Definitionen, Berechnungshinweise & Erläuterungen

Übergreifende Festlegungen:

- Als Berichtsjahr gilt das jeweilige Kalenderjahr.
- Die ausgewiesenen „Hinweise für Erläuterungstexte im Transparenzbericht“ dienen als Orientierungs- und Mustertexte für inhaltliche Aussagen.

1. Bereich Vorsorge und Rehabilitation

Umfasste Leistungen: Ambulante Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 SGB V), Stationäre Vorsorge (§§ 23 Abs. 4, 24 SGB V), Ambulante Reha (§ 40 Abs. 1 SGB V), Stationäre Reha (§§ 40 Abs. 2, 41 SGB V).

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 1 **Reha: Anzahl Anträge**	Datengrundlage: Statistik KG 5. Als Anträge des Berichtsjahres gelten alle im Berichtsjahr erledigten Anträge (unabhängig vom Antragszeitpunkt).	Vordruck KG 5, Ziffer 20 (Schlüssel-Nr. 20999, Spalten 3, 4, 5, 6).	In die Kennzahl sind alle im Berichtsjahr erledigten Anträge eingeflossen.
Kennzahl 2 **Reha: Anzahl genehmigte Anträge**	Leistungsentscheidungen im Berichtsjahr: 1. Genehmigte Leistung entspricht Antrag. 2. Es wurde eine andere Leistung genehmigt.	Vordruck KG 5, Ziffer 20 (Schlüssel-Nr. 20999, Spalten 3 & 4).	Enthält alle Entscheidungen mit voller oder abweichender Genehmigung.
Kennzahl 3 **Reha: Anzahl abgelehnte Anträge**	Leistungsentscheidungen im Berichtsjahr mit Ablehnung wegen nicht erfüllter Voraussetzungen oder sonstigen Gründen.	Vordruck KG 5, Ziffer 20 (Schlüssel-Nr. 20999, Spalten 5 & 6).	Enthält alle im Berichtsjahr abgelehnten Reha-Anträge.
Kennzahl 4 **Reha: Genehmigungsquote in v.H.**	Verhältnis von genehmigten Anträgen (KZ 2) zur Gesamtzahl der erledigten Anträge (KZ 1).	`Wert KZ 2 × 100 / Wert KZ 1`	Anteil der genehmigten Anträge an der Gesamtzahl der erledigten Anträge.
Kennzahl 5 **Reha: Ablehnungsquote in v.H.**	Verhältnis von abgelehnten Anträgen (KZ 3) zur Gesamtzahl der erledigten Anträge (KZ 1).	`Wert KZ 3 × 100 / Wert KZ 1`	Anteil der abgelehnten Anträge an der Gesamtzahl der erledigten Anträge.

2. Bereich Krankengeld

Umfasste Leistungen: Abgeschlossene Krankengeldfälle (exkl. Kinder-Krankengeld § 45 SGB V und Krankengeld § 44b SGB V).

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 6 **Krankengeld: Anzahl Fälle**	Statistik KG 2. Berücksichtigt werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankengeldfälle. Langzeitfälle werden im Jahr des Abschlusses gezählt.	Vordruck KG 2, Ziffer 2 (Schlüssel-Nr. 02999, Spalte 3).	In die Kennzahl sind alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankengeldfälle eingeflossen.
Kennzahl 6a **Krankengeld je 100.000 Mitglieder**	Krankengeldfälle bezogen auf 100.000 krankengeldberechtigte Mitglieder im Jahresdurchschnitt (Statistik	1. `Schlüssel 15000 / 100.000`	Anzahl der Krankengeldfälle je 100.000 berechtigte Mitglieder.

3. Bereich Zahnersatz

Umfasste Leistungen: Zahnersatzleistungen nach § 55 Abs. 1-3 SGB V (inkl. Reparaturen, Unterfütterungen und genehmigungsfreien Abrechnungsfällen).

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 7 **Zahnersatz: Anzahl Anträge**	Alle im Berichtsjahr entschiedenen Fälle (bewilligt/abgelehnt) inkl. genehmigungsfreier abgerechneter Fälle. Zuordnung nach Zahldatum.	Summe der kassenindividuellen Dokumentations- und Abrechnungsdaten.	In die Kennzahl sind alle entschiedenen sowie direkt abgerechneten Fälle eingeflossen.
Kennzahl 8 **Zahnersatz: Anzahl bewilligt**	Alle im Berichtsjahr bewilligten Fälle der Zahnersatzversorgung inklusive genehmigungsfreier Fälle.	Summe der bewilligten Zahnersatzversorgungen lt. Abrechnung/Dokumentation.	Ausgewiesen werden alle bewilligten und genehmigungsfrei abgerechneten Anträge.
Kennzahl 9 **Zahnersatz: Anzahl abgelehnt**	Differenz aus Gesamtanträgen (KZ 7) und bewilligten Anträgen (KZ 8).	`Wert KZ 7 - Wert KZ 8`	In die Kennzahl sind die im Berichtsjahr abgelehnten Zahnersatzanträge eingeflossen.
Kennzahl 10 **Zahnersatz: Bewilligungsquote**	Anteil der bewilligten Anträge an der Gesamtzahl der entschiedenen Fälle.	`Wert KZ 8 × 100 / Wert KZ 7`	Gibt den relativen Anteil der Bewilligungen an allen Entscheidungen an.
Kennzahl 11 **Zahnersatz: Ablehnungsquote**	Anteil der abgelehnten Anträge an der Gesamtzahl der entschiedenen Fälle.	`Wert KZ 9 × 100 / Wert KZ 7`	Gibt den relativen Anteil der Ablehnungen an allen Entscheidungen an.

4. Bereich Hilfsmittel

Umfasste Leistungen: Hilfsmittel nach § 33 SGB V. Bei Doppelfunktionalität werden auch Pflegekassenanträge mit Krankenkassen-Kostenbeteiligung erfasst.

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 12 **Hilfsmittel: Anzahl Anträge**	Alle im Berichtsjahr entschiedenen (abgerechneten oder abgelehnten) Erst-, Folge- und Ersatzversorgungen.	`Wert KZ 13 + Wert KZ 14`	Summe aus bewilligten/abgerechneten und abgelehnten Hilfsmittelentscheidungen.
Kennzahl 13 **Hilfsmittel: Bewilligte Anträge**	Abgerechnete Hilfsmittel (inkl. genehmigungsfreier Direktabrechnungen). Zubehör zum Hilfsmittel zählt als 1 Versorgung. Exkl. Reparaturen/Wartungen.	Abrechnungsdaten des Berichtsjahres (Zuordnung über Zahldatum).	In die Kennzahl fließen alle im Berichtsjahr positiv entschiedenen Hilfsmittelversorgungen ein.
Kennzahl 14 **Hilfsmittel: Abgelehnte Anträge**	Vollständig abgelehnte Anträge im vorherigen Genehmigungsverfahren. Formale Ablehnungen im Abrechnungsverfahren fließen nicht ein.	Summe der formalen Ablehnungen aus kassenindividueller Dokumentation.	Erhoben werden alle im Antragsverfahren vollständig abgelehnten Hilfsmittel.
Kennzahl 15 **Hilfsmittel: Bewilligungsquote**	Prozentualer Anteil der bewilligten Hilfsmittelversorgungen.	`Wert KZ 13 × 100 / Wert KZ 12`	Anteil der bewilligten Fälle an den Gesamtfällen im Berichtsjahr.
Kennzahl 16 **Hilfsmittel: Ablehnungsquote**	Prozentualer Anteil der abgelehnten Hilfsmittelversorgungen.	`Wert KZ 14 × 100 / Wert KZ 12`	Anteil der abgelehnten Fälle an den Gesamtfällen im Berichtsjahr.

5. Bereich Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Umfasste Leistungen: Erst-Anträge auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach §§ 14, 15 SGB XI.

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 17 **Pflege: Anzahl Anträge**	Statistik PG 4. Im Berichtsjahr erledigte Erstanträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit.	PG 4 (a): Summe Schlüssel 20400 + 20401 abzüglich Schlüssel 20999.	Enthält alle erledigten Erst-Anträge im Berichtsjahr.
Kennzahl 18 **Pflege: Bewilligte Anträge**	Anträge, die zur Anerkennung eines Pflegegrades (1 bis 5) geführt haben.	Vordruck PG 4 (a): Wert der Schlüssel-Nr. 20599.	Erledigte Anträge mit Feststellung der Pflegegrade 1 bis 5.
Kennzahl 19 **Pflege: Abgelehnte Anträge**	Anträge ohne Pflegegrad-Anerkennung (nicht pflegebedürftig, Wartezeit nicht erfüllt, sonstige Gründe).	Vordruck PG 4 (a): Wert der Schlüssel-Nr. 20699.	Anträge, die zu keiner Feststellung von Pflegebedürftigkeit führten.
Kennzahl 20 **Pflege: Bewilligungsquote**	Anteil der bewilligten Anträge an der Gesamtzahl der Pflegeanträge.	`Wert KZ 18 × 100 / Wert KZ 17`	Anteil der anerkannten Pflegegrade an allen erledigten Anträgen.
Kennzahl 21 **Pflege: Ablehnungsquote**	Anteil der abgelehnten Anträge an der Gesamtzahl der Pflegeanträge.	`Wert KZ 19 × 100 / Wert KZ 17`	Anteil der abgelehnten Anträge an allen erledigten Erstanträgen.

6. Widersprüche & Klagen: Krankenversicherung

Umfasste Sachverhalte: Sämtliche Widersprüche und rechtskräftige Klagen im Bereich der Krankenversicherung.

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 22 / 22a **KV: Widersprüche gesamt**	Statistik SG 01. Alle im Berichtsjahr erledigten Widersprüche (auch je 100.000 Versicherte).	SG 01: Schlüssel 0120. Pro 100k: bezogen auf KM1/13.	In die Kennzahl sind alle erledigten Widersprüche eingeflossen.
Kennzahl 23 / 23a **KV: Erfolgreiche Widersprüche**	Widersprüche mit Abhilfe durch die Kasse oder vollem/teilweisem Erfolg per Bescheid.	SG 01: Summe Schlüssel 0311, 0340 und 0341.	Erledigte Widersprüche, denen ganz oder teilweise entsprochen wurde.
Kennzahl 24 / 24a **KV: Erfolglose Widersprüche**	Widersprüche, in denen die Entscheidung der Kasse voll bestätigt wurde.	SG 01: Summe Schlüssel 0342 und 0343.	Widersprüche, die formell oder materiell abgelehnt wurden.
Kennzahl 25 / 25a **KV: Zurückgenommene Widersprüche**	Widersprüche, die durch den Versicherten zurückgenommen wurden.	SG 01: Wert Schlüssel 0313.	Durch Versicherte zurückgenommene Widerspruchsverfahren.

6. Widersprüche & Klagen: Krankenversicherung (Forts.)

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 26 / 26a **KV: Anzahl Klagen**	Rechtskräftig entschiedene Klagen in der Hauptsache (exkl. einstweiliger Rechtsschutz, Untätigkeit).	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Alle im Berichtsjahr rechtskräftig entschiedenen Klagen.
Kennzahl 27 / 27a **KV: Erfolgreiche Klagen**	Rechtskräftig entschiedene Klagen mit vollständigem Erfolg für den Versicherten.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Klagen, bei denen dem Antrag des Versicherten entsprochen wurde.
Kennzahl 28 / 28a **KV: Erfolglose Klagen**	Rechtskräftige Klagen, bei denen die Entscheidung der Krankenkasse bestätigt wurde.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Klagen, bei denen die Kassenentscheidung aufrecht erhalten blieb.
Kennzahl 29 / 29a **KV: Zurückgenommene Klagen**	Sämtliche im Berichtsjahr durch die Kläger zurückgenommenen Klagen.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Durch Versicherte zurückgenommene Klageverfahren.
Kennzahl 30 / 30a **KV: Sonstige Klageerledigungen**	Erledigung auf sonstige Weise (z.B. Vergleich, Teilerfolg, Tod des Klägers).	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Klagen mit sonstiger Erledigung im Berichtsjahr.

7. Widersprüche & Klagen: Pflegeversicherung

Umfasste Sachverhalte: Sämtliche Widersprüche und rechtskräftige Klagen im Bereich der Pflegeversicherung.

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 31 / 31a **PV: Widersprüche gesamt**	Statistik SG 01. Alle im Berichtsjahr erledigten Widersprüche in der Pflegeversicherung.	SG 01: Schlüssel 0120. Je 100k Vers. via KM1/13.	Alle im Berichtsjahr erledigten Widersprüche in der Pflegekasse.
Kennzahl 32 / 32a **PV: Erfolgreiche Widersprüche**	Widersprüche mit voller oder teilweiser Abhilfe / Erfolg durch Pflegekasse.	SG 01: Summe Schlüssel 0311, 0340 und 0341.	Widersprüche, denen vollständig oder teilweise stattgegeben wurde.
Kennzahl 33 / 33a **PV: Erfolglose Widersprüche**	Widersprüche, bei denen die Entscheidung der Pflegekasse bestätigt wurde.	SG 01: Summe Schlüssel 0342 und 0343.	Aus formalen oder materiellen Gründen abgewiesene Widersprüche.
Kennzahl 34 / 34a **PV: Zurückgenommene Widersprüche**	Widersprüche, die sich durch Zurücknahme erledigt haben.	SG 01: Wert Schlüssel 0313.	Von Versicherten zurückgenommene Widersprüche.

7. Widersprüche & Klagen: Pflegeversicherung (Forts.)

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 35 / 35a **PV: Anzahl Klagen**	Rechtskräftig entschiedene Klagen gegen die Pflegekasse in der Hauptsache.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Im Berichtsjahr rechtskräftig entschiedene Pflege-Klagen.
Kennzahl 36 / 36a **PV: Erfolgreiche Klagen**	Klagen, bei denen der Antrag der/des Versicherten vollen Erfolg hatte.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Entschiedene Klagen mit vollem Erfolg für die Versicherten.
Kennzahl 37 / 37a **PV: Erfolglose Klagen**	Rechtskräftige Klagen, bei denen die Pflegekassenentscheidung bestätigt wurde.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Klagen mit Bestätigung der Pflegekassenentscheidung.
Kennzahl 38 / 38a **PV: Zurückgenommene Klagen**	Im Berichtsjahr zurückgenommene Pflegeklagen.	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Von Versicherten zurückgenommene Klageverfahren.
Kennzahl 39 / 39a **PV: Sonstige Klageerledigungen**	Erledigung auf sonstige Weise (Vergleich, Teilerfolg, Tod).	Kassenindividuelle Dokumentationsdaten.	Klagen mit sonstiger Erledigungsart.

8. Bereich Patientensicherheit

Umfasste Fälle: Unterstützungsfälle nach § 66 SGB V (inkl. Verdacht auf Pflegefehler § 115 Abs. 3 SGB XI).

Kennzahl	Definition	Ermittlung / Berechnung	Erläuterungstext
Kennzahl 40 / 40a **Unterstützungsfälle § 66**	Alle im Berichtsjahr eröffneten Fälle, in denen Versicherte Unterstützung durch die Kasse erhielten.	Kassenindividuelle Dokumentation. 40a: Bezogen auf KM1/13.	Alle im Berichtsjahr begonnenen Unterstützungsfälle.
Kennzahl 41 / 41a **Fälle mit MD-Begutachtung**	Unterstützungsfälle, in denen im Berichtsjahr ein sozialmedizinisches Gutachten beim MD veranlasst wurde.	Kassenindividuelle Dokumentation (Mehrfachaufträge zählen mehrfach).	Fälle mit veranlasster sozialmedizinischer Begutachtung.
Kennzahl 42 **Behandlungsfehler bestätigt**	Gutachten des Berichtsjahres, in denen der Verdacht auf Behandlungsfehler bestätigt wurde.	Dokumentationsdaten (nur eindeutige Gutachten).	Gutachten mit bestätigtem Behandlungsfehlerverdacht.
Kennzahl 43 **Behandlungsfehler nicht bestätigt**	Gutachten des Berichtsjahres, in denen der Verdacht nicht bestätigt wurde.	Dokumentationsdaten (nur eindeutige Gutachten).	Gutachten ohne Bestätigung des Behandlungsfehlerverdachts.
Kennzahl 44 & 45 **Bestätigungs- / Ablehnungsquote**	Prozentualer Anteil der bestätigten bzw. nicht bestätigten Fehler an allen eindeutigen Gutachten.	`KZ 42 × 100 / (KZ 42 + KZ 43)` `KZ 43 × 100 / (KZ 42 + KZ 43)`	Prozentuale Verteilung bestätigter/nicht bestätigter Verdachtsfälle.