks in Schlüssel-Nummern und Spalten ist für jeden Monat des Berichtsquartals zunächst ein Abbild zu erstellen.

Letztlich auszuweisen ist die Anzahl der Versorgungsbezieher wie auch der Versorgungsbezüge als kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundeter Mittelwert der drei Stichtagswerte des jeweiligen Berichtsquartals.

- 1.3 Ebenfalls über die Erstellung von drei Monatsabbildungen des Berichtsquartals ist die Höhe der Versorgungsbezüge gebunden an den Mitgliedschaftsstatus und die Zahlungsweise zu den jeweiligen Stichtagen zu erheben. Anders als unter 1.2 sind anschließend die Werte der Monatsabbildungen zu einem Quartalswert zu kumulieren.
- 1.4 Grundsätzlich dürfen die Einzelbeträge nur mit dem Vorzeichen Plus (+) versehen werden, da Mitglieder und Versorgungsbezüge nur dann zu erfassen sind, wenn ein Betrag größer als Null damit verbunden ist.
2. **Zu Teil 1 (Schlüssel-Nummern 11910 bis 12999 – Anzahl und Höhe von Versorgungsbezügen)**

2.1 Spalte 1:

Es sind alle Versorgungsbezüge (VB) dieser Mitglieder – ungeachtet der Beitragspflicht – gegliedert nach dem Mitgliederstatus zum gleichen Stichtag und darunter gegliedert nach der Zahlungsweise zu ermitteln.

Insofern sind auch Versorgungsbezüge zu berücksichtigen, die unterhalb der Mindesteinnahmegrenze nach §237 Satz 4 i. V.m. §226 Absatz 2 SGB V bzw. teilweise oder vollständig oberhalb des maximal beitragspflichtigen Anteils liegen.

Auszuweisen ist die Anzahl der Versorgungsbezüge als kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundeter Mittelwert der drei Stichtagswerte des jeweiligen Berichtsquartals.

2.2 Spalte 2:

Es ist gemäß der Systematik zu Spalte 1 als Davon-Wert die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsbezüge auszuweisen.

Insbesondere sind Versorgungsbezüge nicht anzugeben, die vollständig oberhalb des maximal beitragspflichtigen Anteils liegen oder unterhalb der Mindesteinnahmegrenze nach § 237 Satz 4 i. V.m. §226 Absatz 2 SGB V bleiben.

Erhält ein Mitglied mehrere Versorgungsbezüge und überschreitet damit insgesamt den maximal beitragspflichtigen Anteil, so bleibt es der Krankenkasse überlassen, welchen Bezügen sie die Überschreitung zuschreibt, obwohl dies Auswirkung auf die Zählung hat. So kann etwa die Überschreitung einem beliebigen Versorgungsbezug zugeschrieben werden, wodurch dieser vollständig oberhalb der Maximalgrenze und damit nicht zu zählen ist. Es kann ebenso eine Aufteilung auf alle Bezüge erfolgen, wodurch unter Umständen kein Versorgungsbezug vollständig oberhalb der Maximalgrenze liegt und damit alle Bezüge zu zählen sind.

Spalte 2 ist für die Schlüssel-Nummern 12910 bis 12999 gesperrt.

2.3 Spalte 3:

Das Finanzvolumen bezieht sich auf die in Spalte 1 zu meldenden Versorgungsbezüge und ist als Summe der

drei Stichtagswerte des jeweiligen Berichtsquartals kumuliert auszuweisen. Bei Kapitalleistungen/-abfindungen ist ein Einhundertzwanzigstel der Leistung als monatlicher Betrag zugrunde zu legen.

Wenngleich die Höhe aller Versorgungsbezüge unabhängig von der Beitragspflicht auszuweisen ist, bleiben Beträge oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze außen vor, da die Zahlstellen für Meldezeiträume ab 1.1.2020 nur bis zu dieser Größe melden. Zahlstellen sind nicht verpflichtet, allein aus Anlass der vorzunehmenden Begrenzung des zu meldenden Zahlbetrages eine Änderungsmeldung zum 1.1.2020 abzugeben.

Sollten die Zahlstellen daher erst sukzessive auf dieses Verfahren umstellen, ist übergangsweise trotzdem maximal die Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen.

Spalte 3 ist für die Schlüssel-Nummern 11999 und 12999 gesperrt, da die gemeinsame Darstellung beider Zahlungsweisen nur begrenzte Aussagekraft besitzt.

2.4 Spalte 4:

Das beitragspflichtige Finanzvolumen ist als Davon-Wert der Spalte 3 auszuweisen. Es bezieht sich auf die Anzahl der beitragspflichtigen Versorgungsbezüge in Spalte 2.

Spalte 4 ist für die Schlüssel-Nummern 11999 bis 12999 gesperrt.

3. Zu Teil 2 (Schlüssel-Nummern 23910 bis 23980 – Mitglieder mit Versorgungsbezug)

3.1 Spalte 1:

Gegliedert nach der Zahlungsweise werden diejenigen Mitglieder ermittelt, für die mindestens ein Versorgungsbezug zum Stichtag bekannt ist.

Auszuweisen ist die Anzahl der Mitglieder als kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundeter Mittelwert der drei Stichtagswerte.

3.2 Spalte 2:

Es ist gemäß der Systematik zu Spalte 1 als Davon-Wert die Anzahl der Mitglieder mit mindestens einem beitragspflichtigen Versorgungsbezug auszuweisen. Mitglieder, deren Versorgungsbezug vollständig oberhalb des maximal beitragspflichtigen Anteils liegt oder unterhalb der Mindesteinnahmegrenze bleibt, werden nicht berücksichtigt.

Zu Schlüssel-Nummer 23980:

Als Davon-Wert der Spalte 1 ist es hinreichend, wenn dem Mitglied Versorgungsbezüge mit beiden Zahlungsweisen zugeordnet werden können und mindestens einer der Versorgungsbezüge beitragspflichtig ist.

4. Zu Teil 3 (Schlüssel-Nummer 34900 – Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen)

Da sowohl in der MOASB als auch im KV-Kontenrahmen Beiträge von Versorgungsbeziehern und Pflicht-

versicherten mit Arbeitseinkommen zusammen dargestellt werden, sind zur Vergleichbarkeit ergänzend Angaben für den Personenkreis der Pflichtversicherten mit Arbeitseinkommen erforderlich. Es handelt sich dabei um pflichtversicherte Versorgungsbezieher oder pflichtversicherte Rentner, die zusätzlich Arbeitseinkommen erzielen.

4.1 Spalte 1

Es ist die Anzahl der Pflichtversicherten mit Arbeitseinkommen auszuweisen.

4.2 Spalte 2

Es ist als Davon-Wert der Spalte 1 die Anzahl der Pflichtversicherten mit beitragspflichtigen Arbeitseinkommen auszuweisen, die in Spalte 3 der MOASB bzw. für den landwirtschaftlichen Versicherungsträger in den Konten 2025 und 2060 des KV-Kontenrahmens berücksichtigt wird.

4.3 Spalte 3

Es ist die Summe der Arbeitseinkommen der unter Spalte 1 ausgewiesenen Mitglieder auszuweisen.

4.4 Spalte 4

Die beitragspflichtigen Arbeitseinkommen sind als Davon-Wert der Spalte 3 anzugeben. Sie beziehen sich auf die Pflichtversicherten aus Spalte 2.

5. Zu Teil 4 (Schlüssel-Nummer 90000 – MOASB – Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen)

5.1 Spalte 1:

Hier sind die Beiträge aus der Spalte 3 der MOASB als Summe der Monate des Berichtsquartals auszuweisen. Zusatzbeiträge gemäß der Spalte 9 der MOASB bleiben explizit unberücksichtigt.

Die Prüfgröße dient der Plausibilisierung der Höhe der beitragspflichtigen Versorgungsbezüge in den Teilen 1 und 3:

Die Summe der Werte aus den Schlüssel-Nummern 11910, 11950 und 34900 Spalte 4 sollte unter Berücksichtigung des gültigen allgemeinen Beitragssatzes die Größenordnung aus der MOASB bestätigen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Soll-Ist-Quote bei Versorgungsbezügen bei annähernd 100 % liegt. Es wird als unproblematisch angesehen, dass das Beitrags-Ist der MOA mit einem auf Grundlage des Volumens der beitragspflichtigen Versorgungsbezüge ermittelten Beitrags-Solls verglichen wird.

Der landwirtschaftliche Versicherungsträger macht hier keine Angaben.

Vordruck

Teil 1: Anzahl und Höhe von Versorgungsbezügen

Schl.-Nr.	Personengruppe	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4
		Anzahl Versorgungsbezüge (VB)	davon Anzahl beitragspflichtiger VB	Betrag in Euro	Betrag in Euro
11910	Pflichtversicherte Versorgungsbezieher mit laufendem Versorgungsbezug				
11950	Pflichtversicherte Versorgungsbezieher mit Kapitalleistung/-abfindung				
11999	Pflichtversicherte Versorgungsbezieher gesamt			XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
12910	Freiwillig versicherte Versorgungsbezieher mit laufendem Versorgungsbezug		XXXXXXX		XXXXXXXXXX
12950	Freiwillig versicherte Versorgungsbezieher mit Kapitalleistung/-abfindung		XXXXXXX		XXXXXXXXXX
12999	Freiwillig versicherte Versorgungsbezieher gesamt		XXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Teil 2: Mitglieder mit Versorgungsbezug

Schl.-Nr.	Mitglieder (pflicht und freiwillig) mit Versorgungsbezug	Anzahl Mitglieder	davon Anzahl Mitglieder mit beitragspflichtigem VB
23910	ausschließlich mit laufendem Versorgungsbezug		
23950	ausschließlich mit Kapitalleistung/-abfindung		
23980	laufender Versorgungsbezug und Kapitalleistung/-abfindung		

Teil 3: Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen

Schl.-Nr.	Personengruppe	Anzahl Mitglieder	davon Anzahl Mitglieder mit beitragspflichtigem Arbeitseinkommen	Arbeitseinkommen insgesamt	davon beitragspflichtiges Arbeitseinkommen
				Betrag in Euro	Betrag in Euro
34900	Pflichtversicherte mit Arbeitseinkommen				

Teil 4: MOASB - Prüfgröße Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen von Pflichtversicherten

Schl.-Nr.	Bezeichnung	Betrag in Euro
90000	MOASB - Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen von Pflichtversicherten	

Ab dem 1. Januar 2020 wird die neue Statistik KG 6 erlassen.

Anleitung zur Erstellung und Meldung der amtlichen Statistik KG 6

Leistungsmengen im Krankenhaus

Stand: 16.5.2019

Erlass: 21.6.2019

Gültig ab: 1.1.2020

I. Allgemeine Regelungen

Es gelten die Grundsätze für die Meldung der amtlichen Statistiken nach §79 SGB IV in ihrer aktuellsten Version.

Die KG 6-Statistik ist im Fall der Schließung oder Auflösung zu weiteren vier Stichtagen zu melden.

1. Berichtszeiträume und Meldetermine

Die Statistik KG 6 ist eine Stichtagsstatistik.

Es handelt sich um einen Auswertungsstichtag der außerhalb des abzubildenden Berichtszeitraumes liegt. Beginnend mit dem letzten Monat des letzten abgeschlossenen Quartals sind rückwirkend zwölf Monate zu melden:

BERICHTSZEITRAUM	STICHTAG IM LAUFENDEN JAHR	MELDUNG AN DEN GKV-SPITZENVERBAND BIS	WEITERLEITUNG AN DAS BMG BIS
1. Januar bis 31. Dezember Vorjahr (Bsp.: Stichtag 15. Februar 2020 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2019)	15. Februar	10. März	31. März
1. April Vorjahr bis 31. März lfd. Jahr (Bsp.: Stichtag 15. Mai 2020 1. April 2019 bis 31. März 2020)	15. Mai	10. Juni	30. Juni
1. Juli Vorjahr bis 30. Juni lfd. Jahr (Bsp.: Stichtag 15. August 2020 1. Juli 2019 bis 30. Juni 2020)	15. August	10. September	30. September
1. Oktober Vorjahr bis 30. September lfd. Jahr (Bsp.: Stichtag 15. November 2020 1. Oktober 2019 bis 30. September 2020)	15. November	10. Dezember	15. Januar Folgejahr

2. Formate

Folgende statistikspezifische Angaben sind im 186stelligen Datensatz zu berücksichtigen:

- Satzart: 32
- Berichtszeitraum:
 - JJJJ03 (15. Mai)
 - JJJJ06 (15. August)
 - JJJJ09 (15. November)
 - JJJJ12 (15. Februar Folgejahr)
- Wertspalten:
 - Teil 1 und 2:
 - Spalte 1: Entlassungsmonat im Format JJJJMM
 - Spalte 2: Anzahl
 - Spalte 3: Betrag in Eurocent
 - Spalte 4: Anzahl
 - Spalte 5: Schlüssel-Nummern 11xxx: Menge in ganzen Tausendstel
Schlüssel-Nummern: Menge in ganzen 10-Tausendstel“.
 - Teil 3:
 - Spalte 1: Aufnahmemonat im Format JJJJMM
 - Spalte 2: Anzahl

3. Plausibilitätsprüfungen

Es gilt der vom GKV-Spitzenverband für den jeweiligen Berichtszeitraum bereitgestellte gültige Prüfkatalog KG 6 einschließlich Schlüsselübersicht.

4. Visualisierung

Es gilt der Vordruck KG 6 in der aktuellsten Version.

II. Inhaltliche Regelungen

1. Allgemein

- 1.1 Es sind alle Leistungen zu berücksichtigen, die am jeweiligen Erhebungsstichtag im Fachverfahren der Krankenkasse enthalten sind. Hierfür sind das Abzugsdatum konstant zu halten und der erste Datenabzug nach dem Erhebungsstichtag zu benutzen.

- 1.2 Anders als in der amtlichen Statistik KG 2 besteht explizit keine Bindung an Buchungen gemäß dem Kontenrahmen der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

- 1.3 Es sind alle Leistungsfälle zu erfassen, die nach § 301 Abs. 1 SGB V zu übermitteln sind. Diese werden zwei Bereichen zugeordnet:

- Krankenhausentgeltgesetz (Somatik) inkl. ambulantes Operieren nach § 115b SGB V
- Bundespflegesatzverordnung (psychiatrische Krankenhausbehandlung) inkl. stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V

Sowohl bei der Ermittlung der Leistungsfälle als auch der Aufnahmefälle wird immer der aktuellste Fallstand berücksichtigt.

Nicht einzubeziehen sind Leistungen, die über den „Rechnungssatz ambulante Operationen“ (AMBO) abgerechnet werden (mit Ausnahme von ambulantes Operieren nach § 115b SGB V).

- 1.4 Es sind nur Leistungen für Mitglieder und deren Familienangehörige zu erfassen, nicht Leistungen an Zugeteilte und sonstige Betreute. Es sind auch die Fälle von Familienangehörigen solcher Mitglieder einzubeziehen, deren Mitgliederkrankbehandlung ruht (z. B. bei Wehrdienst, Inhaftierung etc.).

Die Leistungen ausländischer Versicherungsträger an Mitglieder und deren Familienangehörige deutscher Versicherungsträger sind nicht als Leistungsfälle zu berücksichtigen. Ebenso nicht zu berücksichtigen sind Leistungsfälle in denen stationäre Behandlungen im Ausland durchgeführt wurden.

- 1.5 Zuständig für die statistische Erfassung ist der am Aufnahmetag bzw. Tag des Zugangs (AMBO) zuständige Versicherungsträger.

2. Zu Teil 1 und 2

2.1 Schlüssel-Nummern 11001 bis 25012

Es sind alle nicht stornierten Leistungsfälle zu erfassen in denen eine Schlussrechnung (Rechnungsart 02 oder 52) vorliegt bzw. vorlag.

2.1.1 Ziffer 1 der Schlüssel-N \langle ummer

1 = Rechtskreis Krankenhausentgeltgesetz (Somatik):
Alle Fachabteilungen außer 29*, 30* oder 31*

2 = Rechtskreis Bundespflegesatzverordnung (psychiatrische Krankenhausbehandlung): Fachabteilungen 29*, 30* oder 31*

2.1.2 Ziffer 2 der Schlüssel-Nummer

1 = Vollstationäre Behandlung mit bewerteter DRG oder bewerteter PEPP

Aufnahmegrund Stelle 2: 1, 2, 5, 6, 8 in Verbindung mit Entgeltschlüssel 70* bei DRG und Entgeltschlüssel bei PEPP in der aktuellen Schlussrechnung

2 = Teilstationäre Behandlung

Aufnahmegrund Stelle 1 und 2: 03

3 = rein vorstationäre Behandlung

Aufnahmegrund Stelle 1 und 2: 04

4 = ambulantes Operieren

Leistungsfälle des ambulanten Operierens (AMBO) mit dem Verarbeitungskennzeichen 10 und 11 werden nur unter den Schlüssel-Nummern 14xxx berücksichtigt.

5 = Sonstige

Alle Leistungen die nicht den Ziffern 1 bis 4 zugeordnet werden können. Dies sind z. B.:

- Vollstationäre Leistungsfälle mit DRG (ohne bundeseinheitliche Relativgewichte gemäß Anlagen 3a des Fallpauschalenkataloges) werden nur unter den Schlüssel-Nummern 15xxx berücksichtigt.
- Vollstationäre Leistungsfälle in besonderen Einrichtungen
- Leistungsfälle psychiatrischer Krankenhausbehandlung mit PEPP (ohne bundeseinheitliche Relativgewichte gemäß Anlagen 1b des PEPP-Entgeltkataloges) werden ausschließlich unter den Schlüssel-Nummern 25xxx berücksichtigt.
- Leistungsfälle stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld nach §39 Abs.1 Satz 4 SGB V werden ausschließlich unter den Schlüssel-Nummern 25xxx berücksichtigt.
- Vollstationäre Leistungsfälle von Modellvorhaben
- Vollstationäre besondere Versorgungsformen mit dem Entgeltschlüssel 61*

2.1.3 Ziffer 3 der Schlüssel-Nummer

Konstant Null, keine Bedeutung

2.1.4 Ziffer 4 und 5 der Schlüssel-Nummer

Das Entlassdatum der Entlassungsanzeige definiert den Berichtsmonat. Bei rein vorstationären Behandlungen definiert das Aufnahmedatum der Aufnahme-Anzeige, bei AMBO der Tag des Zugangs den Berichtsmonat:

Monatsangabe 01 = Januar bis 12 = Dezember.

2.2 Spalten 1 bis 5

2.2.1 Spalte 1

Es ist der Berichtsmonat im Format JJJJMM anzugeben. Die zu meldenden Berichtsmonate ergeben sich aus dem Stichtag: Es handelt sich um die Darstellung der Monate der letzten vier – bis zum Stichtag – abgeschlossenen Quartale.

2.2.2 Spalte 2

Es sind die Leistungen gemäß Ziffer 2.1 zu zählen. Die Zuordnung zu einem Berichtsmonat erfolgt gemäß Ziffer 2.1.4.

2.2.3 Spalte 3

Es sind die in Rechnung gestellten, saldierten Gesamtausgaben inklusive Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte etc. und ohne Abzug von etwaigen Zahlungen der Versicherten zu den unter der Spalte 2 gemeldeten Leistungsfällen zu berücksichtigen.

Stationäre Entgeltschlüssel 45* sind nicht zu berücksichtigen.

2.2.4 Spalte 4

Diese Spalte ist nur für vollstationäre Leistungsfälle (Schlüssel-Nummern x1xxx) zu befüllen.

Für Leistungsfälle der Schlüssel-Nummern 11xxx ist die Verweildauer gemäß FPV und für die Schlüssel-Nummern 21xxx sind die Berechnungstage gemäß PEPPV anzugeben.

2.2.5 Spalte 5

Diese Spalte ist nur für vollstationäre Leistungsfälle (Schlüssel-Nummern x1xxx) zu befüllen.

Schlüssel-Nummer 11xxx:

Es ist der effektive Gesamtschweregrad (Casemix gemäß Abrechnung) der unter der Spalte 2 berücksichtigten Leistungsfälle als Fließkommazahl mit 3 Nachkommastellen auszuweisen. Die Einzelschweregrade sind ungerundet mit 3 Nachkommastellen zum Gesamtergebnis zu summieren.

Schlüssel-Nummern 21xxx:

Es ist der effektive Gesamtschweregrad (Daymix gemäß Abrechnung) der unter der Spalte 2 berücksichtigten Leistungsfälle als Fließkommazahl mit 4 Nachkommastellen auszuweisen. Die Einzelschweregrade sind ungerundet mit 4 Nachkommastellen zum Gesamtergebnis zu summieren. Ergänzende Tagesentgelte sind zu berücksichtigen.

3. Teil 3:

3.1 Schlüssel-Nummern 61001 bis 61012

Es sind nur vollstationäre Leistungsfälle zu berücksichtigen.

3.1.1 Ziffer 1 der Schlüssel-Nummer

6 = Aufnahme im Krankenhaus

Es sind alle nicht stornierten Leistungsfälle zu erfassen in denen eine Aufnahmeanzeige mit einem Aufnahmetag in dem entsprechenden Erhebungsmonat vorliegt.

Aufnahmegrund Stelle 1 bis 2: 10 sowie Aufnahmegrund Stelle 2: 1, 2, 5, 6 und 8

3.1.2 Ziffer 2 der Schlüssel-Nummer

Konstant 1

3.1.3 Ziffer 3 der Schlüssel-Nummer

Konstant Null, keine Bedeutung

3.1.4 Ziffer 4 und 5 der Schlüssel-Nummer

Das Aufnahmedatum der aktuellsten Aufnahme-Anzeige definiert den Berichtsmonat:

Monatsangabe 01 = Januar bis 12 = Dezember.

3.2 Spalten 1 und 2

3.2.2 Spalte 2

3.2.1 Spalte 1

Es ist der Berichtsmonat im Format JJJJMM anzugeben. Die zu meldenden Berichtsmonate ergeben sich aus dem Stichtag: Es handelt sich um die Darstellung der Monate der letzten vier – bis zum Stichtag – abgeschlossenen Quartale.

Es ist die Anzahl der aufgenommenen vollstationären Fälle im Aufnahmemonat anzugeben. Es sind ausschließlich die Aufnahmen zu zählen, für die eine Aufnahme-Anzeige vorliegt. Das Aufnahme-datum ist ausschlaggebend für die Zählung in einem Berichtsmonat.

Vordruck

gültig ab: 01.01.2020 Erlassdatum: 21.06.2019 Stand: 16.05.2019						
Statistik zu Leistungsmengen im Krankenhaus KG 6						
Teil 1: Somatik		Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5
Schl.-Nr.	Leistungsbereich	Entlassungsmonat	Fälle Entlassung mit Abrechnung	Ausgaben in Eurocent	Verweildauer	effektiver Casemix
11001	Somatik - vollstationär					
11002						
11003						
11004						
11005						
11006						
11007						
11008						
11009						
11010						
11011						
11012						
12001	Somatik - teilstationär					
12002						
12003						
12004						
12005						
12006						
12007						
12008						
12009						
12010						
12011						
12012						
13001	Somatik - vorstationär					
13002						
13003						
13004						
13005						
13006						
13007						
13008						
13009						
13010						
13011						
13012						
14001	Somatik - ambulantes Operieren					
14002						
14003						
14004						
14005						
14006						
14007						
14008						
14009						
14010						
14011						
14012						
15001	Somatik - sonstige					
15002						
15003						
15004						
15005						
15006						
15007						
15008						
15009						
15010						
15011						
15012						

gültig ab: 01.01.2020
 Erlassdatum: 21.06.2019
 Stand: 16.05.2019

Statistik zu Leistungsmengen im Krankenhaus KG 6

Teil 2: psychiatrische Krankenhausbehandlung

Schl.-Nr.	Leistungsbereich	Spalte 1 Entlassungsjahr	Spalte 2 Fälle Entlassung mit Abrechnung	Spalte 3 Ausgaben in Eurocent	Spalte 4 Verweildauer	Spalte 5 effektiver Daymix
21001	psychiatrische Krankenhausbehandlung - vollstationär					
21002						
21003						
21004						
21005						
21006						
21007						
21008						
21009						
21010						
21011						
21012						
22001	psychiatrische Krankenhausbehandlung - teilstationär					
22002						
22003						
22004						
22005						
22006						
22007						
22008						
22009						
22010						
22011						
22012						
23001	psychiatrische Krankenhausbehandlung - vorstationär					
23002						
23003						
23004						
23005						
23006						
23007						
23008						
23009						
23010						
23011						
23012						
25001	psychiatrische Krankenhausbehandlung - sonstige					
25002						
25003						
25004						
25005						
25006						
25007						
25008						
25009						
25010						
25011						
25012						

gültig ab: 01.01.2020
 Erlassdatum: 21.06.2019
 Stand: 16.05.2019

Statistik zu Leistungsmengen im Krankenhaus KG 6

Teil 3: Anzahl der Aufnahmefälle im Krankenhaus

Schl.-Nr.	Leistungsbereich	Spalte 1 Aufnahmemonat	Spalte 2 Anzahl Aufnahmefälle im Monat
61001	Aufnahme Krankenhausbehandlung - vollstationär		
61002			
61003			
61004			
61005			
61006			
61007			
61008			
61009			
61010			
61011			
61012			

Bonn, den 21. Juni 2019
 L4 – 11942-01/001

an die bundesunmittelbaren Träger
 der gesetzlichen Krankenversicherung

Bundesministerium für Gesundheit
 Im Auftrag
 Karen Alnor

HERAUSGEBER:

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat
11014 Berlin (Postanschrift)
Alt-Moabit 140, 10557 Berlin (Hausanschrift)

Telefon: 0 30/1 86 81-0

Telefax: 0 30/1 86 81 12 926

E-Mail: poststelle@bmi.bund.de

VERLAG UND VERTRIEB:

Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Carl Heymanns Verlag

Luxemburger Straße 449, 50939 Köln

Telefon: 02 21/9 43 73-70 00, 0 26 31/8 01-22 22 (Kundenservice)

Telefax: 0 26 31/8 01-22 23 (Vertrieb)

E-Mail: info-wkd@wolterskluwer.com

<http://www.wolterskluwer.de>

DRUCK:

rewi druckhaus, Reiner Winters GmbH, Wiesenstraße 11, 57537 Wissen

Telefon: 0 27 42/9 32 38, Telefax: 0 27 42/93 23 70, www.rewi.de

ERSCHEINUNGSWEISE UND BEZUGSBEDINGUNGEN:

Das Gemeinsame Ministerialblatt erscheint nach Bedarf. Abonnementspreis: je 20 Hefte 39,20 € zuzüglich 9,50 € Versandkosten. Einzelhefte je 8 angefangene Seiten 1,60 € zuzüglich Versandkosten (auf Anfrage). Der Bezug des Gemeinsamen Ministerialblattes kann zum Ende eines Abrechnungszeitraumes von 20 Heften gekündigt werden.

Preis dieses Heftes 3,20 € zuzüglich Versandkosten.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten, der angewandte Steuersatz beträgt 7 % für das Printprodukt und 19 % für die Online-Komponente.

Einzelhefte nur durch Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Luxemburger Straße 449, 50939 Köln, Telefon 0 26 31/8 01-22 22 oder durch den Buchhandel.

2019

Das GMBI im Internet: www.gmbi-online.de
