



Bundesversicherungsamt

**Konzept für Fehlerverfahren und Datenbereinigung
der Datenerhebung 2007/2008 im Meldejahr 2009 zur
Weiterentwicklung des RSA gemäß § 30 RSAV sowie
der Daten für die Übergangsregelungen zur
Einführung des Gesundheitsfonds gemäß § 34 RSAV**

01. Dezember 2009

KAPITEL 1: ÜBERSICHT	2
KAPITEL 2: STUFE A - TECHNISCHE PRÜFUNGEN	4
KAPITEL 3: STUFE B - DATENPRÜFUNGEN	6
KAPITEL 4: STUFE C - MEDIZINISCH-INHALTLICHE PRÜFUNGEN	11
KAPITEL 5: STUFE D - AUFFÄLLIGKEITSPRÜFUNGEN	13

Kapitel 1: Übersicht

Das Fehlerverfahren ist ein zentraler Bestandteil im Prozess zur Datenbereinigung der nach § 30 und 34 RSAV vom GKV-Spitzenverband der Krankenkassen gemeldeten Daten. Im Folgenden wird das Konzept für die Datenbereinigung und das Fehlerverfahren zu Zwecken der Transparenz beschrieben. Der Umgang mit fehlerhaften Daten soll somit für alle Beteiligten nachvollziehbar gehalten werden.

Die Übermittlung der vom GKV-Spitzenverband zu liefernden Daten erfolgt im Lieferjahr 2009 elektronisch in Form des secure transfer protocol (sftp). Für die Meldung der Satzart 111 für den Zeitraum von Januar-Dezember 2008 erfolgt die Lieferung in Form von USB-Festplatten und elektronisch per sftp. Jede Datei muss einen auf die Datensätze der jeweiligen Datei bezogenen entsprechenden Vorlauf- und Nachlaufsatz enthalten. Der GKV-Spitzenverband liefert entsprechend der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 08.06.2009 jeweils die folgenden Satzarten:

- für die Versichertenstammdaten (für die Jahre 2007 und 2008) die Satzart 100,
- für die Versichertenstammdaten des monatlichen Abschlagsverfahren (für die Zeiträume Jan.-Dez. 2008, bzw. 1 HJ. 2009) die Satzart 111,
- für die Daten der Arzneimittelversorgung (für die Jahre 2007 und 2008) die Satzart 400,
- für die Daten der Krankenhausversorgung (für die Jahre 2007 und 2008) die Satzart 500,
- für die Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung (für die Jahre 2007 und 2008) die Satzart 600,
- für die personenbezogenen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben (für 2008) die Satzart 700,
- für die erweiterten Versichertenstammdaten (für 2008) die Satzart 800,
- für die länderbezogenen Einnahmen (für 2008) die Satzart 900.

Aufbau des Prüfverfahrens:

Das weitere Fehlerverfahren für die oben benannten Daten besteht aus den folgenden, grundsätzlichen Stufen:

- 1. Stufe A: Technische Prüfungen:**
 - a. Zusammensetzung und fehlerfreie Übermittlung der Datenlieferung,
 - b. Formatprüfung.
- 2. Stufe B: Datenprüfungen,**
 - a. Pseudonymbezogene Prüfungen
 - b. Prüfungen auf Kassenebene.
- 3. Stufe C: medizinisch-inhaltliche Prüfungen.**
- 4. Stufe D: Auffälligkeitsprüfungen.**

Fehler im Dateiaufbau (A001 - A006) führen zu einer grundsätzlichen Abweisung der betroffenen Satzarten, da diese so gravierend sind, dass die Daten nicht korrekt eingelesen werden können. Es erfolgt eine entsprechende Rückmeldung des BVA an den GKV-Spitzenverband mit der Benachrichtigung über die Abweisung der betroffenen Daten. **Der GKV-Spitzenverband wiederholt die Datenlieferung für die betroffenen Satzarten.** Prüfungen auf der Stufe B können Kassenausschlüsse nach sich ziehen. Der genaue Umgang mit den spezifischen Fehlern auf den Stufen B-D wird in den jeweiligen Kapiteln näher beschrieben. Übersichten über die auf den einzelnen Stufen möglichen Fehler finden sich in den jeweiligen Kapiteln.

Im Falle einer Berichtigungslieferung von Satzarten übermittelt der GKV-Spitzenverband für die betroffene(n) Krankenkasse(n) die betroffene Satzart vollständig neu. Grundsätzlich werden alle Datensätze in der neu gelieferten Satzart ersetzt.

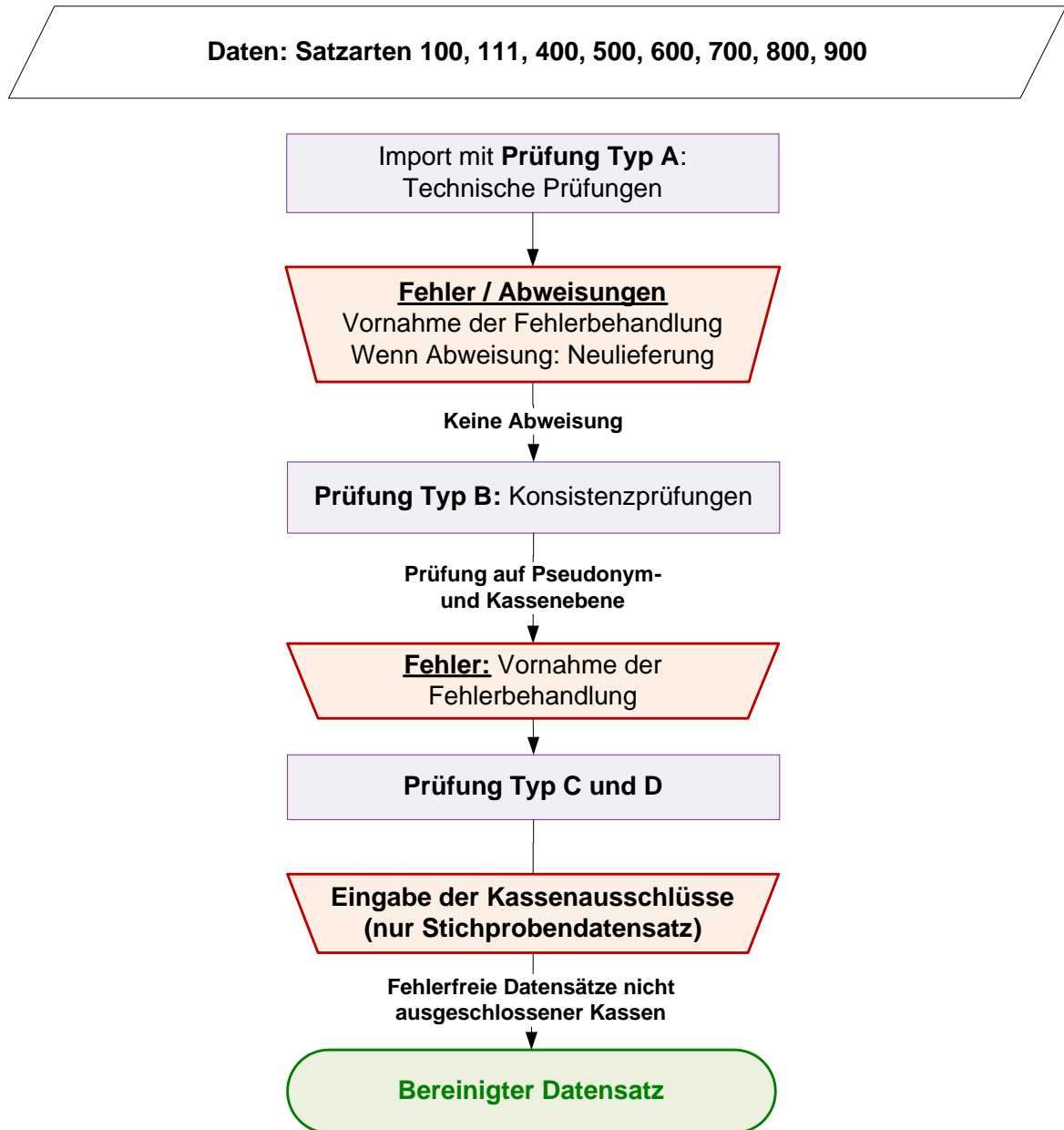


Abbildung 1: Ablauf des Fehlerverfahrens

Zuständig für Rückfragen:

Prüfung Typ A
Prüfung Typ B-D

Ursula Roth
Dorothee Schmidt

Kontakt:

Ursula.Roth@bva.de
Dorothee.Schmidt@bva.de

Kapitel 2: Stufe A - Technische Prüfungen

Der eigentlichen Datenprüfung ist eine technische Prüfung vorgeschaltet, mit der sichergestellt wird, dass die Datenlieferung für die Aufnahme in die Datenbank geeignet ist und die Datenfelder richtig befüllt wurden. **Fehler im Dateiaufbau auf dieser Stufe (A001 - A006) führen zu einer Abweisung der betroffenen Satzart und erfordern eine vollständige Neulieferung.** In diesem Falle nimmt das BVA Kontakt mit dem GKV-Spitzenverband auf, um eine Neulieferung der Daten zu veranlassen. Die technische Prüfung beinhaltet eine Vorprüfung und eine Formatprüfung.

Die Vorprüfung besteht aus dem Abgleich der Vor- und Nachlaufsätze mit den gelieferten Dateien. Mit Hilfe der Vorlauf- und Nachlaufsätze wird sichergestellt, dass die gelieferten Daten für das Einlesen in die Datenbank geeignet sind. Der Vorlaufsatz enthält Angaben zur Dateibezeichnung und zur enthaltenen Satzart. Der Nachlaufsatz enthält Daten, mit denen die Vollständigkeit und die Zusammensetzung der übermittelten Datensätze der gelieferten Satzarten überprüft wird.

Der Formatprüfung liegt die Bestimmung des GKV-Spitzenverband nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 08. Juni 2009 zugrunde. An dieser Stelle wird geprüft, ob die in der Anlage 3.5 und Anlage 4.1 beschriebenen Formatanforderungen eingehalten wurden. Fehler der Formatprüfung und der inhaltlichen Konsistenz einer Satzart bei einzelnen Datensätzen (A007 ff.) führen zu einer Sperrung der entsprechenden Datensätze für die weitere Verarbeitung. Der GKV-SV wird vom BVA über die aufgetretenen Fehler informiert.

Übersicht der Fehler:

<i>Fehler</i>	<i>Beschreibung</i>	<i>Satzart</i>
A001	Die im Vorlaufsatz angegebene Satzart ist nicht bekannt oder weicht von der im Datensatz / Nachlaufsatz angegebenen Satzart ab.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A002	Das im Vorlaufsatz angegebene Berichtsjahr weicht vom dem im Datensatz / Nachlaufsatz angegebenen Jahr ab.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A003	Das im Vorlaufsatz angegebene Berichtsjahr ist nicht zulässig.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A004	Das im Vorlaufsatz angegebene Lieferjahr ist nicht größer oder gleich dem Berichtsjahr.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A005	Das im Vorlaufsatz angegebene Erstellungsdatum ist nicht größer als das Berichtsjahr oder liegt nicht im laufenden Jahr.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A006	Die Anzahl der Datensätze stimmt nicht mit der Angabe im Nachlaufsatz überein.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A007	Ein oder mehrere Datensatzfelder enthalten keine Daten oder die Daten entsprechen nicht dem vorgegebenen Format. ¹	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A008	Doppelter Datensatz (vollständiger Satz). Löschung der identischen Datensätze, so dass nur noch einer vorhanden ist.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A009	Das angegebene Pseudonym ist in der SA100 nicht vorhanden.	400, 500, 600, 700, 800
A010	Die Meldung der Versichertentage zu diesem Pseudonym umfasst mehr als 365 / 366 Tage bzw. 181 / 182 Tage für die SA111-Meldung für den Zeitraum Jan bis Juni. Für	100, 111, 800

¹ Wenn dieser Fehler durch Löschung von Datensätzen bei den Einleseroutinen entsteht, erfolgt keine Löschung der restlichen Datensätze.

	die Satzart 800 bezieht sich der Fehler auf die Summe der Versichertentage in den Versichertengruppen VG 1, 2, 4 und 5.	
A011	Die angegebene Betriebsnummer ist unbekannt oder für das Berichtsjahr nicht zugelassen.	100, 111, 400, 500, 600, 700, 800, 900
A012	Der angegebene Wert zum Krankenversicherungs-Kennzeichen ist nicht "0" oder "1".	100, 111
A013	Das Geburtsjahr ist größer als das Berichtsjahr oder liegt vor 1890.	100, 111
A014	Der angegebene Wert zum Geschlecht ist nicht "1" oder "2".	100, 111
A015	Die Anzahl der Tage der Erwerbsminderung (bei SA 800: Tage in VG 4/5) sind größer als die in SA 100 gemeldeten Versichertentage des Pseudonyms.	100, 800
A016	Der angegebene Wert zur Extrakorporalen Blutreinigung ist nicht "0" oder "1".	100
A017	Der angegebene Wert zum Merkmal Verstorben ist nicht "0" oder "1".	100, 111
A018	Die Anzahl der DMP-Tage ist größer als die Anzahl der in SA 100 gemeldeten Versichertentage des Pseudonyms. Für die SA800 bezieht sich der Fehler auf die Summe der Felder 9-14 (DMP 1-6).	100, 800
A019	Das Verordnungsdatum liegt nicht im Berichtsjahr.	400
A020	Der angegebene Wert zum Entlassungsmonat liegt nicht im Berichtsjahr.	500
A021	Der angegebene Wert zur Lokalisation ist nicht "0" oder "1".	500, 600
A022	Die Diagnose entspricht nicht den formalen Anforderungen (1.Stelle = A-Z; 2.-3. Stelle = numerisch; 4. - 7. Stelle = Zahlen: 0 bis 9 und vorgegebene Sonderzeichen ("!", ".", "*", "+", "-" und "#" ²); Gesamtlänge mind. 3, max. 7 Stellen).	500, 600
A023	Die Versichertentage des Pseudonym sind gleich Null.	100, 111
A024	Der angegebene Wert zum Quartal ist nicht "1", "2", "3" oder "4".	600
A025	Der angegebene Wert zur Qualifizierung ist nicht "V", "Z", "A", "G" oder "0".	600
A026	Die Prüfsumme stimmt nicht mit der Summe des letzten Datenfeldes über alle Datensätze überein.	100, 111, 400, 500, 600, 800
A027	Der Betrag Ärzte-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A028	Der Betrag Zahnärzte-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A029	Der Betrag Apotheken-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A030	Der Betrag Krankenhäuser-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A031	Der Betrag Sonstige LA-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A032	Der Betrag extrak. Blutr.-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A033	Der Betrag Krankengeld-Su stimmt nicht mit der Summe über alle Datensätze überein.	700
A034	Das Pseudonym weist EMR-Tage auf, obwohl das Alter größer als 65 ist.	100
A035	KV-NR. = 1 aber Pseudonym hat keine 38 Zeichen. KV-Nr. = 0, aber Pseudonym hat keine 19 Zeichen und/oder die ersten acht Zeichen entsprechen nicht der Betriebsnummer. ³	100, 111
A036	Die Anzahl der Tage mit permanentem Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland ist größer als die gemeldeten Versichertentage des Pseudonyms. ⁴	100
A037	Packungsanzahl der PZN = „0“.	400
A038	Der Länderschlüssel liegt nicht zwischen 00 und 16, oder entspricht nicht 99.	800, 900

² In SA500 zulässig, in SA600 nicht zulässig

³ Für das Schlüsseljahr 2009 ist für die Kassen der IS-KV eine Ausnahme vorgesehen. Für diese lautet der Fehler: KV-Nr. = 0, aber Pseudonym hat keine 19 Zeichen und/oder die ersten sieben Zeichen entsprechen nicht der von der IS-KV übermittelten 7-stellig verschlüsselten Betriebsnummernliste.

Die Prüfung wird in dieser Form erstmalig für die Austauschmeldung des Berichtsjahres 2007 durchgeführt.

⁴ Diese Prüfung gilt ab dem Meldejahr 2010. Für die Erstmeldung des Berichtsjahres 2008 lautet die Prüfung: „Der Feldinhalt des Feldes 13“ lautet nicht 999.

A039	Länderschlüssel = 00, aber Werte in Versichertentagefelder (automatische Nullsetzung)	800
A040	Die Anzahl der Tage mit Kostenerstattung (Summe der Felder 14 und 15) übersteigt die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms ⁵	100
A041	Das Pseudonym taucht mehr als einmal in der SA 100 und/oder 111 auf. Alle betroffenen Datensätze werden gelöscht.	100, 111
A042	Der Wert des Stichprobenkennzeichens ist nicht 0 oder 1. ⁶	100
A043	Der Wert des Kennzeichens „letzter Tag im Berichtszeitraum“ ist nicht 0 oder 1. ⁷	111
A044	Zur Zeit nicht belegt	----
A045	Das Kennzeichen „Diagnosequelle“ liegt nicht zwischen 1 und 3. ⁸	600

Kapitel 3: Stufe B - Datenprüfungen

Nach erfolgreich durchlaufener technischer Prüfung werden die Daten im Anschluss der eigentlichen Datenprüfung unterzogen. Die Ebene der Datenprüfungen überwacht die logischen Zusammenhänge zwischen den Satzarten und dient dazu sicherzustellen, dass sich die Daten sinnvoll aggregieren lassen. Sie ist in zwei Schritten aufgebaut. Der erste beschäftigt sich pseudonymbezogen mit der Kompatibilität der Satzarten untereinander. Die zweite prüft die Kompatibilität der Satzarten untereinander auf Kassenebene. Abbildung 2 verdeutlicht das weitere Vorgehen.

Pseudonymbezogener Abgleich der Satzarten

Dieser Abgleich betrifft insbesondere die Satzarten 100, 111, 700 und 800. Ein Fehler auf dieser Ebene kann eine Löschung oder Änderung der betroffenen Datensätze nach sich ziehen. Für den Fall, dass eine Fehlerhäufung bei einer Krankenkasse auffällt, wird das BVA den GKV-Spitzenverband kontaktieren, um die Ursache zu klären und ggf. eine Neulieferung zu veranlassen. In diesem Fall wird die **komplette Satzart** neu geliefert und ersetzt die bisher übermittelten Daten. Für den Fall, dass eine Neulieferung nicht möglich ist, wird mit den Datensätzen nach der unten aufgeführten Fehlerübersicht verfahren.

Übersicht der pseudonymbezogenen Fehler:

<i>Fehler</i>	<i>SA</i>	<i>Variable / Beschreibung</i>	<i>Fehlerdefinition</i>	<i>Konsequenz</i>
B001	100	Verstorbener im Folgejahr lebendig	Pseudonym taucht im Folgejahr in den Kassendaten wieder auf, obwohl es im Vorjahr als verstorben geführt wird. (Gilt auch für Kassenwechsler).	Hinweis, verstorben auf „0“ setzen

⁵ Gilt ab dem Meldejahr 2010. Für die Erstmeldung des Berichtsjahres 2008 lautet die Prüfung: „Der Feldinhalt des Feldes 14 oder 15 lautet nicht 999“.

⁶ Diese Prüfung gilt ab dem Meldejahr 2009 ab der Erstmeldung für das Berichtsjahr 2008.

⁷ Diese Prüfung gilt erstmalig für die Erstmeldung des Berichtsjahres 2009 (Berichtszeitraum Januar bis Juni 2009)

⁸ Die Prüfung gilt erstmalig für die Erstmeldung des Berichtsjahres 2008.

B002	100, 111	Versichertentage Pseudonym > 365/366 bzw. 181/182 bei SA111 für den Zeitraum Jan bis Juni	Nach Aggregation auf GKV-Ebene wurden für das Pseudonym, das aus einer einheitlichen KV-Nr. erzeugt wurde, mehr als 365/366 bzw. 181/182 Versichertentage ausgewiesen.	Hinweis, Klärung, ggf. sonst für Stichprobe proportionale Kürzung von VT, EMT und DMPT ⁹
B003	100, 111	Abweichung in Alter oder Geschlecht (zeitgleich)	Das Pseudonym weist nach Aggregation auf GKV-Ebene Abweichungen in Alter oder Geschlecht auf. (Prüfung erfolgt innerhalb einer Satzart eines Berichtsjahres)	Löschung Datensatz
B004	800	Versichertentage Pseudonym > 365/366	Die Summe der Versicherungstage (nach Aggregation auf GKV-Ebene) der Felder 6-8 (VG 1, 2 u. 4/5), bzw. 9-14 (DMP 1 bis 6) ist größer als 365 (im Schaltjahr 366) Tage.	Löschung Datensatz
B005	100, 800	Abweichung DMP-Tage	Die Summe der DMP-Tage (nach Aggregation auf GKV-Ebene) in SA 800 (Felder 9-14) ist größer als die SA 100 ausgewiesenen DMP-Tage.	Löschung Datensatz
B006	100, 800	Abweichung EMR-Tage	Die Anzahl der Tage (nach Aggregation auf GKV-Ebene) in Feld 8 ist größer als die in SA 100 ausgewiesenen EMR-Tage.	Löschung Datensatz
B007	100, 111	Abweichung in Alter oder Geschlecht (Jahreswechsel)	Das Pseudonym weist über den Jahreswechsel auf GKV-Ebene Abweichungen in Alter oder Geschlecht auf.	Löschung Datensatz
B008	100, 700	Stichprobendatensatz unvollständig	Für ein Pseudonym mit Stichprobenkennzeichen in der SA 100 ist kein Datensatz in der Satzart 700 gemeldet.	Hinweis. Fehlerbehandlung nach Klärung mit GKV-SV, ggf. Löschung für Stichprobe, wenn Klärung nicht möglich
B009	111	Kennzeichen „zuletzt versichert“	Das Kennzeichen „zuletzt versichert“ taucht für den Versicherten mehrfach auf.	Löschung Datensatz
B010	100	Stichprobenkennzeichen	Das Pseudonym mit Stichprobenkennzeichen taucht bei einer anderen Kasse ohne StKZ auf oder umgekehrt	allgemein: Hinweis, aber Löschung für Stichprobendatensatz
B011 ¹⁰	100, 700	Ausgaben HLB 6	Das Pseudonym weist in Satzart 700 Ausgaben im HLB 6 aus, in Satzart 100 liegen aber keine Tage mit KG-Berechtigung vor	allgemein: Hinweis, aber Löschung für Stichprobendatensatz

⁹ Ab dem Meldejahr 2010 findet für die davon betroffenen Pseudonyme der Satzart 100 eine Löschung der entsprechenden Datensätze des betroffenen Berichtsjahres statt.

¹⁰ Gilt ab dem Berichtsjahr 2009.

Kassenbezogener Abgleich der Satzarten

In diesem Schritt wird überprüft, ob systematische Fehler im Abgleich der Satzarten 100, 400, 500 und 600 mit der Satzart 700 vorliegen. Für den Fall, dass ein solcher Fehler auftritt, klärt das BVA mit dem GKV-Spitzenverband, ob eine Unplausibilität vorliegt und wenn ja, ob die Daten neu geliefert werden können. Für den Fall, dass letzteres nicht möglich ist, entscheidet das BVA nach Anhörung des GKV-Spitzenverband darüber, ob die **Fehlerverletzung so gravierend** ist, dass **sämtliche Daten der Kasse aus dem Verfahren für die Erstellung des Stichprobendatensatzes zur Ermittlung der Kostengewichte ausgeschlossen** werden.¹¹ In diesem Fall werden die betroffenen Datensätze gelöscht und die übrigen Daten wieder dem Verfahren zugeleitet. Für den Fall, dass eine Neulieferung möglich ist, wird auch in diesem Fall die **komplette Satzart** neu geliefert und ersetzt die bisher übermittelten Daten.

Übersicht der kassenbezogenen Fehler:

<i>Fehler</i>	<i>SA</i>	<i>Variable / Beschreibung</i>	<i>Fehlerdefinition</i> ¹²	<i>Konsequenz</i>
BK01	100	Ausschöpfungsquote Versicherungstage auffällig	Die Ausschöpfungsquote der Versicherungstage einer Kasse ist unplausibel. ¹³	Hinweis, ggf. Ausschluss der Kasse
BK02	700	Ausschöpfungsquote der Leistungsaus- gaben auffällig	Die Ausschöpfungsquote der Leistungs- ausgaben einer Kasse ist unplausibel. ¹⁴	Hinweis, ggf. Ausschluss der Kasse
BK03	100	Persistenz der Pseudonyme od. Quote Kassenwechsler auffällig	Der Anteil der Pseudonyme des Vorjahres, die auch im Ausgleichsjahr bei derselben Krankenkasse gemeldet werden, oder die Quote der Kassenwechsler weisen auf einen Fehler beim Pseudonymisierungsverfahren hin. Krankenkassen werden dabei einheitlich auf dem Fusionsstand des Ausgleichsjahres betrachtet.	Hinweis, ggf. Ausschluss der Kasse
BK04	400, 700	Abgleich Ausgaben unstimmig	Bei mehr als x^{krit} % der Versicherten einer Kasse wurden Ausgaben im HLB Apotheke der SA 700 vermerkt, obwohl im gleichen Jahr keine Rezepte in SA 400 gemeldet wurden. Bzw. bei mehr als x^{krit} % der Versicherten einer Kasse sind keine Ausgaben in SA 700 vermerkt, obwohl Rezepte geltend gemacht wurden.	Hinweis, ggf. Ausschluss der Kasse

¹¹ Aus dem Verfahren ausgeschlossen bedeutet in diesem Falle, dass die Daten dieser Kassen nicht für die Berechnungen der Morbiditätszuschläge (Regression) verwendet werden. In die Berechnungen der Zuweisungen (Beitragsbedarf der Kasse) fließen die Daten, die auf Ebene des einzelnen Pseudonyms fehlerfrei geblieben sind, dennoch ein.

¹² Der in dieser Spalte kritische Wert x^{krit} wird nach Eingang der Daten ermittelt. Er ergibt sich aus dem Durchschnitt der jeweils relevanten Variable über alle Kassen zuzüglich der zweifachen Standardabweichung.

¹³ Die entsprechenden Prüfkriterien beziehen sich auf die Grenzwerte, so wie sie nach Anhörung mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt wurden.

¹⁴ Die kritischen Grenzen der Ausschöpfungsquoten werden in der Anhörung des GKV-SV zur Datenlieferung festgelegt.

BK05	500, 700	Abgleich Ausgaben unstimmig	Bei mehr als x^{krit} % der Versicherten einer Kasse wurden in der SA 500 Diagnosen gestellt, aber in SA 700 des gleichen Jahres für den HLB KH keine Ausgaben geltend gemacht. Bzw: bei mehr als x^{krit} % der Versicherten einer Kasse wurden in der SA 700 für den Bereich KH Ausgaben geltend gemacht, obwohl keine Diagnosen, keine Behandlung od. stationäre Anschlussreha in SA 500 des gleichen Jahres angezeigt wurden.	Hinweis, ggf. Ausschluss der Kasse
BK06	600, 700	Abgleich Ausgaben unstimmig.	Bei mehr als x^{krit} % der Versicherten einer Kasse wurden in der SA 600 Diagnosen gestellt, aber in SA 700 des gleichen Jahres für den HLB Ärzte keine Ausgaben geltend gemacht. Bei mehr als x^{krit} % der Versicherten einer Kasse wurden in der SA 700 für den ambulanten Bereich Ausgaben geltend gemacht, obwohl keine Diagnosen in SA 600 des gleichen Jahres angezeigt wurden.	Hinweis, ggf. Ausschluss der Kasse

Übersicht über Hinweise:

Hinweiskode	Satzart	Variable / Beschreibung	Definition	Konsequenz
BH01	100	Verstorben	Im selben Jahr ist das Pseudonym nach Aggregation auf GKV-Ebene als lebend und als verstorben im Datensatz enthalten. (Kassenwechsler ist verstorben).	Hinweis
BH02	100	Erwerbsminderung unplausibel	Das Pseudonym weist Erwerbsminderungstage auf, obwohl das Alter < 20 ist.	Hinweis
BH03	111	Verstorben	Versicherter ist bei mehr als einer Krankenkasse verstorben	Hinweis
BH04	111	Verstorben; letzter Tag im Berichtszeitraum = 1	Versicherter am letzten Tag des Berichtszeitraumes verstorben	Hinweis

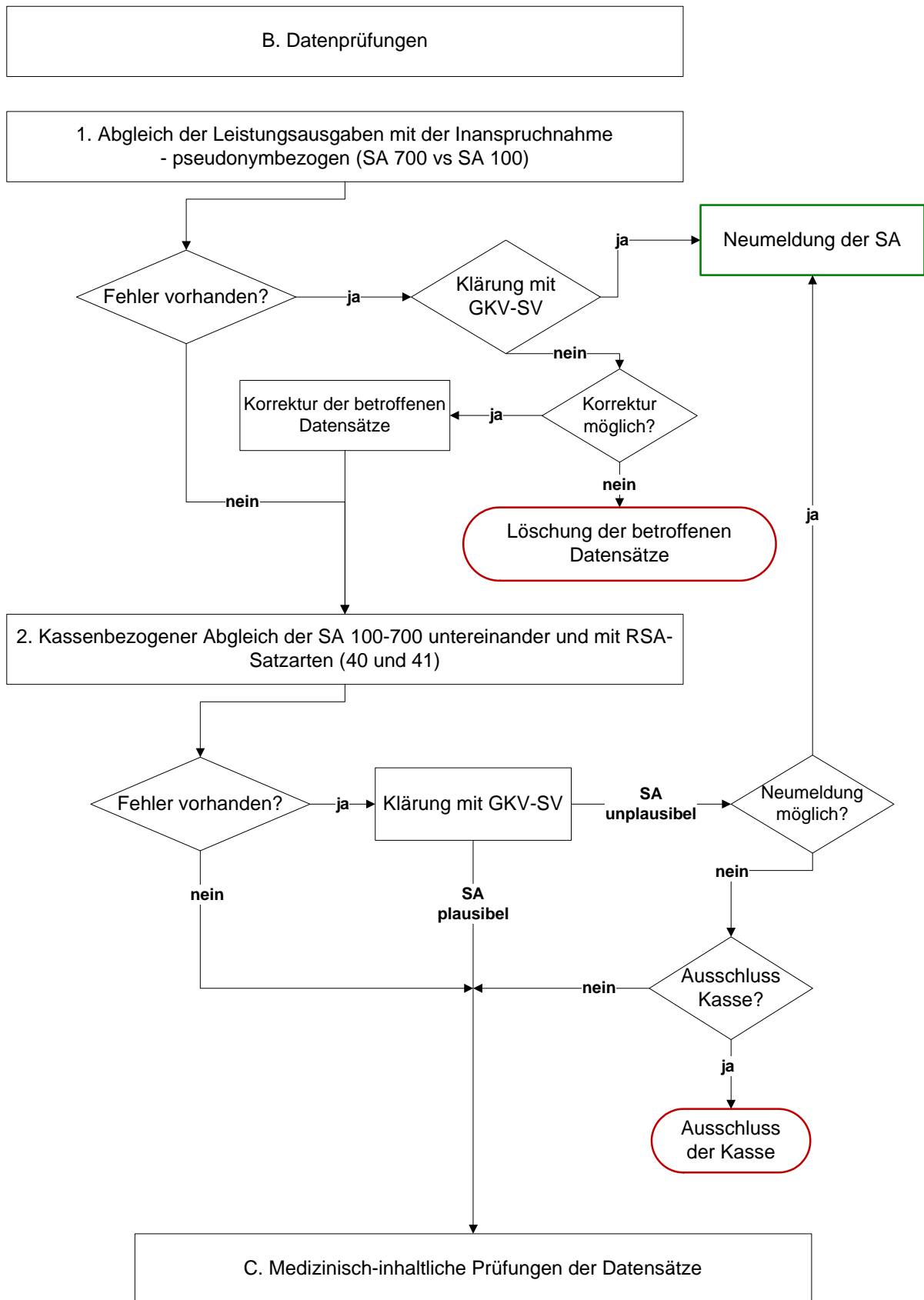


Abbildung 2: Ablauf der Datenprüfung

Kapitel 4: Stufe C - Medizinisch-inhaltliche Prüfungen

Auf dieser Stufe werden medizinisch-inhaltlichen Prüfungen vorgenommen. Dies betrifft insbesondere die Überprüfung, ob die übermittelten Codes (ICD/PZN) im Berichtsjahr gültig sind, sowie den Abgleich mit den Versichertenstammdaten aus der SA 100. Auch in diesem Fall gilt wieder, dass die Häufung von Fehlern in diesem Bereich bei einer Krankenkasse zu einer Rücksprache des BVA mit dem GKV-Spitzenverband führt, in der geklärt wird, ob eine Neulieferung fehlerfreier Daten möglich ist. In diesem Fall müssen die betroffenen Satzarten **vollständig neu geliefert** werden. Für den Fall, dass dies nicht möglich ist, werden die entsprechenden Datensätze gelöscht.

Bei Diagnoseangaben ist für Diagnosedaten eines Jahres die ICD-10 GM Version des jeweiligen Jahres zugelassen. Für stationäre Diagnosedaten ist wegen der Kodierpraxis der Jahresüberlieger auch die ICD-10-GM Version des Vorjahres zugelassen. So wären für die ambulanten Diagnosen des Jahr 2008 die Versionen ICD-10-GM Version 2008 akzeptabel, für die stationären hingegen die für 2007 und 2008. Grundlage der Prüfungen sind die Listen, wie sie in den Metadateien vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG für das jeweilige Jahr herausgegeben wurden.¹⁵ Ambulante und stationäre Diagnosen werden basierend auf den Schlüsseln, die vom DIMDI gemäß §§ 295, 301 SGB V veröffentlicht werden, geprüft. Sonderzeichen („+“, „*“, „!“, „#“) sind analog zur Vereinbarung, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Verband der privaten Krankenversicherung und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu den Kodierrichtlinien zum § 301 SGB V getroffen wurde, weiterzugeben. Der Trennpunkt („.“) kann angegeben werden.

Beispiele (ICD-10-GM Version 2008):

A35.	o.k.
A041	o.k.
A41.51	o.k.
A4151	o.k.
A415	für ambulante Diagnosen: o.k. für stationäre Diagnosen: Fehler - Nicht terminaler Code für Diagnose nach § 301 SGB V.
X77	Fehler: Diagnose unbekannt.

Übersicht der Fehler:

Fehler	SA	Beschreibung	Fehlerdefinition	Konsequenz
C001	400	PZN ungültig	PZN entspricht keinem gültigen Code (entsprechend dem GKV-Arzneimittelindex des WIDO).	Löschung Datensatz
C002	500, 600	ICD ungültig	ICD entspricht keinem für den Bereich gültigen Code (Merkmal nach DIMDI-Metadatei entspricht nicht „O“, „P“, „Z“).	Muss-Fehler: Löschung DS
C003	500, 600	ICD unstimmig	Der Abgleich zwischen ICD-Code und Versichertenstammdaten ergab eine Unstimmigkeit (Kann-Fehler) für entweder	Hinweis

¹⁵ Die entsprechenden Meta-Dateien finden sich im Downloadcenter des DIMDI unter: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm> .

			Alter oder Geschlecht (entsprechend der DIMDI-Liste).	
C004	500, 600	ICD unstimmg	Der Abgleich zwischen ICD-Kode und Versichertenstammdaten ergab einen Muss-Fehler für entweder Alter oder Geschlecht (entsprechend der DIMDI-Liste).	Löschung DS
C005 ¹⁶	400	PZN Zulassungsfehler	Das Verordnungsdatum der PZN ist unplausibel (entsprechend dem GKV-AI in der Version vom Dezember des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres).	Löschung DS
C006	500	Primärkode unstimmg	Der Diagnosekode der Hauptdiagnose ist nicht zur Primärverschlüsselung zugelassen (DIMDI-Merkmal <> „P“)	Löschung DS

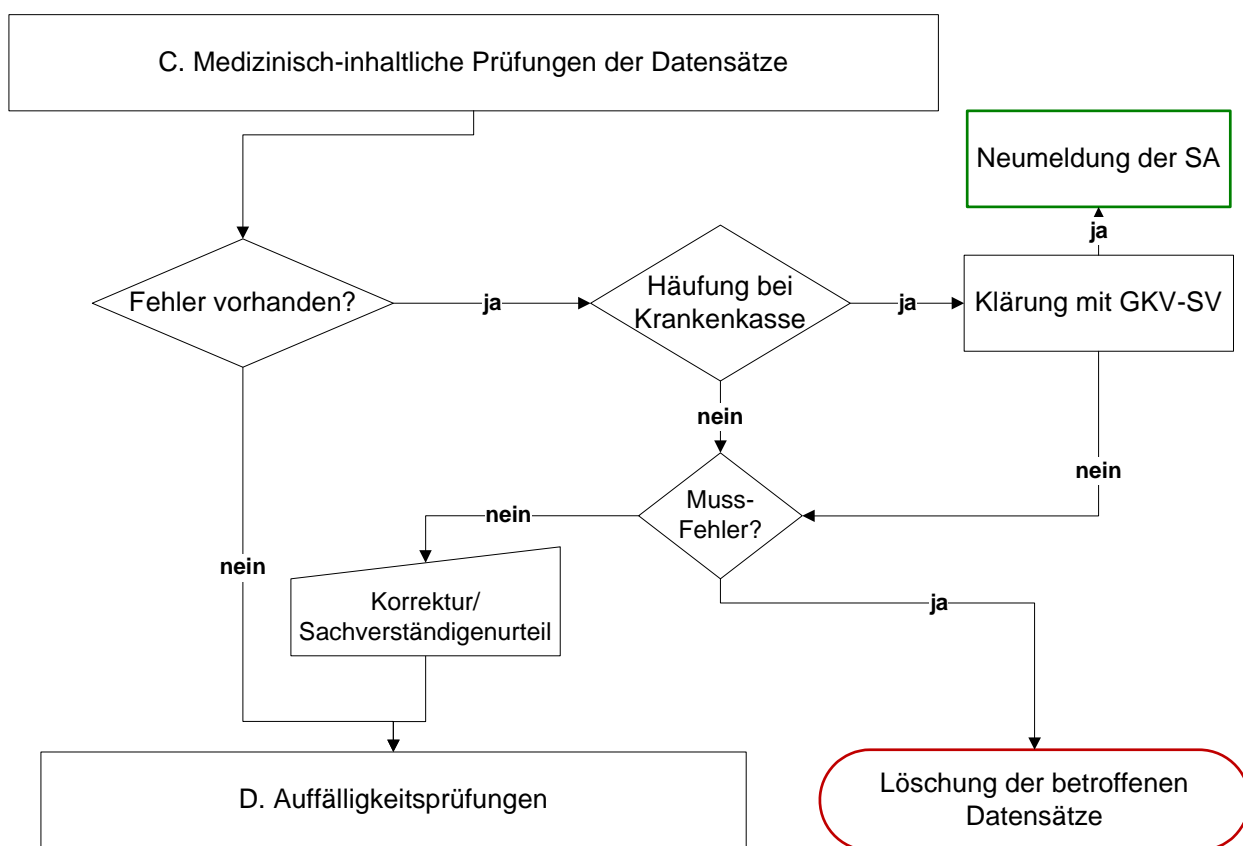


Abbildung 3: Ablauf der medizinisch-inhaltlichen Prüfungen

¹⁶ Die Prüfung der Fehleroutine lautet: das Verordnungsdatum liegt weiter zurück als das Marktzugangsdatum abzüglich eines Monats.

Kapitel 5: Stufe D - Auffälligkeitsprüfungen

Auf der letzten Stufe werden die Daten auf sonstige Auffälligkeiten überprüft. Dazu dienen Kennzahlen, welche die Charakteristika der gelieferten Daten zusammenfassen. Dies betrifft zum einen die Prüfungen auf Pseudonymebeine, als auch einen Abgleich der gemeldeten Daten mit den im Jahresausgleich gemeldeten Daten der SA 40 und den aggregierten Meldungen des Vorjahres. Wenn Auffälligkeiten auf Kassenebene bemerkt werden, hält auch hier das BVA mit dem GKV-Spitzenverband Rücksprache, um die Ursachen zu klären.

Übersicht der Prüfungen:

Warnung	Beschreibung	SA	Prüfroutine
D001	Auffällige Häufung von PZN	400	Anzahl Packungen je Pseudonym, weicht vom Kassennittelwert um mehr als drei Standardabweichungen nach oben ab.
D002	Auffällige Häufung von Diagnosen	500, 600	Die Anzahl der Diagnosen pro Pseudonym weicht vom Kassennittelwert um mehr als drei Standardabweichungen nach oben ab.
D003	Auffällige Häufung von KH-Aufenthalten	500	Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte (KH-Aufenthalte mit Diagnoseart=1) weicht um mehr als drei Standardabweichungen von den durchschnittlichen KH-Aufenthalten nach oben ab.
D004	Abgleich SA 100 und 40 unstimmig	100, 40	Der Anteil einer bestimmten Versicherungsgruppe (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungstatus, DMP-Tage) in SA 100 weicht um mehr als 5%-Punkte von dem in SA 40 gemeldeten Anteil ab.
D005	Prävalenz auffällig	600	Die Prävalenz einer Krankheit weicht um mehr als 10% Punkte von der im Vorjahr gemeldeten Krankheitsprävalenz ab.
D006	Anteil Krankheitsfilterdiagnosen	500, 600	Der Anteil der krankheitsfilterrelevanten Diagnosen übersteigt, den Anteil der Vorjahreszeiträume oder die Veränderung in der GKV in auffälliger Weise.
D007	Anteil m2Q	600	Der Anteil der m2Q-validierten Diagnosen der Kasse überschreitet den Anteil der Vorjahre oder die durchschnittliche Veränderung in der GKV in auffälliger Weise.
D008	Abgleich Beiträge Bezieher ALG I unstimmig	900, KJ1	Summe der Beiträge über alle Länder der Kasse stimmt nicht mit der in der Schlüssel-Nr. 2011 der KJ1 gemeldeten Beträge überein
D009	Abgleich gemeldete Bezieher ALG II unstimmig	900, KM1	Summe der gemeldeten Bezieher von ALGII über alle Länder der Kasse stimmt nicht mit der in der Schlüssel-Nr. 10031 der KM1 zum 01.07. gemeldeten Bezieher überein
D010	Abgleich Beiträge versicherungspflichtiger Studenten unstimmig	900, KJ1	Summe der Beiträge über alle Länder der Kasse stimmt nicht mit der in der Schlüssel-Nr. 2040 der KJ1 gemeldeten Beträge überein.

D011	Abgleich Künstlersozialkasse unstimmig	900, KJ1	Summe der Beiträge über alle Länder der Kasse stimmt nicht mit der in der Schlüssel-Nr. 2400 der KJ1 gemeldeten Beiträge überein.
D012	Abgleich Beiträge freiwilliger Mitglieder	900, KJ1	Summe der Beiträge über alle Länder der Kasse stimmt nicht mit der in der Schlüssel-Nr. 2100 und 2300 der KJ1 gemeldeten Beträge überein.
D013	Länderkennzeichen unstimmig	100, 800	Das Pseudonym mit „Auslandsversichertentage > 182“ weist in SA 800 nicht das Länderkennzeichen „00“ auf. ¹⁷

¹⁷ Die Prüfung gilt ab dem Meldejahr 2010.