

Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich

Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen,
Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale
für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
in der gesetzlichen Krankenversicherung

im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung

Anhang 2

Definition der zu übermittelnden Daten (Dokumentation basierend auf Version 2.2 der Datenanforderungen mit Stand vom 26.05.2003)

von

Peter Reschke, Dr. Stephanie Sehlen, Guido Schiffhorst, Wilhelm F. Schräder

(Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES), Berlin)

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach
(Universität Köln)

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem
(Universität Duisburg / Essen)

unter Mitarbeit von

Corinne Behrend (Universität Duisburg / Essen)

Dr. Bernd Deckenbach (IGES)

Dirk Gómez (IGES)

Dr. Stefan Greß (Universität Duisburg / Essen)

Dr. Ariane Höer (IGES)

Dr. Jürgen Hofmann (IGES)

Dr. Markus Lüngen (Universität Köln)

Dr. Andreas Ryll (IGES)

Susanne Steffen (IGES)

Dr. Stephanie Stock (Universität Köln)

Karsten Tolksdorff (Universität Duisburg / Essen)

Vorbemerkung

Diese Dokumentation beschreibt die mit den datengebenden Stellen abgestimmten Datenanforderungen für das Gutachten nach § 268 SGB V. Sie ist materiell identisch mit der den Verbänden und Kassen im Mai 2003 übergebenen Version 2.2.

In den Datenanforderungen sind die Besprechungsergebnisse der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände mit BVA, BfA, BMGS und IGES vom 12. März bis zum 19. November 2002 sowie die Vertragsverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden und der KBV bis zur Version 1.12 der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern berücksichtigt.

Die in den Anforderungen genannte Übermittlung von Daten aus dem ersten Halbjahr 2003 stand unter dem Vorbehalt, dass die Spitzenverbände der am RSA teilnehmenden Krankenkassen bis zum 30.06.2003 bestimmt hätten, dass sich die Stichprobenerhebung auf das erste Halbjahr 2003 erstreckt. Ein entsprechender Beschluss kam allerdings nicht zustande, Daten aus 2003 wurden den Gutachtern nicht zur Verfügung gestellt.

Die Vorgaben an Prüfung, Weiterleitung und Bereitstellung der KZV-Daten sind in dieser Dokumentation enthalten, ohne dass die erforderlichen Vertragsänderungen zum Datenaustausch zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sowie eine Technische Anlage dazu beschlossen wurden. Die Daten des Abschnitts 4 wurden den Gutachtern aufgrund der fehlenden vertraglichen Grundlage auch nicht zur Verfügung gestellt.

Die in der Dokumentation genannten Auswahlsätze und Datenanforderungen für RSA-wirksam eingeschriebene DMP-Teilnehmer waren für die Datenübermittlungen unerheblich, da zum Abschluss der Stichprobenziehung die Einschreibequoten noch keine nennenswerten Größenordnungen erreicht hatten. Für das Gutachten wurden daher weder zusätzliche Stichprobenversicherte mit DMP-Einschreibung noch Daten zur DMP-Teilnahme übermittelt.

Die Vorlagetermine für die Datenlieferungen der KVen wurden in Abstimmung mit BMGS und Verbänden auf spätere Termine als die in dieser Do-

kumentation aufgeführten festgesetzt, da sich andernfalls zu geringe Stichprobenquoten ergeben hätten.

Die Gutachter möchten an dieser Stelle allen Beteiligten, insbesondere den Experten der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände, aufs Herzlichste für die konstruktive Zusammenarbeit danken, ohne die die Erarbeitung des Stichprobendesigns und dessen erfolgreiche Umsetzung nicht möglich gewesen wären.

Inhaltsübersicht

1	Überblick über die Tabellen und ihre Vorlagetermine.....	8
2	Auswahl der Stichprobenversicherten, Identifikation ihrer Abrechnungsdaten und Vorgaben zur Pseudonymisierung.....	15
2.1	Auswahl der Stichprobenversicherten	15
2.1.1	Vorbemerkung.....	15
2.1.2	Konkretisierung der Auswahl.....	16
2.2	Identifikationsmerkmale von Stichprobenversicherten	17
2.3	Übersicht über die Aktivitäten der Kassen	17
2.4	Pseudonymisierung	19
2.5	Vorgaben für fusionierte Kassen	23
2.6	Muster für eine kasseninterne Tabelle.....	23
2.7	Erfassung von Abrechnungsdaten der Stichprobenversicherten	28
2.8	Übersicht über die Kassenaktivitäten	28
3	Datenübermittlungen der Kassen an die KVen, KZVen	30
3.1	Allgemeine Erläuterungen	30
3.2	Datensatzbeschreibungen	31
3.3	Aktivitäten von Kassen, Verbänden und KVen.....	32
4	Datenübermittlungen der KZVen an die Kassen	37
4.1	Allgemeine Erläuterungen	37
4.2	Übersicht über die Aktivitäten der KZVen.....	38
4.2.1	Datenerfassung	38
4.2.2	Plausibilitätsprüfung.....	39
4.2.3	Übermittlung	39
4.3	Datensatzbeschreibungen	41
5	Datenübermittlungen der KVen an die Kassen	42
5.1	Allgemeine Erläuterungen	42
5.2	Übersicht über die Aktivitäten der KVen	45
5.2.1	Datenerfassung	45
5.2.2	Übermittlung	45
5.3	Datensatzbeschreibungen	48
6	Übermittlung der Schlüsselverzeichnisse	52
7	Datenübermittlungen der Kassen über die Bundesverbände an das Bundesversicherungsamt	53
7.1	Allgemeine Erläuterungen	53

7.1.1	Verknüpfbarkeit der Daten	54
7.1.2	Technische Vorgaben	57
7.2	Individualdaten der Versicherten je Berichtsperiode	58
7.3	Stationäre Behandlung der Stichprobenversicherten	61
7.4	Ambulante und zahnmedizinische Behandlung der Stichprobenversicherten	67
7.5	Weitere Leistungsdaten der Versicherten	67
7.6	Datenprüfungen vor Weiterleitung	72
7.6.1	Weiterleitungsregeln	72
7.6.2	Formalprüfungen bezüglich der Feldinhalte	74
7.6.3	Formalprüfungen bezüglich der Verknüpfbarkeit von Tabellen	84
7.7	Erhebungszeitpunkte	86
7.8	Vorlagetermine	86
8	Übermittlungen der Bundesverbände an das BVA	88
8.1	Prüfungsebenen	88
8.2	Entgegennahme der Kassendaten, Formalprüfungen und Datentransformationen	92
8.3	Entgegennahme von Daten der KVen und KZVen, Formal- und Plausibilitätsprüfungen und Datentransformationen	95
8.3.1	Datentransformationen	95
8.3.2	Formalprüfungen bezüglich der Feldinhalte	95
8.3.3	Formalprüfungen bezüglich der Verknüpfbarkeit von Tabellen	101
8.3.4	Plausibilitätsprüfung	102
8.4	Berechnung von Ausschöpfungsquoten	105
8.5	Ausschöpfungsquoten nach Hauptleistungsbereichen und Kassengruppen	107
8.6	Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen	109
8.6.1	Standardprüfungen	109
8.6.2	Vertiefte Prüfungen	114
8.7	Weiterleitungsstatus und Übermittlung	117
9	Datenbereitstellungen von BVA und BfA	120
9.1	Schlüsselverzeichnisse	120
9.2	BVA-Daten	125
9.3	Prüfungen an Datenübermittlungen	126
9.3.1	Formalprüfung der Feldinhalte bei Individualdaten	126
9.3.2	Formalprüfung der Feldinhalte bei verdichteten Daten und Schlüsselverzeichnissen	140
10	Anhang	141
10.1	Bedingungen an die Pseudonymvergabe	141
10.2	Schlüsselungen der direkt abgerechneten Arzneimittel	142
10.3	Schlüsselungen bei unbekannter oder ungültiger Diagnose	143

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Satzart 111 – Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle Versicherte (PZT).....	31
Tabelle 2: Satzart 211 – Zahnärztliche Vergütung (KZVFall)	41
Tabelle 3: Satzart 311 – Ambulante Abrechnungen (KVFall)	48
Tabelle 4: Satzart 312 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KVFallD)....	50
Tabelle 5: Satzart 313 – Gebührenpositionen der ambulanten Behandlung (KVFallG).....	51
Tabelle 6: Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)	58
Tabelle 7: Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall).....	62
Tabelle 8: Satzart 413 – Diagnosen der stationären Behandlung (KHFallD)....	64
Tabelle 9: Satzart 414 – Entgelte der stationären Behandlung (KHFallE)	65
Tabelle 10: Satzart 415 – Im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operationen (KHFallO).....	66
Tabelle 11: Satzart 416 – Arzneimitteldaten (AM)	68
Tabelle 12: Satzart 417 – Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld (AUKG).....	70
Tabelle 13: Satzart 511 – Kassen-Statistiken (KGS)	90
Tabelle 14: Satzart 512 – Ausschöpfungsquoten in Hauptleistungsbereichen (AQ)	107
Tabelle 15: Satzart 513 – Status der nicht übermittelten Daten (STA)	118
Tabelle 16: Satzart 611 – Kassen-Betriebsnummern und Zuordnung zu RSA-IKs (BetrNr).....	122
Tabelle 17: Satzart 612 – RSA-IKs (RSAIK).....	123
Tabelle 18: Satzart 613 – Fusionen (FUS).....	124

1 Überblick über die Tabellen und ihre Vorlagetermine

Der im Folgenden beschriebene Datenumfang entspricht dem im § 268 SGB V Abs. 3 aufgeführten. Es sind Daten über die Berichtsperioden 2001 und 2002 – jeweils vollständige Kalenderjahre – zu übermitteln. Ob einige der im Folgenden aufgeführten Tabellen auch für das erste oder die beiden ersten Quartale 2003 erstellt und übermittelt werden, wird erst nach der Prüfung der Daten des Jahres 2001 entschieden. Die Übermittlungen für die Berichtsperioden 2001 und 2002 werden im Folgenden Tranche 1 bzw. 2 genannt.

Für die Durchführung der Untersuchung sind versichertenindividuelle Daten, nicht jedoch personenbezogene Daten erforderlich. Die folgenden Ausführungen gehen davon aus, dass Leistungserbringer zur Vorbereitung ihrer Datenlieferungen von den Kassen Tabellen erhalten, die die Stichprobenversicherten abschließend identifizieren und jedem dieser Versicherten ein eindeutiges *Pseudonym* zuordnen (vergleiche Abschnitt 2.4). Entsprechende Tabellen dienen auch den einzelnen Kassen als Auswahl- und Pseudonymisierungslisten.

Die Dateien iVJ bis AUKG (in der Reihenfolge von Überblick 1) sind nach diesen Pseudonymen differenziert (anonyme Individualdaten). Die Struktur der Daten ist im Folgenden so vorgegeben, dass bei Einhaltung der Chiffrierungen, Kodierungen und Übermittlungen sämtliche Daten zu einem Versicherten über das Pseudonym verknüpfbar bleiben, solange der Versicherte seine Kasse (und den Rechtskreis) nicht wechselt. Diese Verknüpfbarkeit muss Leistungsbereichs- und periodenübergreifend sein. Die Tabelle PZT ordnet den Stichprobenversicherten diese Pseudonyme zu.

Die Datei PZT ist von den Kassen an die KVen (KZVen) zu übermitteln, die Dateien iVJ bis AUKG von den Kassen über ihre Spaltenverbände an das Bundesversicherungsamt (BVA).

Die Dateien bpE und folgende sowie KGS, AQ und STA enthalten keine Individualdaten, sondern stellen aggregierte Statistiken je Einzelkasse, Rechtskreis (AQ: je Gruppe von Kassen) und Periode dar. Sie sind über die Betriebsnummer der Kasse (zu einem festgelegten Stichtag) untereinander und mit den Individualdaten-Tabellen verknüpfbar. Sie werden den BMG-Gutachtern von den Verbänden bzw. dem BVA zur Verfügung gestellt.

Die BfA transformiert die Betriebsnummern in die sogenannten "RSA-IKs", für die sie die Fusionshistorie pflegt. Damit können die Daten des Zweijahresbestandes auch nach Kassenfusionen verknüpft werden. Um die Eindeutigkeit anonymer Personen und damit die längsschnittliche Verknüpfbarkeit von Individualdaten auch bei einer Kassenfusion zu ermöglichen, wird das Versicherten-Pseudonym (vergleiche Abschnitt 2.4) aus einer Übermittlungskennung ("Welle"), einer "eingefrorenen" Betriebsnummer und einer nicht sprechenden Kennung des Versicherten ("Chiffrat") zusammengesetzt.

Die Tabellen EBM bis FUS enthalten Schlüsselungen, die Dateien PTW und RP stellen GKV-Gesamtergebnisse dar.

In der folgenden Übersicht sind die zwischen Kassen, KVen, KZVen, Verbänden, BVA, BfA und den Gutachtern auszutauschenden Tabellen zusammengestellt. Die nur kassenintern verwendete Auswahl- und Identifikationstabelle des Abschnitts 2 ist in der Übersicht nicht aufgeführt.

Jede Zeile der Übersicht enthält Angaben über eine Datei:

- Benennung, Satzart und Kürzel der Tabelle,
- Verweis auf den Abschnitt dieses Dokuments, der die logische Spezifikation der Tabelle enthält,
- zeitlicher Bezug der Tabelle,
- Übermittlungsfrequenz (in beiden Tranchen oder nur in einer),
- Zeitpunkt der (gegebenenfalls ersten) Tabellenübermittlung,
- Kurzbeschreibung des Tabelleninhalts bzw. Anmerkungen.

Die Vorgaben zu den einzelnen Tabellen finden sich in den Abschnitten 3 ff. Abschnitt 2 beschreibt die in den Kassen zu leistende Auswahl und Pseudonymisierung der Stichprobenversicherten. Alle Dateien sind als logische Tabellen beschrieben. Physikalische Beschreibungen (ggfs. mit Vor- und Nachlaufsätzen, Übermittlungsmedien, ggf. mit chiffrierten Transportdateien) werden von BVA bzw. BfA gegeben.

Alle Dateien sind in den folgenden Kapiteln gleichartig beschrieben:

- Dateiumfang (Abgrenzung der zu speichernden / zu übermittelnden Daten, Umfang und eindeutige Merkmale der Datensätze),
- Auflistung der Tabellenfelder mit Erläuterungen sowie
- gegebenenfalls Anmerkungen zur Tabelle.

Die Spalte "Feldart" in den logischen Tabellen ist folgendermaßen zu verstehen:

- M Muss-Feld (muss im Datensatz gefüllt sein)
- K Kann-Feld (im Belieben des Datenherrn)
- m bedingtes Muss-Feld (muss gefüllt sein, wenn eine bestimmte Bedingung) gegeben ist.

Überblick 1: Übersicht der auszutauschenden Tabellen

Satzart und Kürzel	Tabelle	zeitlicher Bezug	erste Übermittlung / Übermittlungsweg	Tranchen	Anmerkungen	siehe
111 PZT	Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle	Personen: 2001-2002; KV-Karten: 1995 bis 2001 (2002)	Oktober 2002: Kasse > SpiK > K(Z)BV > K(Z)V	beide, mehrere Wellen	Übermittlung quartalsweise	Tabelle 1, S. 31
411 iVJ	Jahresdaten Versicherte	diverse (Gesamtjahr bzw. Stichtag)	2002	beide		Tabelle 6, S. 58
412 KHFall	KH-Fälle	Jahr	2002	beide	Tabelle umfasst KH und AHB; Angaben zum Fall	Tabelle 7, S. 62
413 KHFallID	KH-Diagnosen	Jahr	2002	beide	Diagnosen zu KHFall	Tabelle 8, S. 64
414 KHFallE	KH-Entgelte	Jahr	2002	beide	Entgelte zu KHFall	Tabelle 9, S. 65
415 KHFallO	KH-Operationen	Jahr	2002	beide	Operationen zu KHFall	Tabelle 10, S. 66
211 KZVFall	Zahnmedizinische Abrechnungen	Quartale 2001/2002		beide	Fallwerte (Honorar und Sachkosten)	Tabelle 2, S. 41
311 KVFall	Ambulante Abrechnungen	Quartale 2001/2002	2002 KV → SpiK → BVA	beide	Fallwerte (Punkte, Sachkosten)	Tabelle 3, S. 48

Satzart und Kürzel	Tabelle	zeitlicher Bezug	erste Übermittlung / Übermittlungsweg	Tranchen	Anmerkungen	siehe
312 KVFallID	Ambulante Diagnosen	Quartale 2001/2002	2002 KV → SpiK → BVA	beide	Diagnosen zu KVFall	Tabelle 4, S. 49
313 KVFallIG	Ambulante Gebührenpositionen	Quartale 2001/2002	2002 KV → SpiK → BVA	beide	Geb.-Pos. zu KVFall	Tabelle 5, S. 51
416 AM	Arzneimittel	Jahr	2002	beide	je PZN	Tabelle 11, S. 68
417 AUKG	AU / KG	Jahr	2002	beide	Diagnose	Tabelle 12, S. 70
511 KGS	Kassen-Statistiken und Zuordnung zu Kassengruppen	mehrere Jahre	SpiK an BVA, 2002	einmalig	Kassenstatistik, keine Individualdaten	Tabelle 13, S. 90
512 AQ	Ausschöpfungsquoten	Jahr	SpiK an BVA, 2002	beide	je Kassengruppe und HLB	Tabelle 14, S. 107
513 STA	Ausschlussgründe	Jahr	SpiK an BVA, 2002	beide	Status der nicht übermittelten Daten	Tabelle 15, S. 118
EBM	EBM-Positionen (GOPs)	I/2001 bis IV/2002	2003 von IGES an BVA	beide	Quelle: AOK-BV	
PZN	Zuordnung von PZN zu ATC	Stichtag (Anfang 2002 bzw. 2003)	Frühjahr 2003 von WIdO an BVA	beide	Quelle: WIdO verantwortlich: BKK-BV	
ICD10	ICD 10 nach SGB V	2001 bzw. 2002	vom DIMDI	liegt vor	Varianten ambulant / stationär	

Satzart und Kürzel	Tabelle	zeitlicher Bezug	erste Übermittlung / Übermittlungsweg	Tranchen	Anmerkungen	siehe
OPS	Schlüssel der Operationen und Prozeduren	2001 bzw. 2002	vom DIMDI	liegt vor	verantwortlich: VdAK	
ENTG	Schlüssel der Entgeltarten	2001 bzw. 2002	Herbst 2002	2001 liegt vor	gegebenenfalls landes-spezifisch; Quelle: VdAK	
BetrNr	Umsteiger Betriebsnummer / IK	Stichtag	15.10.2002, 15.07.2003 BfA an Gutachter	beide	eingefrorenen Stände zum Stichtag 15.10.2002 bzw. 15.07.2003	Tabelle 16, S. 122
RSAIK	von BfA durchgängig verwendete IKs	Stichtag	BfA an Gutachter, 2002	beide	November 2002 bzw. Juli 2003	Tabelle 17, S. 123
FUS	Fusionstabelle	zwischen 1. und 2. Tranche	BfA an Gutachter, 2003	nur 2.	Stichtage werden mit der BfA verabredet	Tabelle 18, S. 124
bpE	beitragspflichtige Einnahmen je Kasse und RK	Jahr	2002 von BVA	beide	Kassenstatistik, keine Individualdaten	Überblick 40, S. 125
BB	Beitragsbedarf je Kasse und RK	2001	2002 von BVA	nur 1.	Kassenstatistik zur Plausibilisierung	Überblick 40, S. 125
SA 40	Satzart 40	Jahr	2002 von BVA	beide	Kassenstatistiken zur Plausibilisierung	Überblick 40, S. 125

Satzart und Kürzel	Tabelle	zeitlicher Bezug	erste Übermittlung / Übermittlungsweg	Tranchen	Anmerkungen	siehe
SA 43 m	SA 43 modifiziert	Jahr	2002 von Verbänden	beide	Kassenstatistik zur Summenabstimmung	Abschnitt 8
PTW	Pro-Tag-Werte je HLB und RK	Jahr	2002 von BVA	nur 1.	GKV-Ergebnisse	Überblick 40, S. 125
RP	Profilabsenkung durch Risikopool	2001 (für Abschlagsverfahren)	2002 von BVA	beide	GKV-Ergebnisse	Überblick 40, S. 125

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

2 Auswahl der Stichprobenversicherten, Identifikation ihrer Abrechnungsdaten und Vorgaben zur Pseudonymisierung

2.1 Auswahl der Stichprobenversicherten

2.1.1 Vorbemerkung

Die *Auswahl* der Stichprobenversicherten erfolgt dezentral – durch jede Kasse einzeln. Die *Erhebung* der versicherten individuellen Daten der Stichprobenversicherten erfolgt ebenfalls dezentral: bei Kassen, KVen, KZVen, bei von Kassen beauftragten Rechenzentren usw. Um diese dezentrale Erhebung zu ermöglichen, sollen alle beteiligten Rechenzentren über Tabellen zur Identifikation der Stichprobenversicherten verfügen. Bei kassenexternen Institutionen müssen diese Tabellen zugleich die Pseudonyme enthalten, die den einzelnen Stichprobenversicherten von ihrer Kasse zugeordnet wurden (vergleiche dazu auch Abschnitt 3).

Im Folgenden wird eine Stichprobenabgrenzung für § 268 Abs. 3 SGB V beschrieben, die

- IT-technisch einfach zu realisieren ist,
- möglichst wenige Versicherte umfasst, für die bei vielen Kassen (sowie bei den KVen) eine routinemäßige Belegerfassung nicht (oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand) durchgeführt werden kann und
- die gewährleistet, dass anonyme Individuen über mindestens zwei Jahre hinweg längsschnittlich beobachtbar sind.

Die Stichprobenabgrenzung für § 268 Abs. 3 SGB V sollte so weit wie möglich auf *unveränderlichen* Merkmalen basieren. Die längsschnittlichen Eigenschaften der Stichprobe werden bei einer derartigen Auswahl automatisch gewahrt.

2.1.2 Konkretisierung der Auswahl

Die Stichprobe wird aus zwei Teilstichproben (im Folgenden kurz "TSP") aufgebaut.

Als Teilstichprobe 1 wird die Gesamtheit derjenigen Versicherten (Mitglieder oder Mitversicherte) definiert, deren Geburtstag auf den 11. eines beliebigen Monats eines beliebigen Jahres fällt (TSP 1).

Dieses Stichprobenkonzept gewährleistet eine ca. 3%-Stichprobe der Versicherten. Diese Stichprobendefinition gilt für beide Berichtsperioden (Tranchen 1 und 2, die Zusammenhänge zwischen den Begriffen Tranche und Teilstichprobe sind in Überblick 2, Seite 19 illustriert).

Ab Tranche 2 muss als zusätzliches und *veränderliches* Abgrenzungsmerkmal noch die DMP-Einschreibung (RSA-wirksame DMP-Zugehörigkeit zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung) als Auswahlkriterium aufgenommen werden.¹

Weil abzusehen ist, dass im Frühjahr 2003 nicht genügend DMP-Stichprobenversicherte zusammenkommen werden, wird der Auswahlsatz der zusätzlichen DMP-Versicherten für Tranche 2 auf 0 % gesetzt. Die Gutachter behalten sich vor, bei einer denkbaren Übermittlung von Daten aus dem ersten Halbjahr 2003 für die TSP 2 einen höheren Auswahlsatz vorzusehen.

Die Ziehung der Stichprobenteilnehmer erfolgt also für die Teilstichprobe 1 ausschließlich über das Geburtsdatum. Ein einmal gezogener Versicherter bleibt in der Stichprobe. Versicherte, die in die Kasse aufgenommen werden (Geburten, Zugänge) und ihren Geburtstag am 11. eines Monats haben, ergänzen die Teilstichprobe 1 *laufend*. Für Tranche 2 wird die Stichprobe *einmalig* um DMP-Versicherte ergänzt.

Versicherte, die (fast) ausschließlich Kostenerstattung praktizieren, können von der Stichprobe ausgeschlossen werden.

Kassen, die in einem der beiden Rechtskreise im Jahr 2001 weniger als 1.000 Versichertenjahre (gemäß Satzart 40) aufwiesen, werden für diesen Rechtskreis von Prüfung und Übermittlung freigestellt, eine Ost- oder Westkasse mit weniger als 30 Stichprobenversicherten in der Berichtsperiode 2001 ebenso. Ein derartiger Ausschluss bleibt für die Berichtsperiode 2002 (2003) bestehen.

¹ Versicherte, die nach beiden Kriterien (TSP 1 und 2) zur Stichprobe gehören, werden unter TSP 2 (DMP-Versicherte) gefasst.

2.2 Identifikationsmerkmale von Stichprobenversicherten

Die Identifikation eines Stichprobenversicherten erfolgt in den verschiedenen Verarbeitungsstufen über verschiedene Merkmale:

- bei Kassen und von ihnen beauftragten Rechenzentren über personenbezogene Merkmale wie die (aktuelle oder auch historische) Versichertennummer,
- bei KVen und KZVen über die Kombinationen von Institutionskennzeichen (IK) und Versichertennummer gemäß einer (aktuell oder auch historisch) verwendeten Krankenversichertenkarte (KV-Karte),
- bei einer Zusammenführung in der Kasse (z.B. von KV- und AM-Abrechnungsdaten), in der Übermittlung von der Kasse an ihren Bundesverband und Weiterleitung an das BVA über die Kombination von Betriebsnummer der Kasse und Pseudonym (vgl. 2.4) des Versicherten.

Um diese Identifikationsprozesse zu ermöglichen, ist es dienlich, dass die Kasse ihre Stichprobenversicherten mit all ihren identifizierenden Merkmalen (Namen, aktuelle und historische Versichertennummern und den IKs auf den jeweils zugehörigen Krankenversichertenkarten) speichert und als Grundlage für die Erstellung der Pseudonym-Zuordnungs-Tabellen (vgl. Abschnitt 3.2) nutzt. Bei manchen Kassen werden diese Informationen auch für die Identifikation von Abrechnungsdaten der Stichprobenteilnehmer (z.B. bei Daten von Apothekenrechenzentren) herangezogen.

Die identifizierenden Merkmale der Stichprobenteilnehmer können in einer zentralen kasseninternen Tabelle zusammengestellt sein. Abschnitt 2.6 beschreibt ein Muster für eine derartige Tabelle (I-Tabelle 1, Seite 25). Im folgenden Abschnitt 2.3 werden allerdings zunächst die Zeiträume beschrieben, in denen diese interne Tabelle für die verschiedenen Zwecke genutzt wird. Abschnitt 2.4 enthält die Vorgaben zur Pseudonymisierung.

2.3 Übersicht über die Aktivitäten der Kassen

Der Entwurf der Vereinbarung nach § 268 Abs. 3 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen sieht quartalsweise Übermittlungen von Pseudonym-Zuordnungs-Tabellen ("PZT", vergleiche Abschnitt 3.3) vor. Diese Tabellen enthalten die Pseudonyme der Stichprobenversicherten (vgl. Abschnitt 2.4) sowie KV-Karten-Identifikationsmerkmale (Karten-IK der Kasse und Versichertennummer) dieser Versicherten (vgl. Abschnitt 3.2). Sie werden von

den KVen zur Prüfung von Abrechnungsfällen auf Stichprobenzugehörigkeit sowohl für das jeweils gerade verstrichene Quartal als auch für Zeiträume aus dem Jahr 2001 verwendet.

In jedem Quartal muss die PZT und damit I-Tabelle 1 daher die folgenden Bedingungen erfüllen:

1. Versicherte, die ihren Geburtstag am 11. eines Monats haben, müssen in der Tabelle enthalten sein, wenn sie (irgend wann) zwischen dem 1.1.2001 und dem Ende des letzten Quartals vor Tabellenerstellung bei der Kasse versichert waren.
2. Insbesondere müssen Stichprobenversicherte, die irgend wann im Jahr 2001 oder 2002, aber nicht mehr aktuell bei der Kasse versichert sind, in der Tabelle enthalten sein.
3. Zu diesen Versicherten müssen Identifikationsmerkmale derjenigen KV-Karten, die bis zum letzten Quartal vor Tabellenerstellung im Umlauf waren, in der Tabelle abgelegt sein.

Anfang des Jahres 2003 muss I-Tabelle 1 um aktuelle DMP-Versicherte (RSA-wirksam in strukturierte Behandlungsprogramme Eingeschriebene) ergänzt werden. Für diese Versicherten sind ebenfalls die Identifikationsmerkmale der KV-Karten erforderlich.

Ob eine Übermittlung von Leistungsdaten aus den beiden ersten Quartalen des Jahres 2003 weitere Tabellenerweiterungen erforderlich machen wird, ist derzeit noch nicht beschlossen. Sollte dies der Fall sein, werden den Kassen bis zum 30.06.2003 entsprechende Vorgaben gemacht.

Bei der ersten Erstellung der I-Tabelle 1 (im Folgenden: Welle 1) werden die Identifikationsmerkmale derjenigen KV-Karten, die bis zum zweiten Quartal 2002 noch im Umlauf waren, benötigt. Um die Datenabzüge so einfach wie möglich zu machen, wird in der Tabellenbeschreibung die gröbere Vorgabe getroffen, *alle jemals* für einen Stichprobenversicherten ausgegebenen Karten (also seit dem Jahr 1995) zu berücksichtigen. Insbesondere sollten bei fusionierten Kassen sowohl Kassen- als auch Versichertennummer *vor und nach* der Fusion in I-Tabelle 1 aufgenommen sein.

Nach Ablauf des dritten Quartals 2002 muss I-Tabelle 1 sowohl um weitere Stichprobenversicherte als auch um neue KV-Karten *erweitert* werden (im Folgenden: Welle 2). In diese erste Erweiterung sind alle Versicherten aufzunehmen, die (a) ihren Geburtstag am 11. eines Monats haben und die (b) die Kasse im dritten Quartal 2002 aufgenommen hat (Geburten, Zugänge). Ihre KV-Karten-Identifikationsmerkmale sind ebenfalls aufzunehmen.

Stichprobenversicherte, die schon in I-Tabelle 1 berücksichtigt sind, erhalten weitere Datensätze (mit aktuellen Kennzeichen), wenn für sie nach Erstellung von I-Tabelle 1 KV-Karten ausgegeben worden waren. (Beispiele sind: eine neue Versichertennummer wegen Statuswechsel des Versicherten, neues IK auf der Krankenversichertenkarte bei Wohnortwechsel eines Ersatzkassen-Versicherten.)

Im Februar 2003 ist I-Tabelle 1 auf analoge Art zu erweitern (im Folgenden: Welle 3). Zusätzlich dazu sind die aktuellen DMP-Versicherten in die Stichprobe aufzunehmen. Für DMP-Stichprobenversicherte sind alle KV-Karten, die seit 1995 ausgegeben wurden, zu berücksichtigen.

Nach einer Kassenfusion ist Abschnitt 2.5 zu beachten.

Überblick 2 illustriert die Zusammenhänge zwischen den Begriffen Tranche, Welle und Teilstichprobe.

Überblick 2: Zusammenhang zwischen Tranche, Welle und Teilstichprobe

zeitlicher Bezug	Übermittlung von		Teilstichprobe
	Kassendaten	PZT	
2001 gesamt	Tranche 1	-.-	nur TSP 1
2001 und I / II 2002	-.-	Welle 1	nur TSP 1
2001 bis III 2002	-.-	Welle 2	nur TSP 1
2001 bis IV 2002	-.-	Welle 3	TSP 1 und 2
2002 gesamt	Tranche 2	-.-	TSP 1 und 2
"-.-": Es werden keine Daten übermittelt.			

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

2.4 Pseudonymisierung

In den Übermittlungen versichertenindividueller Abrechnungsdaten zwischen getrennten Institutionen – d.h. zwischen Kassenärztlicher Vereini-

gung und Kasse, von der Kasse zu ihrem Bundesverband, vom Verband zum BVA – werden keinerlei persönliche Merkmale verwendet, sondern ausschließlich Versicherten-Pseudonyme.

Die Kasse erstellt und pflegt eine kasseninterne Liste mit Pseudonymen der Stichprobenversicherten. Die Pseudonyme können in der zentralen I-Tabelle 1 (vergleiche Seite 25) abgelegt werden. Diese Tabelle dient einerseits der Pseudonymisierung sämtlicher Individualdaten, die die Kasse für das Gutachten nach § 268 SGB V übermittelt. Andererseits stellt sie eine Grundlage dar für die Pseudonymisierung, die KVen und KZVen vor ihrer Datenübermittlung durchzuführen haben (vergleiche Abschnitt 3).

Die Erweiterung von I-Tabelle 1 auf Seite 25 um neue Stichprobenversicherte (z.B. um DMP-Eingeschriebene) ergänzt I-Tabelle 1 um weitere Datensätze. Bei dieser Erweiterung müssen zwei Regeln unbedingt eingehalten werden:

- Das Pseudonym eines Versicherten darf, nachdem es einmal vergeben wurde, für dieses Projekt *nicht mehr verändert* werden.
- Ein neu hinzugekommener Versicherter erhält eine Kennung, die ihn von *allen anderen* Stichprobenversicherten unterscheidet.

Da alle Datensätze eines Versicherten (Stamm- und Veränderungsdaten, Diagnosen und Leistungen aus allen Berichtsperioden) für das Gutachten nach § 268 SGB V untereinander verknüpfbar sein müssen, müssen einerseits sämtliche Datensätze desselben Versicherten dasselbe Pseudonym tragen, andererseits müssen verschiedene Versicherte unterschiedliche Pseudonyme erhalten und behalten. Angemerkt sei, dass die Verknüpfbarkeit der Datensätze einer natürlichen Person bei Kassenwechsel oder Rechtskreiswechsel verloren geht, da nach einem derartigen Wechsel dieselbe Person als ein weiterer Versicherter erscheint.

Die Pseudonyme müssen so konstruiert sein, dass die Daten eines bestimmten, für die Gutachter allerdings anonymen Versicherten über die beiden Berichtsperioden hinweg verknüpfbar bleiben. Die Verknüpfbarkeit sollte – so irgend möglich – auch dann erhalten bleiben, wenn Kassen zwischen den beiden Datenübermittlungen fusioniert haben. Um dies zu erreichen, sind die Pseudonyme als Verbundfeld einer sprechenden Kennung der Kasse (eingefrorene Betriebsnummer) und einer nicht sprechenden Kennung des Versicherten ("Chiffrat") ausgelegt; zusätzlich enthalten sie eine Kennung, wann das Pseudonym vergeben wurde.

Die Chiffre werden von jeder Kasse nach ihrem eigenen Vorgehen so vergeben, dass bestimmte Bedingungen, die in Abschnitt 10.1 beschrieben sind, erfüllt sind.

Da das Hash-Zeichen ("#") als Trennzeichen für die Tabellenfelder verwendet wird, darf es in den Chiffren nicht vorkommen.

Für die Vergabe von Pseudonymen gelten die folgenden Regeln:

- Bei der **Erstellung** von I-Tabelle 1 erhält Teilstück 04A ("Welle") den Wert "1".

Die aktuelle Betriebsnummer der Kasse wird auf allen Datensätzen in Teilstück 04B ("Betriebsnummer, eingefroren") übernommen. Ost- und Westkasse sind dabei zu unterscheiden, vergleiche dazu die Erläuterungen weiter unten.

Teilstück 04C erhält je Versicherten ein eindeutiges Chiffra.

- Bei **jeder Erweiterung** von I-Tabelle 1 behalten *alle bisher vorhandenen* Datensätze in den Feldern 04A bis 04C ihre bisherigen Werte.
- **Neu hinzukommende** Versicherte erhalten in Feld 04A ("Welle") die Kennung, wann sie in I-Tabelle 1 aufgenommen wurden: "2" bei der ersten Erweiterung von I-Tabelle 1, "3" bei der nächsten Erweiterung und so fort.

Sie erhalten in Feld 04B ("Betriebsnummer, eingefroren") die *aktuelle* Betriebsnummer (Ost bzw. West) der Kasse.

Im Feld 04C erhalten die "neuen" Versicherten ein "neues" Chiffra.

Wenn die Setzung des Teilstückes 04A ("Welle") korrekt erfolgt ist, dürfen Chiffre, die in einer früheren Welle vergeben wurden, auch in Datensätzen für *neue* Versicherte wieder verwendet werden. Es muss lediglich sicher gestellt werden, dass die *Kombination* der Teilstücke 04A bis 04C zusammen je Versicherten einer Kasse *nur einer Person* zugeordnet ist.

Kassen, die aus ablauftechnischen Gründen mehr als drei Wellen von Pseudonymen erzeugen, verwenden für das Teilstück "Welle" die Ziffern 1 bis 9; wenn dieser Vorrat erschöpft ist, können Großbuchstaben die weiteren Wellen kennzeichnen.

Versicherte, die während der Berichtsperiode den Rechtskreis wechseln, sollten von ihrer Kasse unter beiden Rechtskreiskennungen gemeldet werden, d.h. für sie werden sowohl Datensätze mit der West- als auch mit der Ost-Betriebsnummer übermittelt. Ihre Versichertenzeiten, Diagnosen, Leistungen und Ausgaben sind auf die beiden Rechtskreise aufzuteilen. Das Chiffrat sollte in allen Datensätzen (Ost- wie Westkasse) möglichst identisch sein.

Ersatzweise können Kassen derartige Versicherte auch unter nur einer Rechtskreis-spezifischen Meldung übermitteln. Ein derartiger Versicherter ist in sämtlichen Wellen unter derjenigen Betriebsnummer zu melden, die seiner Rechtskreiszugehörigkeit am 31.12.2001 oder zum Ende seiner Versicherungszeit in 2001 (bzw. Beginn seiner Versicherungszeit in 2001) entspricht.

Überblick 3: Aufbau des Versichertenpseudonyms

Feld-Nr.	Feld	Feldart	chiffr.	Erläuterung
	Versicherten-pseudonym			Verbundfeld aus A / B / C, Textfeld mit fester Länge (39 Zeichen)
A	Nr. der Tabellen-erstellung ("Welle")	M		"1", "2", "3" usw. Teilstück mit fester Länge (1 Zeichen)
B	Betriebsnummer, ein-gefroren	M		konstant (Betriebsnummer der Kasse bei Erstellung der Datei bzw. des Datensatzes), Teilstück mit fester Länge: 8 Ziffern, gegebenenfalls links mit Nullen aufgefüllt
C	Chiffrat (z.B. chiffrierte Ver-sichertennummer)	M	ja	für das Projekt unveränderliche Kennung des Versicherten, z.B. das Chiffrierfeld der Satzart 45, Teilstück mit fester Länge: 30 Zeichen

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

2.5 Vorgaben für fusionierte Kassen

Findet zwischen Erstellung und Erweiterung von I-Tabelle 1 (Seite 25) eine Fusion statt, sollte die neue Kasse die jeweilige I-Tabelle 1 für die Stichprobenteilnehmer aus allen nunmehr zusammengeschlossenen Kassen zusammentragen und so überarbeiten, dass Feld 01 ("eindeutiges Ordnungsmerkmal") tatsächlich ein *eindeutiges* Ordnungsmerkmal darstellt, dass Feld 05 ("IDNR") eindeutig auf eine natürliche Person verweist und dass die Kann-Felder die Selektion von Abrechnungsdatensätzen der Stichprobenteilnehmer ermöglichen.

Die Versichertenpseudonyme bleiben unverändert so, wie sie von den ehemals eigenständigen Kassen vergeben wurden. Insbesondere behält das Teilstück 04B ("Betriebsnummer, eingefroren") seine alten Werte.

Ist eine fusionierte Kasse nicht in der Lage, Versichertenauswahl, Pseudonymlisten oder Selektion von Versicherten- oder Abrechnungsdaten für die durch Fusion gewonnenen Versicherten zu erzeugen, ist ihr Bundesverband zu unterrichten. Der Verband befindet zusammen mit den Gutachtern darüber, ob eine (unvollständige) Datenübermittlung der Kasse hingenommen wird oder ob sie von den Untersuchungen ausgeschlossen wird.

2.6 Muster für eine kasseninterne Tabelle

Dieser Abschnitt beschreibt den Speicherumfang für die ausgewählten Stichprobenteilnehmer (I-Tabelle 1 bzw. ihre Erweiterungen).

I-Tabelle 1 weist mindestens ein personenunveränderliches Merkmal auf – eine Identitätsnummer ("IDNR", Feld 05). Da Versicherte im Verlauf der Berichtsperioden 2001 ff. mehrere Krankenversichertenkarten gehabt haben können und für möglichst viele dieser Karten ein Datensatz in I-Tabelle 1 enthalten sein sollte (vergleiche Felder 02 / 03 in I-Tabelle 1), identifiziert "IDNR" zwar die natürliche Person, aber nicht den Datensatz in I-Tabelle 1 eindeutig. Um Datensätze eindeutig identifizieren zu können, sollte daher ein eindeutiges Ordnungsmerkmal mitgeführt werden (mit Primärschlüssel-eigenschaft, vergleiche Feld 01 von I-Tabelle 1).

Die Tabelle ist so beschrieben, dass jeder Wechsel von IK ("IK-KVK") und / oder Versichertennummer ("KVNR-KVK") auf einer Krankenversicher-tenkarte ein neuer Datensatz erzeugt werden soll. Wird dies umgesetzt, stellt die Kombination der Felder "IK-KVK" und "KVNR-KVK" einen Primärschlüssel dar. In diesem Fall darf bei Ausgabe einer Krankenversi-cherenkarte, die nicht mit einem Wechsel von "IK-KVK" oder "KVNR-

KVK" einhergeht (z.B. bei Änderung des Nachnamens oder bei Wohnortwechsel), kein weiterer Datensatz erzeugt werden.

Die weiteren Kann-Felder (Angaben zur Person, vgl. Felder 06 ff. in I-Tabelle 1) dienen dem Abgleich, ob ein Versicherter bzw. eine Leistung zur Stichprobe gehört oder nicht, und sind in das Belieben jeder einzelnen Kasse gestellt.

Die erweiterte I-Tabelle 1 entsteht aus I-Tabelle 1, indem einerseits Datensätze für weitere Versicherte und andererseits Datensätze für neue Krankenversichertenkarten der Stichprobenteilnehmer angefügt werden. Aus ablauftechnischen Gründen wird *kein* Versicherter, der einmal in die Auswahltabelle aufgenommen wurde, aus ihr wieder entfernt.

Die Stichprobenteilnehmer der Teilstichprobe 2 werden vor allem für Simulationen mit DMP-Eingeschriebenen benötigt. Um eine möglichst große Zahl von DMP-Versicherten zu erhalten, sollte die Aufnahme in die Auswahltabelle möglichst spät entschieden werden: Versicherte, die zum Zeitpunkt der Tabellenerstellung im Februar 2003 in ein Disease-Management-Programm nach § 137g SGB V eingeschrieben waren, werden der Stichprobe nach § 268 SGB V zugeordnet – unabhängig von ihrem RSA-Status (d.h. von ihrer DMP-Einschreibung) im Jahre 2002.

I-Tabelle 1: Muster für eine zentrale kasseninterne Tabelle zur Auswahl der Stichprobenversicherten, für die Erstellung der "PZT"-Tabelle und zur Pseudonymisierung der Kassendaten

Dateiumfang:				
Abgrenzung bei der Erstellung bzw. der Erweiterung für die 1. Teilstichprobe:				
Zu speichern sind Datensätze für sämtliche Versichertenkarten eines Stichprobenversicherten, die sich in IK oder KVNR unterscheiden.				
"Stichprobenversicherte" sind diejenigen Versicherten, die die folgenden Kriterien erfüllen:				
<ul style="list-style-type: none"> Der Versicherte hatte in mindestens einer der beiden Berichtsperioden (2001 / 2002) an mindestens einem Tag Krankenversicherungsschutz durch die Kasse. Er wurde nicht als Auftragsfall (z.B. Sozialhilfe) geführt. Der Versicherte hat seinen Geburtstag am 11. eines beliebigen Monats eines beliebigen Jahres. 				
Alternative Abgrenzung:				
<ul style="list-style-type: none"> Sämtliche Versichertenkartennummern aller Versicherten der Kasse. (Die oben genannten Selektionskriterien wie Geburtstag am 11. eines Monats werden bei dieser Alternative erst bei der Erstellung der Tabelle 1 ["PZT"] angewendet.) 				
<i>Hinweis zum Speicherumfang:</i>				
<i>Für jeden Versicherten können – in Abhängigkeit von seiner KV-Karten-Historie – mehrere Datensätze gespeichert werden.</i>				
Eindeutigkeit:				
Das Feld 01 enthält einen (beliebigen) Primärschlüssel.				
Feld-Nr.	Feld	Feldart	chiffr.	Erläuterung
00	Satzart	M		konstant, im Belieben der Kasse
01	Eindeutiges Ord-nungsmerkmal	K		Primärschlüssel (eindeutig innerhalb der Kasse), z. B. lfd. Nr
02	"KVNR-KVK"	M		Versichertennummer ("KVNR") der KV-Karte ("KVK")
03	"IK-KVK"	M		zu Feld 02 gehörendes Institutions-kennzeichen ("IK"); alphanumerisch, feste Länge: siebenstellig, ggf. mit führenden Nullen aufgefüllt

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von I-Tabelle 1

Feld Nr	Feld	Feldart	chiffr.	Erläuterung
04	Versicherten-pseudonym			Pseudonym zum Versicherten: Verbundfeld aus 04A / 04B / 04C, Textfeld mit fester Länge (39 Zeichen, vergleiche auch Abschnitt 2.4)
04A	Nr. der Tabellen-erstellung ("Welle")	M		"1", "2", "3" usw. Teilfeld mit fester Länge: 1 Ziffer
04B	Betriebsnummer, eingefroren	M		konstant (Betriebsnummer der Kasse bei Erstellung der Datei bzw. des Pseudonyms), Teilfeld mit fester Länge: 8 Ziffern, gegebenenfalls links mit Nullen aufgefüllt
04C	Chiffrat (z.B. chiffrierte Versichertennummer)	M	ja	für das Projekt unveränderliche Kennung des Versicherten, z.B. das Chiffrierfeld der Satzart 45, Teilfeld mit fester Länge: 30 Zeichen
05	Identitätsnummer (IDNR)	K		Für eine natürliche Person wird dieselbe IDNR gespeichert. Die IDNR bietet die Möglichkeit, einer natürlichen Person aktiv Datensätze zuzuordnen.
06	Name, Vorname	K		im Belieben der Kasse – jedoch eindeutig pro KVNR
07	weiteres Ordnungs-merkmal	K		im Belieben der Kasse – jedoch eindeutig für eine KVNR – z.B. Postleitzahl
nn	weitere Merkmale zur Identifikation von Versicherten	K		im Belieben der Kasse – jedoch eindeutig für eine KVNR – z.B. Geburtsdatum
Anmerkungen:				
Bei der Erweiterung der Tabelle ist darauf zu achten, dass auch Datensätze für Personen, die aktuell nicht mehr versichert sind (Tod oder Kassenwechsel), enthalten sind.				

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von I-Tabelle 1

Erstellung der Tabelle für die Gesamtstichprobe:
<p>Abgrenzung:</p> <p>Zu speichern sind Datensätze für sämtliche Versichertenkarten eines Stichprobenversicherten, die sich in IK oder KVNR unterscheiden.</p> <p>Für Teilstichprobe 1 und 2 zusammen sind "Stichprobenversicherte" diejenigen Versicherten, die die folgenden Kriterien erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ bezogen auf den Berichtszeitraum:• Der Versicherte hatte in einer der beiden Berichtsperioden (2001 / 2002) an mindestens einem Tag Krankenversicherungsschutz durch die Kasse. Er wurde nicht als Auftragsfall (z.B. Sozialhilfe) geführt.➤ bezogen auf den Ermittlungstag:• Der Versicherte hat seinen Geburtstag am 11. eines beliebigen Monats eines beliebigen Jahres. oder Er nimmt zum Zeitpunkt der Tabellenerstellung RSA-wirksam an einem DMP nach § 137g teil. <p>Alternative Abgrenzung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alle Versicherten der Kasse. <p><i>Hinweis zum Speicherumfang:</i></p> <p><i>Für jeden Versicherten können – in Abhängigkeit von seiner KV-Karten-Historie – mehrere Datensätze gespeichert werden.</i></p>
<p>Anmerkungen:</p> <p>Bei der Erstellung der Tabelle für die 1. und 2. Teilstichprobe zusammen ist darauf zu achten, dass auch Datensätze für Personen, die aktuell nicht mehr versichert sind (Tod oder Kassenwechsel), enthalten sind.</p> <p>Versicherte, die zwar bei Tabellenerstellung, aber noch nicht im Jahr 2002 an einem DMP teilnahmen, müssen in die Tabelle aufgenommen werden, damit das BMG-Gutachten DMP-Eingeschriebene in möglichst großer Zahl berücksichtigen kann.</p> <p>Unter Umständen wird die Tabelle im Jahr 2003 erweitert. Die Erweiterung von I-Tabelle 1 um DMP-Versicherte im Jahr 2003 sollte dann bei allen Kassen möglichst gleichzeitig erfolgen. In diesem Fall werden bis zum 30.06.2003 die Vorgaben gegeben.</p>

Quelle: Spaltenverbände der Krankenkassen und IGES/ Lauterbach/ Wasem

2.7 Erfassung von Abrechnungsdaten der Stichprobenversicherten

Abrechnungsbelege zu der "Geburtstagsstichprobe", die nur in Papierform vorliegen, sind versichertenbezogen zu erfassen. Die Ziehung für die Erfassung kann sich allein am Geburtsdatum des Versicherten orientieren: Jede Abrechnung mit dem Geburtsdatum eines Versicherten, das mit "11" beginnt, ist gesondert zu erfassen. (Bei Abrechnungsfällen von Mitversicherten ist das Geburtsdatum des Mitglieds unerheblich.)

Auch Abrechnungsbelege für DMP-Versicherte können im Laufe des Jahres 2002 in Papierform in die Kasse gelangen. Insoweit zu erkennen ist, dass sie zu einem DMP-Versicherten gehören, sollten sie für die Stichprobe nach § 267 Abs. 3 SGB V erfasst werden. Darüber hinaus gehende Erfassungen für § 268 SGB V Abs. 3 sind nicht erforderlich.

2.8 Übersicht über die Kassenaktivitäten

Die Tabellen dieses Abschnitts verbleiben in den Kassen. Sie bleiben bei jeder Kasse bis zum Jahresende 2003 gespeichert, danach sind sie zu löschen.

Sie dienen einerseits den Datenabzügen der in der Kasse (oder bei einem Dienstleister) gespeicherten Verwaltungs- und Abrechnungsdaten und stellen andererseits die Datengrundlage für die "PZT" (vgl. Kapitel 3) dar. Die Erhebungszeitpunkte sind daher so zu wählen, dass *sowohl* die Vollständigkeit der von der Kasse gezogenen Stichprobe nicht beeinträchtigt wird *als auch* die Vorlagetermine für den Verband und damit für die KVen (vgl. Abschnitt 3.3) eingehalten werden. Die Zahl der Erweiterungen von I-Tabelle 1 ist daher in das Belieben der einzelnen Kasse gestellt.

Abweichend von diesen Grundsätzen soll die Erweiterung der Stichprobe um DMP-Versicherte einheitlich zu einem noch bekannt zu gebenden Stichtag vorgenommen werden.

Überblick 4: Erhebungszeitpunkte

Teilstich-probe	Bezugszeit	Erhebungs-zeitpunkt	Tabelle	Aktivität
1 + 2	2001 ff.	laufend	Abrechnungs-daten für Tabelle 6 bis Tabelle 12	Datenerfassung
1	2001	(kassen-spezifisch)	I-Tabelle 1, S. 25	Erstellung
1	bis II / 2002	spätestens Oktober 2002 (vgl. Abschnitt 3.3)	I-Tabelle 1, S. 25	Erstellung bzw. Erweiterung von I-Tabelle 1
1	bis III / 2002	vgl. Abschnitt 3.3	I-Tabelle 1, S. 25	Erweiterung von I-Tabelle 1, vgl. Abschnitte 2.3 und 2.6
1 + 2	bis IV / 2002	28. Februar 2003	I-Tabelle 1, S. 25	Erweiterung von I-Tabelle 1, vgl. Abschnitte 2.3 und 2.6
2 + 3 (*)	bis II / 2003	31. Juli 2003	I-Tabelle 1, S. 25	Erweiterung von I-Tabelle 1 um DMP-Versicherte
Anmerkungen:				
(*) Die Übermittlung von Daten aus 2003 steht noch unter Vorbehalt.				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

3 Datenübermittlungen der Kassen an die KVen, KZVen

3.1 Allgemeine Erläuterungen

Die (am RSA teilnehmenden) Kassen liefern den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Knappschaftsarztsystem (all diese vertragsärztlichen Institutionen zusammen werden im Folgenden kurz mit "KVen" bezeichnet) sowie den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) Identifikationsmerkmale zu den Stichprobenversicherten sowie deren Pseudonyme. Die knappschaftsärztlichen Abrechnungsdaten werden über die KV Westfalen-Lippe übermittelt. Sie tragen eine eigene Pseudo-KV-Nummer.

Jede übermittelte PZT enthält in Feld 03 ("Leistungsquartal_bis") die Angabe, bis zu welchem Quartal Versichertennummern und IKs berücksichtigt sind. Diese Feld ist somit konstant in einer PZT; erst mit der PZT für eine weitere Welle erhöht sich diese Konstante.

Die Datenübermittlung geschieht über die Bundesverbände dieser Kassen bzw. dieser Leistungserbringer.

Die Bundesverbände stellen sicher, dass Kassen und Leistungserbringer über zueinander passende Identifikationsnummern der Einzelkassen verfügen (IK auf der Krankenversichertenkarte, vergleiche Abschnitt 3.2).

Die beteiligten Krankenkassen übermitteln die Versichertennummern und die Pseudonyme der Stichprobenversicherten unter Angabe ihrer Kassennummer an die Spitzenverbände der Leistungserbringer (KBV und KZBV). Die zu übermittelnden Schlüssel und Pseudonyme werden im Folgenden als Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle, kurz PZT bezeichnet.

3.2 Datensatzbeschreibungen

Tabelle 1: Satzart 111 – Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle Versicherte (PZT)

Dateiumfang:					
Abgrenzung:					
Je Datensatz aus I-Tabelle 1 auf Seite 25 ein Datensatz.					
Eindeutigkeit:					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt / Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "111"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	IK auf der Krankenversicherten-karte	M	7	alphanum.	gemäß Feld "IK-KVK" von I-Tabelle 1 auf Seite 25; Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Versicherten-nummer	M	12	alphanum.	gemäß Feld "KVNR-KVK" von I-Tabelle 1 auf Seite 25; (*)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Leistungsqua-tal_bis			numerisch	Bezugszeitraum / Gültigkeit der PZT: letztes in I-Tabelle 1 auf Seite 25 vollständig berücksichtigtes Quartal, (**) Verbundfeld aus:
03A	Jahr	M	4		2001, 2002, 2003
03B	Quartal	M	1		1,2,3,4
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Liefer-IK	M	≤ 9	numerisch	festes IK der Krankenkasse, vom Bundesverband der Kasse vergeben (***)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Versicherten-Pseudonym	M	39	alphanum.	aus Verbundfeld "Versicherten-Pseudonym" in I-Tabelle 1 auf Seite 25, bestehend aus Nr., eingefrorener Be-triebsnummer und Chiffra für den Versicherten (****)

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 1: Satzart 111 – Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle Versicherte (PZT)

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt / Erläuterung
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	DAV-IK	M	9	numerisch	IK der Datenannahmestelle, an die die Daten übermittelt werden sollen
Anmerkungen:					
(*) Feld 02 (KVNR) ist zunächst so zu füllen, wie es dem Speicherinhalt im Speicherchip der KVK entspricht. Führende oder rechts stehende Leerzeichen sind zu entfernen. Schließlich ist es gegebenenfalls mit führenden Nullen auf 12 Zeichen aufzufüllen. (**) Feld 03 ("Leistungsquartal_bis") ist konstant in einer PZT. Erst mit der PZT für eine weitere Welle erhöht sich diese Konstante. (***) Es kann auch die Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag (vergleiche Überblick 11 auf Seite 56 in Abschnitt 7.1.1) verwendet werden, wenn diese Betriebsnummer schon vorher absehbar ist, also beispielsweise keine Fusion der Kasse im Gespräch ist. (****) Das Versicherten-Pseudonym darf nicht mit Leerzeichen aufgefüllt werden. Ein Auffüllen sollte 7-Bit-ASCII-Zeichen verwenden, z.B. die Nr. der Welle.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

3.3 Aktivitäten von Kassen, Verbänden und KVen

Tabelle 1 auf Seite 31 ("PZT") wird erstmalig spätestens im Oktober 2002 erstellt und an den Bundesverband der Kasse übermittelt. Sie wird spätestens im November 2002 ergänzt oder neu erstellt und umgehend an den Bundesverband übermittelt. Im Februar 2003 wird die erste PZT mit DMP-Versicherten erstellt, gegebenenfalls wird diese PZT später noch um die beiden ersten Quartale 2003 erweitert.

Kassen und Verbände stimmen sich so über den Vorlagetermin beim Verband ab, dass einerseits Versichertenbestand und KV-Karten-Information vor diesem Termin möglichst vollständig erfasst sind und andererseits dem Verband ausreichend Zeit für die im Folgenden beschriebenen Prüfungen (sowie ggfs. erforderlichen Korrekturen durch die Kasse) verbleibt. Der Vorlagetermin des Verbandes bei der KBV – vergleiche Überblick 6 (Seite 36) – muss eingehalten werden, um die fristgerechte Datenübermittlung der KVen zu ermöglichen.

Die Bundesverbände prüfen die folgenden Sachverhalte:

- Vollständigkeit der Kassenmeldungen,
- Eindeutigkeit des Liefer-IKs,

- Einhaltung der Feldlängen, insbesondere bei Feldern mit festen Längen,
- Primärschlüsseleigenschaft der PZT (Felder 01 und 02 zusammen)
- **Wellen 1 und 2:**

- Plausibilitätsprüfung der **Anzahl der verschiedenen Pseudonyme** (als Indikator für die Anzahl der Stichprobenversicherten) je Kassenmeldung:

Die Anzahl muss mehr als 3,3 % der mittleren Versichertenzahl der Kasse (laut SA 40 oder KM 1/13 für 2001) betragen.

Da die PZT ein Pseudonym je Person der § 268-Stichprobe enthalten soll und Jahresstatistiken kleinere, jahresdurchschnittliche Versichertenzahlen ausweisen, sollte die Anzahl der verschiedenen Pseudonyme höher ausfallen. Auch weil Welle 1 Versicherte aus sechs Quartalen (I/2001–II/2002) umfasst, ist – je nach Fluktuationshöhe bei einer Kasse – ein Anteil von mehr als 3,3 % zu erwarten.

Die Relation zwischen den beiden Zählungen auf der Ebene der Kassenart kann als Anhaltswert für die einzelne Kasse herangezogen werden.

Mit der Excel-Mappe "Konfidenzintervall_Auswahlsatz.xls", die IGES den Verbänden zur Verfügung gestellt hat, kann die "natürliche" Schwankung in der Anzahl der Stichprobenversicherten abgeschätzt werden (Blatt "Anzahl").

Wenn bei einer Kassenart aufgrund von Fluktuation die Relation zwischen Personen, die irgendwann im Jahr versichert waren, zur jahresdurchschnittlichen Versichertenzahl bei z.B. 1,1 liegt, können die Excel-Berechnungen für die einzelnen Kassen mit dem Wert 110 % in der Spalte "Anteil / Relation" (Blatt "Anzahl") durchgeführt werden.

- Bei vielen Kassen muss die PZT mehr Datensätze aufweisen als ihre Anzahl an verschiedenen Pseudonymen: wegen Wohnortwechsel über KV-Grenzen hinweg (bei einigen bundesunmittelbaren Kassen wie z.B. Ersatzkassen) oder wegen KV-Karten-Austausch in den Jahren nach einer Fusion. Kassen, die in der PZT nur jeweils einen Datensatz je Pseudonym aufweisen, sollten ihrem Bundesverband eine Begründung für diesen Sachverhalt geben.
- "Welle" (1. Stelle von Feld 05 in Tabelle 1): in der ersten übermittelten PZT durchgehend mit einer Konstanten ("1" oder höher) gefüllt.

- Nach erfolgreicher Prüfung speichert der Verband die *verschiedenen* Pseudonyme je Liefer-IK und Bis-Datum (Felder 03 bis 05 der PZT) in einer neuen Tabelle ("zuordnungslose Pseudonymtabelle, PT"). Angaben zum Versicherten (Felder 01 und 02 der PZT) sind in dieser Tabelle nicht enthalten.
Die Tabelle PT dient (weiter unten beschriebenen) Kreuzprüfungen zwischen einer aktuellen PZT-Lieferung und älteren Ständen der PZT. Ihre Varianten sollten bis Ende 2003 bei den Verbänden gespeichert bleiben.
- **Erweiterung** nach Ablauf des dritten Quartals 2002 (**Welle 2**):
 - Die Zahl der Datensätze in der PZT wie auch in der PT darf bei keiner Kasse gegenüber der letzten Welle abnehmen.
 - Die PZT einer Kasse, die in der ersten Welle keine PZT liefert hatte, wird nur weitergeleitet, wenn diese Kasse im dritten Quartal 2002 gegründet wurde bzw. sich erst ab dem dritten Quartal 2002 auf den zweiten Rechtskreis erstreckt.
- **Welle 3:**
 - Plausibilitätsprüfung der **Anzahl der verschiedenen Pseudonyme** (als Indikator für die Anzahl der Stichprobenversicherten) je Kassenmeldung:
Die Zahl der *verschiedenen* Pseudonyme muss gegenüber der letzten PT der zweiten Welle der Kasse zunehmen; die Zunahme muss im Kontext des Abschlagsverfahrens für DMP-Versicherte plausibel sein.
 - "Welle" (1. Stelle von Feld 05 in Tabelle 1):
In Welle 3 tritt der Wert des Teilstücks "Welle" der ersten übermittelten PZT ("1" oder höher) mindestens so häufig auf wie in der PT von Welle 1.
 - Die PZT einer Kasse, die in der zweiten Welle keine PZT liefert hatte, wird nur weitergeleitet, wenn diese Kasse im vierten Quartal 2002 gegründet wurde bzw. sich erst ab dem vierten Quartal 2002 auf den zweiten Rechtskreis erstreckt.
- **Längsschnitteigenschaft:**
Jedes einzelne Pseudonym einer PZT (PT) sollte in jeder ihrer Erweiterungen (Wellen) auffindbar sein. Kassen, deren PZT-Wellen diese Bedingung nicht erfüllen, sind zur Vervollständigung der aktuellen PZT

anzuhalten.

Nach Prüfung der Pseudonym-Zuordnungs-Tabellen der Mitgliedskassen fügt der Bundesverband die Daten aneinander und leitet sie an die Spitzenverbände der Leistungserbringer (KBV, KZBV) weiter.

Sobald alle Kassenverbände die Daten geliefert haben, fügt die KBV (KZBV) die Dateien der Kassenverbände aneinander und übermittelt die Gesamt-PZT an alle KVen (KZVen).

Bei der einzelnen KV (KZV) *ersetzt* die übermittelte PZT die der vorhergehenden Welle.

Überblick 5: Erstellungszeitpunkte

Welle	zeitlicher Bezug	Erstellungszeitpunkt	Tabelle	Aktivität
1	bis II / 2002	nach Ablauf des II. Quartals 2002	Tabelle 1 (PZT, S. 31)	Erstellung aus I-Tabelle 1 (S. 25)
2	bis III / 2002	nach Ablauf des III. Quartals 2002	Tabelle 1 (PZT, S. 31)	Erstellung aus I-Tabelle 1 (S. 25)
3	bis IV / 2002	im Februar 2003	Tabelle 1 (PZT, S. 31)	Erstellung aus I-Tabelle 1 (S. 25)
4 ff.	<i>bis I / 2003 bzw. bis II / 2003 (*)</i>	<i>nach Ablauf des I. (bzw. II.) Quartals 2003</i>	<i>Tabelle 1 (PZT, S. 31)</i>	<i>Erstellung aus I-Tabelle 1 (S. 25)</i>
Anmerkungen:				
(*) Die Vorlage für die beiden ersten Quartale 2003 steht noch unter Vorbehalt.				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 6: Vorlagetermine

Welle	zeitlicher Bezug	Aktivität	Vorlagezeitpunkt	Übermittlung	
				von	an
1	bis II / 2002	Tabelle 1 (PZT, S. 31, Tranche 1) erstellen	spätestens im Oktober 2002	Kasse	Bundesverband
		prüfen und weiterleiten	30.10.2002	Bundesverband	KBV (KZBV)
		weiterleiten		KBV (KZBV)	KV (KZV)
2	bis III / 2002	Tabelle 1 (PZT, S. 31) erweitern	spätestens im November 2002	Kasse	Bundesverband
		prüfen und weiterleiten	30.11.2002	Bundesverband	KBV (KZBV)
		weiterleiten		KBV (KZBV)	KV (KZV)
3	bis IV / 2002	Tabelle 1 inklusive DMP-Versicherte (PZT, S. 31) erstellen	im Februar 2003	Kasse	Bundesverband
		prüfen und weiterleiten	28.02.2003	Bundesverband	KBV (KZBV)
		weiterleiten		KBV (KZBV)	KV (KZV)
4 ff.	bis I / 2003 bzw. bis II / 2003 (*)	Tabelle 1 (PZT, S. 31, inklusive DMP-Versicherte) erweitern	im Mai 2003 bzw. im August 2003	Kasse	Bundesverband
				Bundesverband	KBV (KZBV)
				KBV (KZBV)	KV (KZV)
Anmerkungen:					
(*) Die Vorlage für die beiden ersten Quartale 2003 steht noch unter Vorbehalt.					

4 Datenübermittlungen der KZVen an die Kassen

4.1 Allgemeine Erläuterungen

Die Datenerhebung bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) wird nur für die Stichprobenteilnehmer nach § 268 Abs. 3 SGB V vorgenommen. Die zu diesem Zweck an alle KZVen übermittelte Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle (PZT, vergleiche Abschnitt 3) dient dabei als Auswahltablette. Für die Auswahl ist die jeweils letzte von der KZBV über sandte PZT zu verwenden.

Darüber hinaus dient die PZT der Pseudonymisierung: Die KZV übermittelt keine persönlichen Angaben der Patienten, sondern statt dessen ihre Pseudonyme. Persönliche Angaben zum Arzt werden nicht übermittelt, übermittelt wird lediglich die Kennung der KZV. Die Kennung der KZV ist erforderlich, um die Vollständigkeit der dezentralen Datenübermittlungen prüfen zu können.

Die zu übermittelnden Daten dienen der Quantifizierung von Durch schnittsausgaben nach anderen Versichertengruppierungen als im derzeitigen RSA. Dementsprechend ist Feld 06, die Vergütungssumme, die einzige inhaltliche Angabe zum Patienten.

Grundsätze:

- Grundlage sind die Abrechnungsdaten der Vertragszahnärzte nach Prüfung durch die KZV,
- die zeitliche Abgrenzung erfolgt über das Abrechnungsquartal.
- Ab dem 1. Quartal 2002 sollten für Versicherte, die an dem 11. eines Monats ihren Geburtstag haben, Versichertennummer und IK (gemäß der Krankenversichertenkarte) für nicht per EDV abgerechnete Versicherte von der KZV zusätzlich erfasst werden.
- Für die Berichtsperiode 2001 können die Abrechnungsdaten über das alleinige Stichprobenmerkmal der 1. Tranche vorselektiert werden: Abrechnungsfälle mit Geburtsdatum am 11. eines Monats.

Für die Berichtsperiode 2002 kann die Selektion über die PZT vorgenommen werden.

Für die DMP-Versicherten, die in der 2. Tranche in die Stichprobe hinein kommen, kann derzeit noch kein ähnlich effizientes Vorselektionskriterium wie der Monatselfte angegeben werden. Sobald ein derartiges Merkmal verfügbar wird, wird das Vorgehen mit der KZBV und KZVen besprochen.

- Sämtliche Abrechnungsfälle einer KZV, deren Patientenkennung (IK auf der Krankenversichertenkarte und Versichertennummer) in der PZT aufgefunden wird, sollten übermittelt werden – unabhängig davon, ob es sich um eine Kasse mit Vertragsbeziehung zur KZV handelt oder um eine "Fremdkasse".

Der Abrechnungszeitraum muss dabei durch den Gültigkeitszeitraum der PZT abgedeckt sein.

- Fälle im Ersatzverfahren (Name des Patienten anstatt der Versichertennummer) können nicht berücksichtigt werden.

4.2 Übersicht über die Aktivitäten der KZVen

4.2.1 Datenerfassung

Zu erfassen sind Versichertennummer und IK bei manuell abgerechneten Fällen für alle Fälle von Patienten, die an einem 11. eines beliebigen Monats eines beliebigen Jahres ihren Geburtstag haben. Die Erfassung sollte möglichst mit dem I. Quartal 2002 beginnen.

Für die DMP-Versicherten, die in der 2. Tranche in die Stichprobe hinein kommen, kann derzeit noch kein ähnlich effizientes Aufgreifkriterium für Belegerfassung wie der Monatselfte angegeben werden. Sobald ein derartiges Merkmal verfügbar wird, wird das Vorgehen mit der KZBV und KZVen besprochen.

4.2.2 Plausibilitätsprüfung

Der Auswahlsatz für die Stichprobe beträgt in der ersten Tranche 3,3 %. Für die Quote der gezogenen Abrechnungsfälle gilt derselbe Auswahlsatz, der Datenabzug sollte diese Quote erreichen.

Nach der Zusammenführung mit der PZT kann die Fallzahl aufgrund von Unvollständigkeiten etwas geringer ausfallen. Bei größeren Abweichungen sollten die Bundesverbände der Kassen unverzüglich über die KZBV informiert werden, um mögliche Fehler im Übermittlungsweg noch beheben zu können.

Für die DMP-Versicherten, die in der 2. Tranche in die Stichprobe hineinkommen, kann derzeit noch kein Auswahlsatz angegeben werden. Er wird allerdings größer ausfallen als der für die 1. Tranche.

4.2.3 Übermittlung

Tabelle 2 ist für die Abrechnungszeiträume 2001, 2002 und ggf. 1. und 2. Quartal 2003 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) zu übermitteln. Sie sind jährlich von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) an die Datenannahmestellen der Kassen zu übermitteln.

Alternativer Übermittlungsweg:

1. Fälle bereichseigener Kassen werden von der KZV an die Datenannahmestellen dieser Kassen übermittelt,
2. Fälle bereichsfremer Kassen werden an die KZBV übermittelt, die Weiterleitung kann über die jeweils "zuständigen" KZVen vorgenommen werden oder direkt von der KZBV an Datenannahmestellen der Kassen.

Wenn dieser alternative Weg gewählt wird, sollten die direkt übermittelten Datensätze (der "bereichseigenen" Fälle) und die anders übermittelten Datensätze (der "bereichsfreien" Fälle) gesondert gekennzeichnet sein.

Überblick 7: Erhebungszeitpunkte

Tranche	Bezugszeit	Erhebungszeitpunkt	Tabelle	Aktivität
1	I/2001	Sommer 2002	Tabelle 2, S. 41	Erstellung und Plausibilisierung
1 – 2	usw. bis I/2002		wie oben	wie oben
2	ab ca. II/2002	IV/2002	(KZV-intern)	Erfassung zusätzlicher Merkmale von Stichprobenversicherten (VersNr, IK)
2	II/2002	IV/2002	Tabelle 2, S. 41	Erstellung und Plausibilisierung
2	usw. bis IV/2002	II/2003	wie oben	wie oben
Anmerkungen:				
-.-				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

4.3 Datensatzbeschreibungen

Tabelle 2: Satzart 211 – Zahnärztliche Vergütung (KZVFall)

Dateiumfang:					
Abgrenzung: Zu berücksichtigen sind alle Abrechnungsfälle für konservierend-chirurgische Behandlung, Kieferbruch, Kieferorthopädie, Parodontalbehandlung sowie die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen von Stichprobenversicherten eines Abrechnungsquartals.					
Die Vergütungen in Feld 05 umfassen Honorare sowie Labor- und Materialkosten und sonstige Kosten, die den Kassen in Rechnung gestellt wurden.					
Lieferumfang:					
Je KZV, Pseudonym und Abrechnungsquartal ein Datensatz. Damit identifiziert die Kombination der Felder 01 bis 04 einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "211" (*)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Zeitraum				Verbundfeld aus 01A und 01B
01A	Abrechnungs-quartal	M	1	numerisch	1, 2, 3, 4
01B	Berichtsperiode	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Liefer-IK	M	≤9	numerisch	aus Feld "Liefer-IK" von Tabelle 1 auf Seite 31
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-Pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versicherten-Pseudonym" von Tabelle 1 auf Seite 31
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	KZV	M	2	alphanum.	zweistellig
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Summe Vergü-tung	M	≤14	numerisch	Summe der je Pseudonym mit seiner Kasse abgerechneten Vergütungen in PFENNIG bzw. CENT
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Währungseinheit	M	≤4	alphanum.	"Pf" bzw. "Cent"
Anmerkungen:					
(*) gegebenenfalls verschiedene Kennungen für verschiedene Übermittlungswege, vergleiche auch Abschnitt 4.2.					

5 Datenübermittlungen der KVen an die Kassen

5.1 Allgemeine Erläuterungen

Die Datenerhebung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie des Knappschaftsarztsystems wird nur für die Stichprobenteilnehmer nach § 268 Abs. 3 SGB V vorgenommen. Die zu diesem Zweck an alle KVen übermittelte Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle (PZT, vergleiche Abschnitt 3) dient dabei als Auswahltablette. Für die Auswahl ist die jeweils letzte von der KBV übersandte PZT zu verwenden.

Darüber hinaus dient die PZT der Pseudonymisierung: Die KV übermittelt keine persönlichen Angaben der Patienten, sondern statt dessen ihre Pseudonyme.

Persönliche Angaben zum Arzt werden nicht übermittelt; übermittelt werden die Kennung der KV und das Fachgebiet des Arztes. Die KV-Kennung ist dabei erforderlich, um KV-spezifische Gebührenpositionen nutzen zu können. Die Angabe des Fachgebiets des Arztes wird zur Plausibilisierung von Diagnosen verwendet.

Die Daten umfassen

- Informationen zu den Abrechnungsfällen inklusive der Punktzahlsummen (Tabelle 3 auf Seite 48),
- die kodierten Behandlungsanlässe je Fall (Tabelle 4 auf Seite 49) sowie
- Auflistungen der Gebührenpositionen je Fall (Tabelle 5 auf Seite 51).

Grundsätze:

- Grundlage sind die Abrechnungsdaten der Vertragsärzte nach Prüfung durch die KV,
- die zeitliche Abgrenzung erfolgt über das Abrechnungsquartal.
- Ab dem 1. Quartal 2002 sollten für Versicherte, die an dem 11. eines Monats ihren Geburtstag haben, Versichertennummer und Diagnosen-

kodierungen für nicht per EDV abgerechnete Versicherte von der KV zusätzlich erfasst werden.

- Für die Berichtsperioden 2001 und 2002 können die Abrechnungsdaten über das alleinige Stichprobenmerkmal der 1. Teilstichprobe vorselektiert werden:
Abrechnungsfälle mit Geburtsdatum des Patienten am 11. eines Monats.

Für die Berichtsperiode 2003 kann die Selektion über die PZT vorgenommen werden.

Für die DMP-Versicherten, die in der 2. Teilstichprobe in die Stichprobe hinein kommen, kann derzeit noch kein ähnlich effizientes Vorselektionskriterium wie der Monatselfte angegeben werden. Sobald ein derartiges Merkmal verfügbar wird, wird das Vorgehen mit der KBV und den KVen besprochen.

- Sämtliche Abrechnungsfälle einer KV, deren Patientenkennung (IK auf der Krankenversichertenkarte und Versichertennummer – Felder 01 und 02 in Tabelle 1) in der PZT aufgefunden wird, sollten übermittelt werden – unabhängig davon, ob es sich um eine Kasse mit Vertragsbeziehung zur KV handelt oder um eine "Fremdkasse".
- Der Abrechnungszeitraum muss dabei durch den Gültigkeitszeitraum der PZT abgedeckt sein.
- Fälle im Ersatzverfahren (Name des Patienten anstatt der Versichertennummer) können nicht berücksichtigt werden.

Überblick 8: Pseudonym-Zuordnungs-Tabelle

Dateiumfang:					
Abgrenzung:					
Je Krankenversichertenkarte eines Stichprobenversicherten ein Datensatz					
Eindeutigkeit:					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt / Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "111"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	IK auf der Krankenversichertenkarte	M	7	alphanum.	Institutionskennzeichen auf der KVK, Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Versicherten-nummer	M	12	alphanum.	Versichertennummer auf KVK, mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Abrechnungs-quartal_bis			numerisch	letztes Abrechnungsquartal, mit dem die PZT in Verbindung gebracht werden darf (*), Verbundfeld aus:
03A	Jahr	M	4		JJJJ (z.B. 2001, 2002, 2003)
03B	Quartal	M	1		Q (1,2,3,4)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Liefer-IK	M	≤ 9	numerisch	feste numerische Kennung der Krankenkasse, vom Bundesverband der Kasse vergeben; mit diesem IK sind die KV-Daten zu liefern
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Versicherten-Pseudonym	M	39	alphanum.	festes Pseudonym eines Versicherten, in jeder Datenübermittlung zu verwenden; es dürfen keine Leerzeichen zum Auffüllen des Feldes benutzt werden
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	DAV-IK	M	9	numerisch	IK der Datenannahmestelle, an die die Daten übermittelt werden sollen
Anmerkungen:					
(*) Feld 03 – Abrechnungszeitraum: gibt an, bis zu welchem Abrechnungsquartal diese PZT verwendet werden darf. Mit späteren Abrechnungsdaten darf die PZT nicht in Verbindung gebracht werden, da sie noch nicht alle KV-Karten berücksichtigt, die dann gültig waren.					

5.2 Übersicht über die Aktivitäten der KVen

5.2.1 Datenerfassung

Zu erfassen sind Versichertennummer und IK bei manuell abgerechneten Fällen für alle Fälle von Patienten, die an einem 11. eines beliebigen Monats eines beliebigen Jahres ihren Geburtstag haben. Die Erfassung sollte möglichst mit dem I. Quartal 2002 beginnen.

Für die DMP-Versicherten, die in der 2. Tranche in die Stichprobe hinein kommen, kann derzeit noch kein ähnlich effizientes Aufgreifkriterium für Belegerfassung wie der Monatselfte angegeben werden. Sobald ein derartiges Merkmal verfügbar wird, wird das Vorgehen mit der KBV und KVen besprochen.

5.2.2 Übermittlung

Tabelle 3 bis Tabelle 5 auf den Seiten 48 bis 51 sind für jede Berichtsperiode von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) an die Bundesverbände der Kassen zu übermitteln. Jede KV übermittelt die Fälle bereichseigener und –fremder Kassen an den jeweiligen Bundesverband, zu dem die Kasse gehört.

Überblick 9: Erhebungszeitpunkte

Tranche	Bezugszeit	Erhebungs-zeitpunkt	Tabelle	Aktivität
1	I/2001	Sommer 2002	Tabelle 3 (S. 48) bis Tabelle 5 (S. 51)	Erstellung und Plausibilisierung
1 – 2	usw. bis I/2002		wie oben	wie oben
2	ab I/2002	ab 2002	(KV-intern)	Erfassung zusätzli-cher Merkmale von Stichprobenversicher-ten (VersNr, ICD)
2	II/2002	IV/2002	Tabelle 3 (S. 48) bis Tabelle 5 (S. 51)	Erstellung und Plau-sibilisierung
2	usw. bis IV/2002	Februar 2003	wie oben	wie oben
3	I/2003	Mai 2003	wie oben	wie oben
3	II/2003	August 2003	wie oben	wie oben
Anmerkungen:				
-.-				

Quelle: Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

Überblick 10: Vorlagetermine

Tranche	Tabelle	Vorlagezeitpunkt	Übermittlung	
			von	an
1 (2001)	Tabelle 3 (Seite 48) bis Tabelle 5 (Seite 51)	31.12.2002	KVen	Bundes-verbände
2 (2002)	dito	30.09.2003	KVen	Bundes-verbände
3 (*) (I-II/2003)	dito	31.03.2004	KVen	Bundes-verbände

Anmerkungen:

(*) Die Übermittlung von Daten aus 2003 steht noch unter Vorbehalt.

Quelle: Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

5.3 Datensatzbeschreibungen

Tabelle 3: Satzart 311 – Ambulante Abrechnungen (KVFall)

Dateiumfang:					
Abgrenzung: zu berücksichtigen sind alle Abrechnungsfälle von Stichprobenversicherten eines Abrechnungsquartals.					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "311"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Zeitraum				Verbundfeld aus 01A und 01B
01A	Abrechnungs-quartal	M	1	numerisch	1, 2, 3, 4
01B	Berichtsperiode	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Liefer-IK	M	≤ 9	numerisch	aus Feld "Liefer-IK" der PZT
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-Pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versicherten-Pseudonym" der PZT
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	KV-Nummer	M	≤ 2	numerisch	Nummer der arztzuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Fallzähler	M	≤ 8	numerisch	z.B laufende Nummer je KV
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Fachgruppe	M	2	alphanum.	Fachgruppe des Arztes (Position 3-4 der KV-Nummer des Arztes)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Punktzahlsumme in Zehnteln (*)	M	≤ 13	numerisch	Punktzahlsumme des Abrechnungsfalls in Zehntelpunkten
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 3

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Sachkosten (*)	M	≤ 14	numerisch	Summe der Sachkosten des Abrechnungsfalls inkl. Dialysesachkosten, für 2001 in PFENNIG, ab 2002 in CENT
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
09	Währung zu Sachkosten	M	≤ 4	alphanum.	"Pf" bzw. "Cent"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
10	Platzhalter (**)	M	0	leer	(wird von den KVen nicht gefüllt)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
11	Leistungsquartal	M	5	numerisch	fünfstellig: JJJJQ
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
12	Abrechnungsart	M	1	numerisch	Kennzeichen, ob der Fall über ADT (Eintrag "1") oder manuell (Eintrag "0") abgerechnet wurde
Anmerkungen:					
(*) Fälle mit negativen Punktzahlen oder Sachkosten sind nicht zu selektieren.					
(**) Zur Beschickung des Feldes 10 vergleiche Abschnitt 8.3.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem, KBV, SpiV

Tabelle 4: Satzart 312 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KVFallID)

Dateiumfang:					
Je Diagnose eines Abrechnungsfalles aus Tabelle KVFall ein Datensatz. Die Kombination der Felder 01 bis 06 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "312"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Zeitraum	M	5	numerisch	aus Feld "Zeitraum" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Liefer-IK	M	≤ 9	numerisch	aus Feld "Liefer-IK" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-Pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versicherten-Pseudonym" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	KV-Nummer	M	≤ 2	numerisch	aus Feld "KV-Nummer" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Fallzähler	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Fallzähler" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die einzelnen Diagnosen eines Falles
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Diagnose, kodiert	M	≤ 12	alphanum.	nach ICD 10 (ADT-Feld 6001)
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem, KBV, SpiV

Tabelle 5: Satzart 313 – Gebührenpositionen der ambulanten Behandlung (KVFallG)

Dateiumfang:					
Für jede verschiedene Gebührenposition (GOP) eines Abrechnungsfalles aus Tabelle KVFall ein Datensatz.					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "313"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Zeitraum	M	5	numerisch	aus Feld "Zeitraum" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Liefer-IK	M	≤ 9	numerisch	aus Feld "Liefer-IK" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-Pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versicherten-Pseudonym" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	KV-Nummer	M	≤ 2	numerisch	aus Feld "KV-Nummer" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Fallzähler	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Fallzähler" von Tabelle 3 auf Seite 48
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	GOP	M	≤ 7	alphanum.	geprüfte GOP nach EBM bzw. KV-Kassen-Verträgen, linksbündig
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Anzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl, mit der die GOP aus Feld 06 bei diesem Fall abgerechnet wurde
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem, KBV, SpiV

6 Übermittlung der Schlüsselverzeichnisse

Die Schlüsselverzeichnisse ausgewählter Leistungsbereiche müssen beim BVA zusammengetragen und turnusmäßig aktualisiert werden.

Die Zusammenstellung dieser Verzeichnisse klären die BMG-Gutachter mit den Kassenverbänden und der KBV. Betroffen sind die folgenden Verzeichnisse:

- Gebührenordnungspositionen der vertragsärztlichen Behandlung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM), mit Varianten nach Region (KV) und Periode (Quartal),
- Pharmazentralnummern (PZN) der ABDA mit Zuordnung von ATC-Kodierung und DDDs,
- Operationsschlüssel,
- Entgeltartenschlüssel, mit Varianten nach Region, sowie
- Diagnosenschlüssel (ICD 10-SGB V in zwei Versionen).

Die Zuständigkeiten bei der Unterstützung der Schlüsselbeschaffung und weitere Details sind in Überblick 1 in Abschnitt 1 vermerkt.

7 Datenübermittlungen der Kassen über die Bundesverbände an das Bundesversicherungsamt

Dieser Abschnitt beschreibt die von jeder Kasse an ihren Bundesverband zu übermittelnden Daten. Abschnitt 7.1 enthält Allgemeine Erläuterungen und insbesondere Technische Vorgaben, die Abschnitte 7.2 bis 7.5 spezifizieren die zu übermittelnden Tabellen, Erhebungszeitpunkte und Vorlagetermine finden sich in den Abschnitten 7.7 bzw. 7.8. Die erste Tabelle, die von den Kassen zu übermitteln ist (PZT, an KVen und KZVen), war schon in Abschnitt 3 beschrieben.

7.1 Allgemeine Erläuterungen

Die Kassen übermitteln ihren Bundesverbänden Dateien mit Individualdaten gemäß § 268 Abs. 3 SGB V zur Weiterleitung an das BVA. Die Übermittlungen erfolgen in mindestens zwei Tranchen (Die Übermittlung einer dritten Tranche – Quartale I–II/2003 – steht noch unter Vorbehalt):

- Im Oktober 2002 mit Daten aus dem Jahr 2001,
- im Juli 2003 mit Daten aus dem Jahr 2002.

Die Bundesverbände prüfen und plausibilisieren diese Daten. In Absprache mit den Gutachtern wählen die Bundesverbände die hinreichend plausiblen Individualdaten für die Übermittlung an das BVA aus. Übermittelt werden die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfungen (alle Kassen) und die für plausibel erachteten Individualdaten.

Leistungsdaten, die in den Abschnitten 7.2 bis 7.5 aufgeführt sind, sollten grundsätzlich so (hinsichtlich Periode und Leistungsbereich) abgegrenzt werden wie für eine Erstellung der Satzart 41.

Geldbeträge sind in der 1. Tranche (Berichtsperiode 2001) in PFENNIG anzugeben, ab der 2. Tranche in CENT.

Kassen, die in einem der beiden Rechtskreise im Jahr 2001 weniger als 1.000 Versichertenjahre (gemäß Satzart 40) aufwiesen, werden für diesen Rechtskreis von Prüfung und Übermittlung ausgeschlossen, eine Ost- oder Westkasse mit weniger als 30 Stichprobenversicherten in der Berichts-

periode 2001 ebenso. Ein derartiger Ausschluss bleibt für die Berichtsperiode 2002 (2003) bestehen.

Kann die Kasse im anderen Rechtskreis nach diesen Regeln nicht ausgeschlossen werden, werden für sie nur Daten des größeren Rechtskreises übermittelt.

7.1.1 Verknüpfbarkeit der Daten

Die Individualdaten sind hinsichtlich der Kasse sprechend, bezüglich des Versicherten pseudonymisiert (Die Daten zum Versicherten sind ferner "denominalisiert", d.h. Name, Geburtsdatum, Anschrift und ähnliche sprechende Merkmale werden nicht übermittelt.). Die Zusammenführbarkeit der Individualdaten mit Kassenstatistiken wird von der BfA sicher gestellt (Zusammenführung über Betriebsnummer bzw. "RSA-IK", gegebenenfalls unter Verwendung des Fusionsbaums, vergleiche Abschnitt 9.1).

Um die Verknüpfbarkeit der Individualdaten untereinander zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass alle Datensätze sämtlicher Individualdaten dieses Abschnitts 7 mit genormten Verknüpfungsfeldern beginnen:

1. Berichtsperiode:

In Feld 01 wird die Berichtsperiode genannt.

2. Betriebsnummer:

In Feld 02 wird stets die Betriebsnummer der meldenden Kasse zu einem für die Tranche festgelegten Stichtag (Tranche 1: 15.10.02, Tranche 2: 15.07.03) genannt.

Die Betriebsnummern von Ost- und Westkasse werden unterschieden.

Haben Krankenkassen zwischen den beiden eben genannten Stichtagen fusioniert, meldet die fusionierte Kasse unter der neuen Betriebsnummer. Die ehemaligen Betriebsnummern als Teil des Pseudonyms (Feld **03B**) werden davon *nicht* berührt!

3. Versichertenspseudonyme:

In Feld 03 wird das unveränderliche Versichertenspseudonym genannt.

Es wird immer aus dem Feld "Versichertenspseudonym" von I-Tabelle 1 (Seite 25) entnommen.

Das Pseudonym setzt sich aus drei Teilstücken zusammen: Welle, Betriebsnummer der Kasse und Chiffrat des Versicherten – wobei alle drei Teilstücke die Werte zum Zeitpunkt der Pseudonym-Vergabe tragen. (Bei Versicherten, die schon für die 1. Welle in die Stichprobe gezogen wurden, steht die "1" in der Welle, die damalige Betriebsnummer der Kasse und das Chiffrat aus der 1. Welle sind unverändert, vergleiche Abschnitt 2.4 ab Seite 19.)

Mit diesem Vorgehen bleiben zwei anonyme Versicherte technisch voneinander unterscheidbar, auch wenn fusionierte Kassen Individualdaten melden. Sämtliche Datensätze eines Versicherten sind dann über alle Leistungsbereiche beider Tranchen verknüpfbar, auch wenn seine Kasse mit einer anderen fusioniert hat.

Wie schon in Abschnitt 2.4 beschrieben, sollten Versicherte, die während der Berichtsperiode den Rechtskreis wechseln, von ihrer Kasse unter beiden Rechtskreiskennungen gemeldet werden, d.h. für sie werden sowohl Datensätze mit der West- als auch mit der Ost-Betriebsnummer übermittelt. Ihre Versichertenzeiten, Diagnosen, Leistungen und Ausgaben sind auf die beiden Rechtskreise aufzuteilen. Das Chiffrat sollte in allen Datensätzen (Ost- wie Westkasse) möglichst identisch sein.

Ersatzweise können Kassen derartige Versicherte auch unter nur einer Rechtskreis-spezifischen Meldung übermitteln. Ein derartiger Versicherter ist in beiden Tranchen unter derjenigen Betriebsnummer zu melden, die seiner Rechtskreiszugehörigkeit am 31.12.2001 der Berichtsperiode entspricht. Versichertenzeiten, Diagnosen, Leistungen und Ausgaben sind dann Rechtskreis-übergreifend zusammenzufassen.

Die Vorgaben zu den Verknüpfungsfeldern sind in Überblick 11 noch einmal zusammengestellt.

Überblick 11: Verknüpfungsfelder für pseudonymisierte Individualdaten

Feld Nr	Feld	Feldart	chiffr.	Erläuterung
01	Berichtsperiode	M		2001, 2002, 2003
02	Betriebsnummer, aktuell	M		Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag
03	Versicherten-pseudonym	M	teilweise	gemäß Feld "Versicherten-pseudonym" in I-Tabelle 1 (Seite 25), Verbundfeld aus:
03A	Welle	M		"1", "2" usw. (einstelliges Teilfeld)
03B	Betriebsnummer, eingefroren	M		konstant (Betriebsnummer der Kasse bei Erstellung der Datei bzw. des Datensatzes), Teilfeld mit fester Länge: 8 Ziffern, gegebenenfalls links mit Nullen aufgefüllt
03C	Chifferrat (z.B. chiffrierte Versichertennummer)	M	ja	für das Projekt unveränderliche Kennung des Versicherten, z.B. das Chiffrierfeld der Satzart 45, Teilfeld mit fester Länge: 30 Zeichen

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

7.1.2 Technische Vorgaben

Es sind alle Felder einer Tabelle zu übermitteln, auch wenn sie nicht in jedem Datensatz einen Inhalt aufweisen, d.h. die (tabellenspezifische) Anzahl der Trennzeichen ("#") muss in jedem Datensatz einer Tabelle identisch sein.

Es werden zwei Feldeigenschaften unterschieden:

- numerisch ("N"): ganzzahlige Darstellung unter ausschließlicher Verwendung von Ziffern, d.h. ohne Leerzeichen, Minuszeichen, Kommata, Tausenderpunkte, Währungssymbolen usw.,
- alphanumerisch ("AN"): möglichst beschränkt auf 7-Bit-ASCII, d.h. ohne Umlaute oder sonstigen Sonderzeichen.

Bei den alphanumerischen Feldern darf – mit Ausnahme der "Trennzeichen"-Felder – kein Hash ("#") enthalten sein.

Für die Übermittlung der Dateien sind die Datensätze mit CR/LF (ersatzweise LF) abzuschließen, d.h. jede Tabellenzeile wird durch einen DOS-Record (ersatzweise Unix-Record) repräsentiert.

Die Stellenzahl eines Feldes ist grundsätzlich als feste Länge zu verstehen. Eine Ausnahme stellen die durch " $\leq n$ " gekennzeichneten Felder dar, die eine variable Länge erlauben. Eine weitere Ausnahme sind die ICD-Kodierungen in diversen Tabellen, bei denen 3 bis 6 Stellen zulässig sind. (Diese Variabilität ermöglicht die Übermittlung eines Fünfstellers U12.34 als sechsstelliges Feld mit trennendem Punkt, "U12.34", oder auch als fünfstelligen Eintrag "U1234".)

Die Dateinamen sollten zwischen den Kassen und ihrem Verband abgesprochen werden.

7.2 Individualdaten der Versicherten je Berichtsperiode

Tabelle 6: Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)

Dateiumfang:					
Je Stichprobenversicherten aus der I-Tabelle 1 (Seite 25) je Berichtsperiode ein Datensatz. Versicherte ohne Versicherungszeiten in der Berichtsperiode (Feld 12, " Versichertentage", enthält "0"), müssen nicht übermittelt werden.					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "411"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag, vergleiche Abschnitt 7.1.1, gegebenenfalls mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertenpseudonym" von I-Tabelle 1 auf Seite 25
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Geburtsjahr	M	4	numerisch	des Versicherten, vierstellig
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Geschlecht	M	1	numerisch	1 = weiblich, 2 = männlich
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Verstorben	M	1	numerisch	Stand am Ende der Berichtsperiode: 1 = verstorben 0 = sonst
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Geburtstag	M	≤ 2	numerisch	Kalendertag des Geburtsdatums
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 6

Feld Nr	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
08	Ausgaben sonstige Leistungen	M	≤ 14	numerisch	Ausgaben im HLB 5 (SL), ohne Beträge aus Feld 15, negative Beträge genullt; Jahressumme (Währung: 2001 in PFENNIG, 2002/3 in CENT) (***)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
09	Dialyse	M	1	numerisch	1 = für den Versicherten wurde in der Berichtsperiode mindestens eine Dialyseleistung abgerechnet (**) 0 = sonst
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
10	Postleitzahl der Adresse des Versicherten	M (*)	4	alphanum.	Stand bei Tabellenerstellung; beschränkt auf die ersten 4 Stellen
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
11	RSA-Zelle des Versicherten – historisch				am 31.12. der Berichtsperiode bzw. zum Ende seiner Versicherungszeit; Verbundfeld aus:
11A	RSA-VG	M	2	alphanum.	"01" bis "06"
11B	Rechtskreis	M	1	alphanum.	"O" bzw. "W"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
12	Versichertentage	M	≤ 3	numerisch	des Versicherten in der Berichtsperiode insgesamt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
13	RSA-VG des Versicherten – aktuell	M	2	numerisch	RSA-Versichertengruppe bei Tabellenerstellung bzw. zum Ende seiner Versicherungszeit; Schlüsselung nach RSAV und Vereinbarung nach § 267 SGB V
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
14	Einschreibung DMP	M	6	numerisch	Einschreibungsdatum des Versicherten in ein RSA-wirksames DMP, JJJJMM (ohne Angabe des Kalendertages); Versicherte ohne Einschreibung für Berichtsperioden 2001 und 2002: "000000"; Bei Versicherten mit mehreren DM-Programmen wird das älteste auffindbare Einschreibungsdatum übermittelt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 6

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
15	DMP-Ausgaben	m	≤ 14	numerisch	nur bei DMP-Teilnahme berücksichtigungsfähige Ausgaben (Währung: 2001 in PFENNIG, 2002/3 CENT); negative Beträge genutzt; für Berichtsperioden 2001/2002: leer (0 Byte)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
16	DMP-Details	m	0	alphanum.	für Berichtsperioden 2001/2002: leer (d.h. der Datensatz wird mit dem Trennzeichen nach Feld 15 beendet)

Anmerkungen zu Tabelle 6:

(*) "Neue" PLZ, führende Nullen dürfen nicht entfallen; die 5. Stelle wird nicht übermittelt; ohne Angabe oder Ausland: "0000"; der Wohnort kann auch zu KV-Bereichen verdichtet sein. Dieses Feld wird von der Kasse zu ihrem Bundesverband gemeldet, um bei Datenausfällen einzelner KVen bei den entsprechenden Versicherten die Unvollständigkeit ihrer Abrechnungsdaten kennzeichnen zu können. Der Bundesverband löscht nach der Bearbeitung den Inhalt des Feldes und trägt im Falle der Unvollständigkeit das Kennzeichen "xxxx" ein.

Liegen Datenübermittlungen der KVen erst nach der Weiterleitung dieser Tabelle durch den Bundesverband vor, erfolgt die Nachmeldung einer reduzierten Satzart 411, welche die modifizierten Datensätze (identifizierbar über die Felder 01 bis 03 – Primärschlüssel) beinhaltet.

(**) Feld 09 ist mit "1" zu füllen, wenn eine Leistung vorliegt, die ab dem Jahr 2003 im Risikopool ausgleichsfähig wäre. Es soll insbesondere dann mit "1" gefüllt werden, wenn für den Versicherten eine nicht-teilstationäre Dialyse von einem Krankenhaus abgerechnet wurde oder Rechnungen vom einer Institution des Kuratoriums für Heimdialyse vorgelegt wurden.

(***) ohne Mehrleistungen; die Währungseinheit für 2001 ist PFENNIG, für 2002/3 CENT; bei Versicherten, für die keine Ausgaben in der Berichtsperiode feststellbar sind, ist "0" einzutragen.

Die Vorgabe zur Kodierung von Feld 13 wird von den Bundesverbänden gegeben. Das DMP-Einschreibungsdatum ist auch dann zu übermitteln, wenn es im Jahr 2003 liegt.

Alle Felder der Satzart 411 – mit Ausnahme der Felder 08 / 09 – sollten bei allen Kassen zu einem einheitlichen Zeitpunkt erstellt werden. Für Tranche 2 sollte dies frhestens der 15.05.2003 sein.

Die Angaben aus vergangenen Berichtsperioden werden nicht durch Korrekturmeldungen verändert.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Anm.:

Da die Datenübermittlungen der KVen erst nach der Weiterleitung dieser Tabelle durch die Bundesverbände vorlagen, erfolgten Nachmeldungen einer modifizierten Satzart 411, in der diejenigen Versicherten, für die keine KV-Daten verfügbar waren, mit „xxxx“ gekennzeichnet waren und diejenigen Versicherten, für die nur unvollständige KV-Daten verfügbar waren, mit „uuuu“. Diese Nachmeldungen zogen auch Änderungen und Nachlieferungen in den Tabellen des Abschnitts 8 nach sich.

7.3 Stationäre Behandlung der Stichprobenversicherten

Tabelle 7 bis Tabelle 10 sind je Berichtsperiode von jeder Kasse, bei der mindestens ein Stichprobenversicherter stationär behandelt wurde, an ihren Bundesverband zu übermitteln.

Tabelle 7: Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall)

Dateiumfang:					
Abgrenzung: wie Hauptleistungsbereich 4 im RSA (voll- oder teilstationäre Behandlung, Anschlussheilbehandlung, Schwangerschaft, Entbindung, Abbruch); zu berücksichtigen sind alle Fälle, deren Kosten auf den Konten 460 bis 465, 531 oder 552 zu verbuchen sind, inklusive der ambulanten Operationen (Konto 462); vor- und nachstationäre Behandlung können mit dem stationären Aufenthalt zu einem Fall zusammengefasst sein. Auftragsfälle (BVG usw.) sollten nicht übermittelt werden.					
Von diesen Fällen sind all diejenigen zu übermitteln, die die Berichtsperiode "schneiden", d.h. eines der folgenden Kriterien erfüllen:					
<ul style="list-style-type: none"> • das Aufnahmedatum des Falles liegt in der Berichtsperiode, • das Entlassungsdatum des Falles liegt in der Berichtsperiode, • das Aufnahmedatum des Falles liegt vor der Berichtsperiode und der Fall ist am Ende der Berichtsperiode noch nicht beendet. 					
Lieferumfang: in dieser Abgrenzung je Fall eines Stichprobenversicherten ein Datensatz.					
Eindeutigkeit: Die Fälle einer Berichtsperiode werden nummeriert, so dass die Kombination der Felder 01 bis 04 einen Datensatz eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld-Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "412"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode (*)	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag, vergleiche Abschnitt 7.1.1, gegebenenfalls mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertenpseudonym" von I-Tabelle 1 auf Seite 25
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Fallnummer	M	≤ 8	numerisch	z.B laufende Nummer
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Aufnahmedatum	M	6	numerisch	JJJJMM (ohne Angabe des Kalendertages)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 7

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
06	Entlassungs-datum	M	≤6	numerisch	JJJJMM (ohne Angabe des Kalen-dertages); bei Tabellenerstellung offene Fälle: leer oder „000000“
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Pflegetage	M	≤ 5	numerisch	Entlassungsdatum minus Aufnah-medatum in Tagen bei Tabellenerstellung offene Fälle: Tabellenerstellungsdatum minus Be-ginndatum in Tagen plus 1
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
08	Ausgaben	M	≤ 14	numerisch	abgegrenzt auf die in Feld 01 ge-nannte Berichtsperiode (Währung: 2001 in PFENNIG, 2002/3 in CENT) negative Beträge genutzt; (**)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
09	Leistungsart	M	1	numerisch	1 = vollstationäre Behandlung, Entbin-dung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisa-tion 2 = teilstationäre Behandlung 3 = Anschluss-Reha (AHB, Kontengrup-pen 464 / 465) 4 = vor- oder nachstationär, ambulante Operation am Krankenhaus 9 = sonstige oder keine Angabe möglich
Anmerkungen:					
Diese Tabelle dient auch der Verknüpfung der folgenden Tabellen zur stationären Behandlung.					
(*) In der ersten Datenübermittlung (Tranche 1) ist die Berichtsperiode (Feld 01) konstant mit "2001" zu schlüsseln, in der Übermittlung zu Tranche 2 konstant mit "2002".					
(**) Die Währungseinheit ist für 2001 PFENNIG, für 2002/3 CENT..					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Tabelle 8: Satzart 413 – Diagnosen der stationären Behandlung (KHFallID)

Dateiumfang:					
Je Aufnahme-, Einweisungs- oder Entlassungs- bzw. Verlegungsdiagnose eines Falles aus Tabelle 7 auf Seite 62 ein Datensatz.					
Die Diagnosen können den Segmenten "EAD" des Nachrichtentyps "AUFN" bzw. "ETL" / "NDG" / "FAB" des Nachrichtentyps "ENTL" der Datenübermittlung nach § 301 SGB V entnommen werden.					
Die Diagnosen eines Falles werden nummeriert (Feld 05), damit identifiziert die Kombination der Felder 01 bis 05 einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "413"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	aus Feld "Berichtsperiode" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Betriebsnummer, aktuell" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten- pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertenpseudonym" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Fallnummer	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Fallnummer" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Diagnosenzähler	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die Diagnosen
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Diagnose, kodiert	M	≥ 3, ≤ 6	alphanum.	nach ICD 10 (*)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Art der Diagnosenstellung	M	1	alphanum.	A , falls Feld 06 eine der Aufnahme- bzw. Einweisungsdiagnosen war (Segment EAD), F bei Diagnosen der Fachabteilungen (FAB), E bei Entlassungs- / Verlegungsdiagnose war (Segment ETL), S Sekundärdiagnose bei Entlassung (Segment ETL), N bei Nebendiagnosen (Segment NDG), X , falls Angabe nicht möglich
Anmerkungen:					
(*) ICD 10-Kodierungen fünfstellig; Fälle ohne zulässige Diagnosenkodierung erhalten eine Kodierung für "keine Angabe": "U88.8"; Fälle mit ambulanten Operationen (gegebenenfalls auch Datensätze zu vor- bzw. nachstationärer Behandlung) erhalten ebenfalls die Kodierung "U88.8".					

Tabelle 9: Satzart 414 – Entgelte der stationären Behandlung (KHFallE)

Dateiumfang:					
Je Entgeltposition eines Falles aus Tabelle 7 auf Seite 62 ein Datensatz. Bei stationärer Behandlung werden die Entgelte dem Segment "ENT" des Nachrichtentyps "RECH" entnommen. Zu Fällen, für die keine Entgeltart verfügbar ist, ist kein Datensatz in Tabelle 9 erforderlich. Die Entgeltpositionen eines Falles werden nummeriert (Feld 05), damit identifiziert die Kombination der Felder 01 bis 05 einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "414"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	aus Feld "Berichtsperiode" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Betriebsnummer, aktuell" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten- pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertenpseudonym" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Fallnummer	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Fallnummer" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Positionsnummer	M	≤ 4	numerisch	Zähler für die Entgeltposition
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Entgeltart	M	8	alphanum.	nach Entgeltartenschlüssel gemäß BPfISVo (*)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Entgeltanzahl	M	≤ 4	numerisch	Anzahl, mit der das Entgelt in Feld 06 bei diesem Fall abgerechnet wurde (**)
Anmerkungen:					
(*) Zu Fällen, für die keine Entgeltart verfügbar ist, ist kein Datensatz in Tabelle 9 erforderlich.					
(**) Entgeltpositionen ohne Angabe der Anzahl werden in Feld 07 mit "1" ausgegeben.					

Tabelle 10: Satzart 415 – Im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operationen (KHFallO)

Dateiumfang:					
Feld Nr	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "415"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	aus Feld "Berichtsperiode" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Betriebsnummer, aktuell" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten- pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertennpseudonym" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Fallnummer	M	≤ 8	numerisch	aus Feld "Fallnummer" in Tabelle 7 auf Seite 62
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Operationszähler	M	≤ 4	numerisch	laufende Nummer zum Operationssatz (z.B. innerhalb des Falles)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	Operationstag	M	6	numerisch	JJJJMM (ohne Angabe des Kalendertages)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Operation	M	≥ 4, ≤ 8	alphanum.	amtlicher Operations- und Prozedurenschlüssel (*)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#" (**)
08	zweiter Operationsschlüssel	K	≥ 4, ≤ 8	alphanum.	Zusatzschlüssel 1 (Segment "FAB" des Nachrichtentyps "ENTL", 17. Element) (*)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#" (**)
09	dritter Operationsschlüssel	K	≥ 4, ≤ 8	alphanum.	Zusatzschlüssel 2 (Segment "FAB" des Nachrichtentyps "ENTL", 18. Element) (*)
Anmerkungen:					
(*) Operations- und Prozedurenschlüssel sechsstellig, bei Verwendung von Trennzeichen (Bindestrich, Punkt) bis zu acht Zeichen.					
(**) Auch wenn Feld 08 oder 09 nicht gefüllt sind, sind die Trennzeichen auszugeben.					

7.4 Ambulante und zahnmedizinische Behandlung der Stichprobenversicherten

Die Tabellen der Abschnitte 4 und 5 sind nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung vom Bundesverband der Kasse weiterzuleiten.

7.5 Weitere Leistungsdaten der Versicherten

Versichertenindividuelle Arzneimitteldaten sind aus den Meldungen der Apothekenrechenzentren gemäß § 300 SGB V zu extrahieren; direkt mit der Kasse abgerechnete Rezepte sollten möglichst erfasst und in das Format von Tabelle 11 gebracht werden. Zu den Vorgaben der Kodierung direkt abgerechneter Medikamente siehe Abschnitt 10.2 im Anhang.

Tabelle 12 soll sämtliche Arbeitsunfähigkeitsfälle der Stichprobenversicherten je Berichtsperiode umfassen – unabhängig davon, ob Krankengeld bezogen wurde oder nicht. Krankengeldfälle bei Nicht-AU-Anlässen (wie Erkrankung des Kindes) sind nicht zu übermitteln.

Tabelle 11: Satzart 416 – Arzneimitteldaten (AM)

Dateiumfang:					
Abgrenzung: Für jedes von einer Apotheke abgerechnete Medikament, Verband- oder Hilfsmittel bei einem Versicherten aus I-Tabelle 1 ein Datensatz, wenn das Rezept in die Berichtsperiode fällt (formell: wenn der Wert von Feld 04 in der Berichtsperiode liegt).					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "416"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag, vergleiche Abschnitt 7.1.1, gegebenenfalls mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertenpseudonym" von I-Tabelle 1 auf Seite 25
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Verordnungs-datum (*)	M	6	numerisch	JJJJMM (ohne Angabe des Kalendertages)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Beleg-Nummer (Image-Nummer) (***)	M	18	alphanum.	ID-Feld des Rezeptes für Plausibilitätsprüfungen; bei manuell erfassten Abrechnungen: Pseudo-Nummer; dieses Feld kann chiffriert werden, wenn dabei die Vorgaben des Abschnitts 10.1 eingehalten werden
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 11

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
06	Positionsnummer	M	1	numerisch	des Medikaments auf dem Rezept ("1" und höher) (***)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	Kassenausgaben für das Rezept	M	≤ 14	numerisch	beim ersten Medikament eines Rezeptes (Positionsnummer = 1): Nettoausgaben der Kasse für das gesamte Rezept (d.h. Ausgaben abzüglich Patientenzuzahlungen und Rabatt, Währung: 2001 in PFENNIG, 2002/3 in CENT); negative Beträge genüllt (**) 0 bei allen folgenden Medikamenten eines Rezeptes (d.h. Positionsnummer > 1)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
08	Pharmazentral-nummer (PZN) (***)	M	≤ 10	alphanum.	bei Fertigarzneimitteln (bzw. Verband- oder Hilfsmitteln), sonst Platzhalter für Rezepturen / Homöopathika / direkt abgerechnete Medikamente usw.
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
09	Anzahl Packun-gen (***) (****)	M	≤ 3	numerisch	Anzahl Packungen zu dieser PZN auf diesem Rezept
Anmerkungen:					
(*) ersatzweise Abgabedatum, ersatzweise Abrechnungsmonat					
(**) Die Nettoausgaben sind so zu ermitteln wie für Satzart 41.					
(***) Zu den Vorgaben zur Kodierung von Rezepten, die von der Kasse selbst erfasst wurden (Direktabrechner), siehe Abschnitt 10.2 im Anhang.					
(****) Datensätze ohne Angabe von Position bzw. Anzahl erhalten in diesem Feld den Wert "1".					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Tabelle 12: Satzart 417 – Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld (AUKG)

Dateiumfang:					
Abgrenzung: Für jeden Arbeitsunfähigkeitsfall eines Versicherten aus I-Tabelle 1 in der Berichtsperiode ein Datensatz, wenn der Versicherte zum Beginn der AU Krankengeldanspruchsberechtigt war. Fälle mit Krankengeldbezug, die nicht mit Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang stehen (z.B. bei Erkrankung des Kindes) sowie Auftragsfälle (UV usw.) sollten nicht übermittelt werden.					
Von diesen Fällen sind all diejenigen zu übermitteln, die die Berichtsperiode "schneiden", d.h. eines der folgenden Kriterien erfüllen:					
<ul style="list-style-type: none"> • das AU-Beginndatum des Falles liegt in der Berichtsperiode, • das AU-Endedatum des Falles liegt in der Berichtsperiode, • das Aufnahmedatum des Falles liegt vor der Berichtsperiode und der Fall ist am Ende der Berichtsperiode noch nicht beendet. 					
Angaben zum Krankengeldbezug: Die Abgrenzung des Leistungsbereichs Krankengeld ist über die Kontenarten 470 und 478 vorzunehmen.					
Eindeutigkeit: Die Fälle einer Berichtsperiode werden nummeriert, so dass die Kombination der Felder 01 bis 04 einen Datensatz eindeutig identifiziert (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld-Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "417"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode (*)	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag, vergleiche Abschnitt 7.1.1, gegebenenfalls mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Versicherten-pseudonym	M	39	alphanum.	aus Feld "Versichertenpseudonym" von I-Tabelle 1 auf Seite 25
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Fallnummer	M	≤ 8	numerisch	z.B laufende Nummer
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	AU-Beginndatum	M	6	numerisch	JJJJMM (ohne Angabe des Kalendertages)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	AU-Endedatum	M	≤ 6	numerisch	JJJJMM (ohne Angabe des Kalendertages), bei offenen Fällen: leer oder „000000“
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 12

Feld-Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	AU-Tage	M	≤ 5	numerisch	Endedatum minus Beginndatum in Tagen plus 1 bei offenen Fällen: Tabellenerstellungsdatum minus Beginndatum in Tagen plus 1
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
08	Krankengeld-bezugstage	M	≤ 3	numerisch	die Zahl der Bezugstage ist auf die Tage, die in die Berichtsperiode fallen, zu beschränken; bei offenen Fällen: 31.12. der Berichtsperiode minus Beginndatum (gegebenenfalls begrenzt auf den 01.01. der Berichtsperiode) in Tagen plus 1; bei Fällen ohne Krankengeldbezug: 0
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
09	Krankengeld-ausgaben	M	≤ 14	numerisch	abgegrenzt auf die in Feld 01 genannte Berichtsperiode, abgegrenzt wie für Satzart 42, möglichst brutto (d.h. inkl. Beiträge auf KG), Währung: 2001 in PFENNIG, 2002/3 in CENT; negative Beträge genullt; (**)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	bei Fällen ohne Krankengeldbezug: 0
10	Diagnose 1	M	$\geq 3, \leq 6$	alphanum.	möglichst mit Hauptdiagnose gefüllt, nach ICD 10 (***)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
11	Diagnose 2	m	$\geq 3, \leq 6$	alphanum.	weitere Diagnose, wie Feld 10
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
12	Diagnose 3	m	$\geq 3, \leq 6$	alphanum.	weitere Diagnose, wie Feld 10
Anmerkungen:					
(*) In der ersten Datenübermittlung (Tranche 1) ist die Berichtsperiode (Feld 01) konstant mit "2001" zu schlüsseln, in der Übermittlung zu Tranche 2 konstant mit "2002".					
(**) Die Währungseinheit ist in 2001 PFENNIG, in 2002/3 CENT.					
(***) ICD 10-Kodierungen fünfstellig, Fälle ohne zulässige Diagnosenkodierung erhalten die Kodierung "U88.8".					

7.6 Datenprüfungen vor Weiterleitung

7.6.1 Weiterleitungsregeln

Kassen, die nur bestimmte Tabellen liefern können, leiten Tabellen nur unter bestimmten Bedingungen an Ihren Bundesverband.

Alle Tabellen der Fallebene (KHFall, AM, AUKG) werden von der Übermittlung ausgeschlossen, wenn Tabelle 6 (iVJ) nicht geliefert werden kann. Tabellen unterhalb der Fallebene (z.B. KHFallID) sind von den Falldaten (hier: KHFall) abhängig und werden nur übermittelt, wenn die entsprechende Tabelle der Fallebene geprüft geliefert werden kann.

Die diesbezüglichen Regeln sind in Überblick 12 (Ausschluss von Tabellen) zusammengestellt.

Tabellen, die nicht an den Bundesverband übermittelt werden, müssen nicht gemäß Abschnitt 7.6.2 bis 7.6.3 geprüft werden.

Die Tabellen von KVen und KZVen werden wahrscheinlich direkt an den jeweiligen Spitzenverband geliefert, die Prüfungen sind daher beim Verband verortet (Abschnitt 8.3).

Überblick 12: Ausschluss von Tabellen

Tranche	Abhängige Tabelle (1)	Übermittlung der Tabelle in Spalte (1) erfordert Übermittlung von Tabelle ... (2)
1	Tabelle 6 (iVJ)	Tabelle 11 (AM) oder Tabelle 7 (KHFall)
	Tabelle 7 (KHFall)	Tabelle 6 (iVJ)
	Tabelle 8 (KHFallID)	Tabelle 7 (KHFall)
	Tabelle 9 (KHFallIE)	Tabelle 8 (KHFallID)
	Tabelle 10 (KHFallIO)	Tabelle 8 (KHFallID)
	Tabelle 11 (AM)	Tabelle 6 (iVJ)
	Tabelle 12 (AUKG)	Tabelle 6 (iVJ)
	<i>Tabelle 2 (KZVFall)</i>	<i>Tabelle 6 (iVJ) und Tabelle 1 (PZT)</i> (*)
	<i>Tabelle 3 (KVFall)</i>	<i>Tabelle 6 (iVJ) und Tabelle 1 (PZT)</i> (*)
	<i>Tabelle 4 (KVFallID)</i>	<i>Tabelle 3 (KVFall)</i>
	<i>Tabelle 5 (KVFallG)</i>	<i>Tabelle 3 (KVFall)</i>
2	Tabelle 6 (iVJ)	Tabelle 6 (iVJ) aus Tranche 1; Ausnahme: Kasse ist im Jahr 2002 gegründet worden
	alle weiteren Regeln	wie für Tranche 1
Anmerkungen:		
(*) Wurde die PZT einer Tranche <i>nicht</i> an den Bundesverband übermittelt, sind Tabelle 2 bis Tabelle 5 für die Kasse nicht verwendbar.		

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

7.6.2 Formalprüfungen bezüglich der Feldinhalte

Nach Erstellung sind die Tabellen auf Korrektheit der jeweiligen Datensatzformate zu überprüfen. Bei Abweichungen muss die Kasse die Korrektheit herstellen, damit die weiteren Prüfungen dieses Abschnitts durchgeführt werden können.

Unzulässige Feldinhalte sind von der Kasse, ihrem Rechenzentrum oder Systemhaus zu klären und zu korrigieren. Unzulässige Werte dürfen nicht übermittelt werden.

Die Formalprüfungen auf Feldinhalte sind – getrennt nach den zu übermittelnden Tabellen – in Überblick 14 bis Überblick 20 zusammengestellt. Die Vorgaben dieser Prüfungen beziehen sich auf

1. Prüfung des Wertevorrats eines Feldes,
2. Konsistenzprüfung zwischen verschiedenen Feldern desselben Datensatzes einer Tabelle sowie
3. Summenprüfungen über alle Datensätze einer Tabelle.

Bei Soll-Verletzungen sind die dort aufgeführten Fehlerbehandlungen durchzuführen. Die Arten der Fehlerbehandlung sind in Überblick 14 bis Überblick 20 als Abkürzung aufgeführt, Überblick 13 erläutert die Abkürzungen.

Überblick 13: Fehlerbehandlung

Abkürzung	Art der Fehlerbehandlung
P	Programme für den jeweiligen Datenabzug sind zu prüfen und zu korrigieren, die korrigierten Daten sind zu erstellen.
L	Der ungültige Datensatz ist nicht zu übermitteln.
PoL	Die Programme für den jeweiligen Datenabzug sind zu prüfen. Entweder sind Programme zu korrigieren und die Daten neu zu erstellen oder die Programme sind zwar korrekt, bestimmte Datensätze jedoch nicht; in diesem zweiten Fall sind nicht korrigierbare Datensätze nicht zu übermitteln.
Son	Sonderprüfungen (werden einzeln vorgegeben)

Überblick 14: Feldprüfungen zu Tabelle 6 – Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "411" ?	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 ("PZT")	L
04	Geburtsjahr	4	N	numerisch 4 Ziffern ≤ Feld 01 (Berichtsperiode)	P PoL PoL
				Geburtsjahr > 1880	L
05	Geschlecht	1	N	Wertevorrat 1 , 2	PoL
06	Verstorben	1	N	Wertevorrat 0 , 1 Die Summe der Feldinhalte über alle Datensätze einer Berichtsperiode für eine Kasse sollte größer als 0 ausfallen (Vgl. Anmerkungen)	P Son 1
07	Geburtstag	≤ 2	N	Tranchen 1/2: konstant "11"	Son 2
				Tranche 3 : Neben der "11" sollten auch andere Einträge vorliegen	Son 3
08	Ausgaben sonstige Leistungen	≤ 14	N	numerisch ohne Punkt / Komma	P P
09	Dialyse	1	N	Wertevorrat 0 , 1	P
10	Postleitzahl der Adresse des Versicherten	4	AN	vier Ziffern	P
11	RSA-Zelle – historisch				
11A	RSA-VG	2	AN	Tranchen 1/2: Wertevorrat "01" bis "06" Tranche 3: zulässiger Wertevorrat wird vom jeweiligen Bundesverband bekannt gegeben	P P
11B	Rechtskreis	1	AN	Wertevorrat "O" , "W"	P
12	Versichertentage	≤ 3	N	numerisch oder leer Wertevorrat leer oder 0 bis 365	P P
13	RSA-VG des Versicherten – aktuell	≤ 2	N	Wertevorrat gemäß RSAV und Vereinbarung, Vorgaben kommen vom Bundesverband	P

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
14	Einschreibung DMP	≤ 6	N	JJJJMM oder leer	P
15	DMP-Ausgaben	≤ 14	N	numerisch oder leer (keine weiteren Prüfungen)	P
16	DMP-Details	0		Feld ist leer	P
Anmerkungen:					
<p>Sonderprüfungen (Fehlerbehandlung "Son"):</p> <p>Son 1: Bei Kassen ohne einen einzigen Verstorbenen in der Stichprobe muss nachgeprüft werden, ob die Ziehung der Stichprobenversicherten vollständig ist.</p> <p>Son 2: Entweder muss das Ausleseprogramm für das Geburtsdatum korrigiert werden oder die Stichprobenziehung (vergleiche Abschnitt 2) erfolgte fehlerhaft. Im zweiten Fall ist der Bundesverband zu unterrichten und das weitere Vorgehen mit ihm abzusprechen.</p> <p>Son 3: Es ist zu prüfen, ob die Kasse keinen der für Tranche 3 zusätzlich vorgesehenen DMP-Eingeschriebenen hat. Weist die Kasse zum Erhebungszeitpunkt für Tranche 2 tatsächlich keinen DMP-Eingeschriebenen auf (oder nur solche, die ihren Geburtstag am 11. eines Monats haben), liegt kein Fehler vor. Ist dagegen die Stichprobe der Kasse fehlerhaft gezogen, ist das weitere Vorgehen mit dem Bundesverband abzustimmen. Diese Prüfung betrifft nur den Fall, dass für Tranche 3 zusätzliche DMP-Versicherte gezogen werden.</p>					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 15: Feldprüfungen zu Tabelle 7 – Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "412"	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 ("PZT")	L
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	P
05	Aufnahmedatum (Format "JJJJMM")	6	N	numerisch Teilfeld "MM" "01" bis "12" Teilfeld "JJJJ" > "1900" Dezember der Berichtsperiode (Feld 01) oder früher (d.h. Teilfeld "JJJJ" ≤ Wert von Feld 01)	P PoL PoL P
06	Entlassungs-datum (Format "JJJJMM")	≤ 6	N	numerisch oder leer <i>falls nicht leer und ungleich "000000":</i> Teilfeld "MM" "01" bis "12" Teilfeld "JJJJ" ≤ Jahr der Tabellenerstellung Januar der Berichtsperiode oder später (d.h. Teilfeld "JJJJ" ≥ Wert von Feld 01)	P PoL PoL P
05 / 06	Aufnahme- zu Entlassungs-datum			<i>falls Entlassungsdatum nicht leer und ungleich "000000":</i> Aufnahmedatum (Feld 05) ≤ Entlassungsdatum (Feld 06)	PoL
07	Pflegetage	≤ 5	N	numerisch ohne Punkt / Komma Wertevorrat ≥ 0	P P P
08	Ausgaben	≤ 14	N	numerisch ohne Punkt / Komma $< 100.000.000$ (Pf. oder Cent)	P P PoL
09	Leistungsart	1	N	Wertevorrat: 1, 2, 3, 4, 9	P

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 16: Feldprüfungen zu Tabelle 8 –Satzart 413 – Diagnosen der stationären Behandlung (KHFallID)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "413"	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 ("PZT")	L
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	P
05	Diagnosenzähler	≤ 4	N	numerisch Wertevorrat ≥ 1	P P
06	Diagnose, kodiert	≥ 3, ≤ 6	AN	Feld nicht leer Anzahl der Zeichen durchgehend zwischen 3 und 6 Die 1. Stelle darf nur einen Buchstaben enthalten Die weiteren Stellen dürfen keine Buchstaben enthalten Stelle 2 und 3 müssen Ziffern sein	P PoL PoL PoL PoL
07	Art der Diagnosenstellung	1	AN	Feld nicht leer Wertevorrat A, F, E, S, N, X	P P
Anmerkungen:					
Eine Übermittlung von Diagnosen nach ICD 9 muss zwischen dem Verband der Kasse und IGES abgestimmt werden. Die Prüfungen auf Buchstaben in Feld 06 entfallen für ICD9-Kodierungen.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 17: Feldprüfungen zu Tabelle 9 – Satzart 414 – Entgelte der stationären Behandlung (KHFallE)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "414"	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten- pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 ("PZT")	L
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	P
05	Positionsnummer	≤ 4	N	numerisch Wertevorrat ≥ 1	P P
06	Entgeltart	8	AN	Feld nicht leer acht Ziffern	P PoL
07	Entgeltanzahl	≤ 4	N	numerisch Wertevorrat ≥ 1	P P
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 18: Feldprüfungen zu Tabelle 10 – Satzart 415 – Im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operationen (KHFallO)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "415"	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten- pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 ("PZT")	L
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	P
05	Operationszähler	≤ 4	N	numerisch Wertevorrat ≥ 1	P P
06	Operationstag	≤ 6	N	numerisch	PoL
07	Operation	≥ 4, ≤ 8	AN	Feld nicht leer mindestens 4 Zeichen, mit Ziffer beginnend Null oder zwei Trennzeichen zuläs- sig In der 4. bis 6. Stelle der Systema- tik sind alphanumerische Zeichen (z.B. "x", "y") zulässig. (Sind z.B. 2 Trennzeichen gespeichert, ent- spricht die 4. bis 6. Stelle der Sy- stematik dem 6. bis 8. gespeicher- ten Zeichen. In diesem Fall dürfen das 2. sowie das 5. bis 8. Zeichen alphanumerisch sein.)	P PoL P PoL
08	zweiter Opera- tionsschlüssel	≤ 8	AN	Feld leer oder sonstige Prüfungen wie unter Feld 07	wie Feld 07
09	dritter Opera- tionsschlüssel	≤ 8	AN	Feld leer oder sonstige Prüfungen wie unter Feld 07	wie Feld 07
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 19: Feldprüfungen zu Tabelle 11 – Satzart 416 – Arzneimitteldaten (AM)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant „416“	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 („PZT“)	L
04	Verordnungs-datum (Format „JJJJMM“)	≤ 6	N	numerisch, nicht leer Teilfeld „JJJJ“ = Wert von Berichts-periode (Feld 01) Teilfeld „MM“: „01“ bis „12“	P P P
05	Beleg-Nummer (Image-Nummer)	18	AN	(ungeprüft)	--
06	Positionsnummer	1	N	numerisch Wertevorrat ≥ 1 Wertevorrat ≤ 9	P P P
07	Kassenausgaben für das Rezept	≤ 14	N	numerisch ohne Punkt / Komma nur dann > 0, wenn Positions-nummer (Feld 06) = „1“ < 100.000.000 (Pf. Oder Cent)	P P P PoL
08	Pharmazentral-nummer (PZN)	≤ 10	AN	nur Ziffern	PoL
09	Anzahl Packun-gen	≤ 3	N	numerisch Wertevorrat ≥ 1	P P
Anmerkungen:					
--					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 20: Feldprüfungen zu Tabelle 12 – Satzart 417 – Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld (AUKG)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "417"	P
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	P P
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	P
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in Tabelle 1 ("PZT")	L
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	P
05	AU-Beginndatum (Format "JJJJMM")	6	N	numerisch Teilfeld "MM" "01" bis "12" Teilfeld "JJJJ" > "1900" Dezember der Berichtsperiode (Feld 01) oder früher (d.h. Teilfeld "JJJJ" ≤ Wert von Feld 01)	P PoL PoL P
06	AU-Endedatum (Format "JJJJMM")	≤ 6	N	numerisch oder leer Teilfeld "MM" "01" bis "12" Teilfeld "JJJJ" ≤ Jahr der Tabellenerstellung Januar der Berichtsperiode oder später (d.h. Teilfeld "JJJJ" ≥ Wert von Feld 01)	P PoL PoL P
05 / 06	AU-Beginn- zu AU-Endedatum			AU-Beginndatum ≤ AU-Endedatum oder AU-Endedatum ist leer	PoL
07	AU-Tage	≤ 5	N	numerisch ohne Punkt / Komma Wertevorrat ≥ 1	P P P
08	Krankengeld-bezugstage	≤ 3	N	numerisch ohne Punkt / Komma Wertevorrat 0 bis 365 Eintrag Feld 08 ≤ Eintrag Feld 07 (AU-Tage) Eintrag > 0 nur dann, wenn Eintrag Feld 09 (Krankengeld-ausgaben) > 0	P P P PoL PoL

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
09	Krankengeld-ausgaben	≤ 14	N	numerisch ohne Punkt / Komma Eintrag > 0 nur dann, wenn Eintrag Feld 08 (Krankengeld-bezugstage) > 0 Eintrag Feld 09 \leq Eintrag Feld 08 * täglicher Höchstsatz gemäß Vereinbarung zu § 267 SGB V (*) 	P P PoL PoL
10	Diagnose 1	$\geq 3, \leq 6$	AN	Feld nicht leer Anzahl der Zeichen: 3 bis 6 Die 1. Stelle darf nur einen Buchstaben enthalten Die weiteren Stellen dürfen keine Buchstaben enthalten Stelle 2 und 3 müssen Ziffern sein	P P PoL PoL PoL
11	Diagnose 2	$\geq 3, \leq 6$	AN	Feld leer oder sonstige Prüfungen wie unter Feld 10	wie Feld 10
12	Diagnose 3	$\geq 3, \leq 6$	AN	Feld leer oder sonstige Prüfungen wie unter Feld 10	wie Feld 10
Anmerkungen:					
(*) Dieser Höchstsatz variiert mit der Berichtsperiode. Bei der Bundesknappschaft gelten spezifische Werte. Eine Übermittlung von Diagnosen nach ICD 9 muss zwischen dem Verband der Kasse und IGES abgestimmt werden. Die Prüfungen auf Buchstaben in den Feldern 10 – 12 entfallen für ICD9-Kodierungen.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

7.6.3 Formalprüfungen bezüglich der Verknüpfbarkeit von Tabellen

In Überblick 21 sind die Bedingungen an die einzelnen Tabellen (einer Kasse für eine Berichtsperiode) zusammengestellt. Kassen und Verbände stellen sicher, dass die dort geforderten Primärschlüsseleigenschaften gewährleistet werden.

Überblick 21: Tabellenprüfungen zu den Individualtabellen – Formalprüfungen

Nr.	Verweis	Satzart	Felder	Soll (zugesicherter Zustand)
1	Tabelle 1	111	01 bis 02 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
2	Tabelle 6	411	01 bis 03 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
3	Tabelle 7	412	01 bis 04 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
4	Tabelle 8	413	01 bis 05 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
5	Tabelle 9	414	01 bis 05 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
6	Tabelle 10	415	01 bis 05 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
7	Tabelle 11	416	01 bis 06 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
8	Tabelle 12	417	01 bis 04 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft
Anmerkungen:				
-.-				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Die Tabellen der Individualdaten müssen auf der Ebene Berichtsperiode / Kasse / Versichertenspseudonym miteinander verknüpfbar sein. Überblick 22 gibt zu den entsprechenden Tabellen (Spalte (1)) an, mit welcher anderen Tabelle (Spalte (2)) sie verknüpfbar sein muss. Unter Verknüpfbarkeit soll hier verstanden werden, dass *jede* einzelne Kombination von (beispielsweise) Berichtsperiode / Kasse / Versichertenspseudonym, die in der Tabelle in Spalte (1) auftritt, in der Tabelle der Spalte (2) aufgefunden werden *muss*.

Die "Verknüpfungsfelder" in Überblick 22 geben an, für welche Feldkombination die Verknüpfung zu prüfen ist. (Durch die Systematik im Aufbau der Individualtabellen tragen die Verknüpfungsfelder in den beiden zu verknüpfenden Tabellen *immer* dieselben Feldnummern, sie müssen in Überblick 22 daher nur einmal angegeben werden.)

Die Prüfung auf Verknüpfbarkeit für Überblick 22 erfolgt immer gleichartig: Zu jedem Datensatz in der in Spalte (1) angegebenen Tabelle muss *genau* ein Datensatz in der Tabelle, die in Spalte (2) der entsprechenden Zeile genannt ist, gefunden werden; dieser Datensatz ist in der Kombination der Verknüpfungsfelder identisch.

Tabellen, die nicht derart zusammen passen, müssen von der Kasse überarbeitet und korrigiert werden. Gegebenenfalls sind Datensätze zu löschen.

Haben Fehlerbehandlungen des Typs "L" oder "PoL" (vergleiche Überblick 13) zur Unterdrückung einzelner Datensätze geführt, ist die Verknüpfbarkeit erneut zu prüfen, gegebenenfalls sind "abhängige" Datensätze zu einem unterdrückten ebenfalls zu unterdrücken.

Überblick 22: Verknüpfbarkeit zwischen den Individualtabellen – Formalprüfungen

Nr.	Tabelle (1)	Satzart / Kürzel	verknüpfbar mit (2)	Satzart / Kürzel	Verknüpfungsfelder
1	Tabelle 7	412 (KHFall)	Tabelle 6	411 (iVJ)	01 bis 03 zusammen
2	Tabelle 8	413 (KHFallID)	Tabelle 7	412 (KHFall)	01 bis 04 zusammen
3	Tabelle 9	414 (KHFallE)	Tabelle 7	412 (KHFall)	01 bis 04 zusammen
4	Tabelle 10	415 (KHFallO)	Tabelle 7	412 (KHFall)	01 bis 04 zusammen
5	Tabelle 11	416 (AM)	Tabelle 6	411 (iVJ)	01 bis 03 zusammen
6	Tabelle 12	417 (AUKG)	Tabelle 6	411 (iVJ)	01 bis 03 zusammen

Anmerkungen:
Zur Durchführung vergleiche die Ausführungen vor der Übersicht. Die Verknüpfbarkeit von Tabelle 1 ("PZT") mit Tabelle 6 ("iVJ") ist in Überblick 14 bis Überblick 20 schon über das Feld 03 ("Versichertenpseudonym") vorgesehen. Sie kann allerdings auch hier erfolgen.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

7.7 Erhebungszeitpunkte

Überblick 23: Erhebungszeitpunkte

Tranche	Bezugszeit	Erhebungszeitpunkt	Tabelle	Aktivität
1	2001		Tabelle 6 (iVJ)	Erstellung
			usw. bis	
			Tabelle 12 (AU / KG)	Erstellung
2	2002	frühestens 15.05.2003	Tabelle 6 (iVJ)	Erstellung
			usw. bis	
		spätestens 15.07.2003	Tabelle 12 (AU / KG)	Erstellung
Anmerkungen:				
-.-				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

7.8 Vorlagetermine

Tabelle 2 bis Tabelle 12 sind nach Prüfung und gegebenenfalls Korrektur an den Bundesverband der Kasse zu übermitteln. Die Vorlagetermine sind Überblick 24 zu entnehmen.

Sollten Prüfungen derart schwerwiegende Probleme offenbaren, dass sich Kasse und Verband auf den Ausschluss einzelner Tabellen verständigen, muss vor der Übermittlung geprüft werden, ob der Ausschluss einer Tabelle den Ausschluss weiterer Tabellen nach sich zieht. Die Regeln für derartige Ausschlüsse sind in Überblick 12 (Abschnitt 7.6.1) zusammengestellt.

Überblick 24: Vorlagetermine

Tranche	Tabelle	Vorlagezeitpunkt	Übermittlung	
			von	an
1	Tabelle 6 (iVJ)	vor 31.10.2002	Kasse	Bundesverband
	Tabelle 7 (KHFallI)	31. Oktober 2002		dito
	Tabelle 8 (KHFallID)	31. Oktober 2002		dito
	Tabelle 9 (KHFallIE)	31. Oktober 2002		dito
	Tabelle 10 (KHFallIO)	31. Oktober 2002		dito
	Tabelle 11 (AM)	31. Oktober 2002		dito
	Tabelle 12 (AU / KG)	31. Oktober 2002		dito
	Tabellen KZVFall sowie KVFall bis KVFallG		KV (KBV), KZV (KZBV)	Bundesverband
	Tabelle 6 bis Tabelle 12	30.11.2002	Bundesverband	BVA
	KZVFall bis KVFallG		Bundesverband	BVA
2	Tabelle 6 (iVJ)	vor 20.07.2003	Kasse	Bundesverband
	Tabelle 7 bis KVFallG	20. Juli 2003	Kasse	Bundesverband
	Tabelle 7 bis KVFallG	15. August 2003	Bundesverband	BVA
Anmerkungen:				
-.-				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

8 Übermittlungen der Bundesverbände an das BVA

Die Verbände leiten nur geprüfte und plausibilisierte Daten an das BVA weiter. In Überblick 25 sind die unterschiedlichen Aktivitäten bei mangelhafter Datenlieferung mit den im Folgenden verwendeten Abkürzungen aufgeführt.

Nach einer Zurückweisung sind neu gelieferte Tabellen erneut zu prüfen.

Überblick 25: Fehlerbehandlung

Abkürzung	Art der Fehlerbehandlung
P	Kassen auf mögliche Fehlerquellen aufmerksam machen, Rückverlagerung der Prüfungen in die Kasse
K	KV (KZV) mit Datenmängeln identifizieren, auf Mängel hinweisen und Anforderung von korrigierten Daten, gegebenenfalls KBV auf mögliche Programmierfehler hinweisen
LRec	Der ungültige Datensatz ist nicht zu übermitteln.
LTab	Die ungültige Tabelle ist nicht zu übermitteln.
T	Datentransformation
Z	Rückweisung der Kassendaten und Anforderung von korrigierten Daten
Son	Sonderprüfungen (werden einzeln vorgegeben)

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

8.1 Prüfungsebenen

Die Individualdaten stellen eine Stichprobe von gut 3 % der Versicherten jeder Kasse dar, deswegen sind nicht alle Typen von Plausibilitätsprüfungen auf der Ebene der Einzelkasse sinnvoll. In diesem Abschnitt werden drei Ebenen unterschieden: Einzelkasse, Gruppe von Kassen, Kassenart insgesamt.

Kassen, für die eine Einzelprüfung wegen ihrer Größe nicht sinnvoll ist, sollten temporär zusammengefasst werden, diese temporären Zusammenfassungen erfolgen wie folgt:

1. Gruppierung nach verwendeter Verwaltungssoftware (in der jeweiligen Berichtsperiode),
2. soweit bekannt, Untergruppierung nach Unterschieden in der Verwendung der Verwaltungssoftware (d.h. nach Art der Organisation der Geschäftsprozesse),
3. falls von der Versichertenzahl her ausreichend, Untergruppierung nach regionalen Schwerpunkten der Kassen (behelfsweise nach Sitz der Kasse).

Als Untergrenze für die Versichertenzahl einer Kasse bzw. einer Kassengruppe sollte $N=70.000$ angesetzt werden (entsprechend rund 2.200 Stichprobenversicherte).

Die Zuordnung von Kassen zu Kassengruppen wird dem BVA übermittelt². Einzelkassen, die nicht temporär zusammengefasst werden müssen, bilden dabei formell eine eigene Gruppe.

Des Weiteren sollen wie im RSA-Gutachten von IGES / Cassel / Wasem (2001) auch in diesem Gutachten Auswertungen für Gruppen von Kassen (beitragssatzgünstige, expandierende usw.) durchgeführt werden. Aus den bisher definierten Individualdaten der Einzelkassen lassen sich derartige Klassifikationen nicht ableiten, vielmehr sind Statistiken über die einzelnen Kassen eines Verbandes erforderlich. Diese Statistiken je Einzelkasse (Körperschaft) können zusammen mit den Gruppierungsangaben übermittelt werden, vergleiche Tabelle 13.

² Die Berechnung von Ausschöpfungsquoten (AQ) soll nach Kassengruppen erfolgen und wird auf dieser Ebene von den Gutachtern für die Hochrechnung (Summenabstimmung) verwendet. Dafür müssen die Gutachter wissen, welche AQ zu welcher Kasse gehört.

Tabelle 13: Satzart 511 – Kassen-Statistiken (KGS)

Dateiumfang:					
Abgrenzung:					
Je Hauptkasse (Körperschaft) der Kassenart, die im Jahr 2001 oder 2002 bestand, ein Datensatz (*1)					
Erstellung und Übermittlung					
Die Tabelle wird einmalig erstellt und übermittelt. Zuordnungen von Kassen, die zwischen der Erstellung dieser Tabelle und dem Jahresende 2002 errichtet wurden, können den Gutachtern formlos mitgeteilt werden.					
Eindeutigkeit:					
Das Feld 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anz. Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt / Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "511"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Stand	M	8	numerisch	Erstellungsdatum der Tabelle, JJJJMMTT
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer	M	≤ 8	numerisch	Betriebsnummer der Kasse zum festgelegten Stichtag (Tranche 1: 15.10.2002, Tranche 2: 15.07.2003; vgl. Abschnitt 7.1.1), gegebenenfalls mit führenden Nullen aufgefüllt (*1)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Kassengruppe	M	6	alphanum.	Stellen 1 bis 3: Abkürzung für die Kassenart, in Großbuchstaben; Stellen 4 bis 6: laufende Nummer je Kassengruppe eines Bundesverbandes, mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Öffnungsstatus	M	1	numerisch	aktueller bzw. letzter Öffnungsstatus: "0", falls geschlossen, "1", falls geöffnet
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	Versichertenzahl 1997 (*2), (*3)	M	≤ 10	numerisch	Versichertentage 1997 (lt. SA 40, letzte Korrekturmeldung), "0", falls die Kasse 1997 noch nicht bestand
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 13

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anz. Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt / Erläuterung
06	Versichertenzahl 2001 (*3)	M	≤ 10	numerisch	Versichertentage 2001 (lt. SA 40)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	erhobener allgemeiner Beitragssatz (*4)	M	4	numerisch	gemäß KM 1 im Jahresdurchschnitt 2001 (alternativ: Januar 2002), zwei Vor- und zwei Nachkommastellen als vierstelliger numerischer Eintrag, d.h. allg. BS multipliziert mit 100
Anmerkungen:					
(*1) Ost- und Westkasse müssen immer derselben Kassengruppe zugeordnet sein. Deswegen wird für Kassen mit zwei Rechtskreisen nur ein Datensatz übermittelt. In Feld 02 wird die Betriebsnummer eines der beiden Rechtskreise eingetragen. Kassen, die wegen ihrer geringen Größe in beiden Rechtskreisen von der Weiterleitung ausgeschlossen wurden (vergleiche Abschnitt 8.2), sind nicht in der Tabelle enthalten.					
(*2) Summe über die Versichertentage 1997 sämtlicher Kassen, die zwischenzeitlich zu der in Feld 02 geschlüsselten Körperschaft fusioniert sind.					
(*3) Rechtskreise Ost und West zusammen.					
(*4) Behelfsweise kann der erhobene allgemeine Beitragssatz im Jahresdurchschnitt aus dem größeren der beiden Rechtskreise angegeben werden.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Verbände, die "echte" Kassengruppen (mit mehr als einer Kasse je Gruppe) gebildet haben, übersenden den BMG-Gutachtern formlos eine Kurzbezeichnung je "echter" Kassengruppe.

8.2 Entgegennahme der Kassendaten, Formalprüfungen und Datentransformationen

Je Berichtsperiode erhebt der Bundesverband für alle Kassen seiner Kassenart, ob sie die Individualdaten des Abschnitts 7 übermittelt haben. Bei Kassen, die nur bestimmte Tabellen geliefert haben, werden Tabellen nur unter bestimmten Regeln angenommen. Beispielsweise werden alle Tabellen der Fallebene (z.B. KHFall) werden ausgeschlossen, wenn Tabelle 6 (iVJ) nicht geliefert wurde oder nicht angenommen werden konnte (nicht lesbar usw.). Tabellen unterhalb der Fallebene (z.B. KHFallD) werden nur angenommen, wenn die entsprechende Tabelle der Fallebene (hier: KHFall) geliefert und angenommen wurde.

Die diesbezüglichen Regeln für diesen Abschnitt (Kassendaten) und den folgenden (KV-/ KZV-Daten) sind in Überblick 26 zusammen dargestellt. Die Regeln für die Kassendaten sind mit Überblick 12 identisch.

Die Prüfungen dieses Abschnitts finden auf der Ebene der Einzelkassen je Rechtskreis statt.

Der Verband protokolliert den Dateneingang und die Datenannahme. Die Statistik, die an das BVA zu senden ist, ist am Ende dieses Kapitels (8.7, Weiterleitungsstatus) spezifiziert.

Kassen, die in einem der beiden Rechtskreise im Jahr 2001 weniger als 1.000 Versichertenjahre (gemäß Satzart 40) aufwiesen, werden für diesen Rechtskreis von Prüfung und Übermittlung ausgeschlossen, eine Ost- oder Westkasse mit weniger als 30 Stichprobenversicherten in der Berichtsperiode 2001 ebenso. Ein derartiger Ausschluss bleibt für die Berichtsperiode 2002 (2003) bestehen.

Kann die Kasse im anderen Rechtskreis nach diesen Regeln nicht ausgeschlossen werden, werden für sie nur Daten des größeren Rechtskreises übermittelt.

Über den ausgeschlossenen Rechtskreis wird lediglich in Tabelle 15 (Weiterleitungsstatus) mit dem entsprechenden Ausschlussgrund berichtet.

Überblick 26: Ausschluss von Tabellen

Tranche	Tabelle (1)	Übermittlung erfordert Übermittlung von Tabelle ... (2)	Fehler- behandlung
1	Tabelle 6 (iVJ)	Tabelle 11 (AM) oder Tabelle 7 (KHFall)	LTab
	Tabelle 7 (KHFall)	Tabelle 6 (iVJ)	LTab
	Tabelle 8 (KHFallID)	Tabelle 7 (KHFall)	LTab
	Tabelle 9 (KHFallIE)	Tabelle 8 (KHFallID)	LTab
	Tabelle 10 (KHFallIO)	Tabelle 8 (KHFallID)	LTab
	Tabelle 11 (AM)	Tabelle 6 (iVJ)	LTab
	Tabelle 12 (AUKG)	Tabelle 6 (iVJ)	LTab
	Tabelle 2 (KZVFall)	Tabelle 6 (iVJ) und Tabelle 1 (PZT) (*)	LTab
	Tabelle 3 (KVFall)	Tabelle 6 (iVJ) und Tabelle 1 (PZT) (*)	LTab
	Tabelle 4 (KVFallID)	Tabelle 3 (KVFall)	LTab
	Tabelle 5 (KVFallIG)	Tabelle 3 (KVFall)	LTab
Tranche	Tabelle (1)	Übermittlung erfordert Übermittlung von Tabelle ... (2)	Fehler- behandlung
2	Tabelle 6 (iVJ)	Tabelle 6 (iVJ) aus Tranche 1; Ausnahme: Kasse ist im Jahr 2002 gegründet worden	LTab
	alle weiteren Regeln	wie für Tranche 1	
Anmerkungen:			
(*) Vergleiche die Ausführungen in Abschnitt 8.3.			

Sämtliche von den Kassen gelieferten Tabellen sind in der aktuellen Betriebsnummer (jeweils Feld 02 der Tabelle) mit der Stichtagsliste abzuleichen.

Zusätzlich übersenden die Verbände den BMG-Gutachtern je Kasse und Berichtsperiode eine modifizierte Satzart 43-Tabelle. Der Aufbau entspricht exakt der amtlichen Meldung, der Inhalt weicht lediglich in einem Feld von der amtlichen Meldung ab: Die Krankengeld-Ausgaben umfassen nur die Kontenarten 470 und 478. Auch diese Beträge sind in der 1. Tranche (Berichtsperiode 2001) in PFENNIG anzugeben, in der 2. Tranche in CENT.

Diese modifizierte Satzart 43-Tabelle wird in diesem Kapitel auch zur Berechnung von Ausschöpfungsquoten herangezogen.

8.3 Entgegennahme von Daten der KVen und KZVen, Formal- und Plausibilitätsprüfungen und Datentransformationen

Daten von KVen und KZVen werden vom Verband angenommen, geprüft und bearbeitet. Die Prüfungen dieses Abschnitts finden auf der Ebene der Einzelkasse bzw. der einzelnen KV statt.

Für Kassen, die keine einzige PZT an den Bundesverband übermittelt hatten, dürften auch keine ambulanten Abrechnungsdaten eingehen. Ist dies dennoch der Fall, sind die liefernden KVen auf Verfahrensfehler hinzuweisen.

Die Prüfungen einzelner Felder bzw. einzelner Datensätze der Satzart 211 werden vorgegeben, nachdem die Datensatzformate zwischen KZBV und Spaltenverbänden abgestimmt sind.

8.3.1 Datentransformationen

Von den folgenden Transformationen muss die erste *vor* den weiteren Prüfungen durchgeführt werden:

- Insofern erforderlich, wird in allen Tabellen das Liefer-IK in die abgesprochene Betriebsnummer (vergleiche Abschnitt 7.1.1) umgeschlüsselt.
- In Tabelle 3 ("KVFall") ist Feld 10 mit dem rechnerischen Ausgabenbetrag zu füllen: Punktzahlsumme, multipliziert mit dem vereinfachten Punktwert, wie er für Satzart 41 verwendet wird, zuzüglich der Sachkosten (Abrechnungsquartale 2001: in PFENNIG, 2002 in CENT).

8.3.2 Formalprüfungen bezüglich der Feldinhalte

Zu den Abkürzungen der Fehlerbehandlungsarten siehe Überblick 25 am Anfang von Abschnitt 8.

Die Prüfebene in diesem Abschnitt ist die einzelne KV.

Bei Verletzungen der abgesprochenen Datenformate oder -inhalte in den Daten einer *einzelnen* KV soll eine korrigierte Übermittlung von der entsprechenden KV angestrebt werden.

Bei Problemen, die übergreifend zur einzelnen KV auftreten, sollte mit der KBV über mögliche Programmier- oder Verfahrensfehler gesprochen und gegebenenfalls eine Korrektur herbeigeführt werden.

Können Probleme in den Satzarten 311 *oder* 312 bei einzelnen KVen nicht behoben werden, werden keine Daten dieser KVen weiter geleitet (Fehlerbehandlung "LTab").

In diesem Fall sind Stichprobenversicherte, die nach KM 6 dieser KV zugerechnet werden, in Tabelle 6, Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ), im Feld 10 mit "xxxx" kenntlich zu machen. Falls diese Prüfungen erst nach Versand der Satzart 411 erfolgen, ist die Satzart 411 mit Einträgen in Feld 10 nachzuliefern.

Probleme in Satzart 313 führen nicht zum Ausschluss einer KV.

Überblick 27: Feldprüfungen zu Tabelle 3 – Satzart 311 – Ambulante Abrechnungen (KVFall)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	AN	konstant "311" ?	K
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	K
01A	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	K K
02	Liefer-IK	9	N	gültiges IK (gemäß der zuordnungslosen Pseudonymtabelle, "PT", vergleiche Abschnitt 3.3)	K
	Betriebsnummer	≤ 8	N	transformieren in Betriebsnummer, aktuell (*)	T
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in der zuordnungslosen Pseudonymtabelle ("PT", vergleiche Abschnitt 3.3)	LRec
04	KV-Nummer	≤ 2	N	gültige Nummer einer KV ?	K
01 – 05 zus.	Zeitraum bis Fallzähler			eindeutiger Schlüssel für Satzart 311	K
06	Fachgruppe	2	AN	zwei Ziffern	K
07	Punktzahlsumme in Zehnteln	≤ 13	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	K T
08	Sachkosten	≤ 14	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	K T
09	Währung zu Sachkosten	≤ 4	AN	"Pf" bzw. "Cent"	K
10	Platzhalter für Gesamtkosten	≤ 14	N	transformieren wie in Abschnitt 8.3.1 beschrieben	T
11	Leistungsquartal	5	N	Wertevorrat "20011" bis 20032"	K
12	Abrechnungsart	1	N	Wertevorrat "0" / "1"	K
Anmerkungen:					
(*) Zulässig ist nur die in Abschnitt 7.1.1 beschriebene Betriebsnummer zum Stichtag.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 28: Feldprüfungen zu Tabelle 4 –
Satzart 312 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KVFallID)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	AN	konstant "312" ?	K
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	K
01A	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	K K
02	Liefer-IK Betriebsnummer	9 ≤ 8	N N	gültiges IK transformieren in Betriebsnummer, aktuell (*)	K T
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in der zuordnungslosen Pseudonymtabelle ("PT", verglei- che Abschnitt 3.3)	LRec
01 – 05 zus.	Zeitraum bis Fallzähler			verknüpfbar mit Satzart 311	K
01 – 06 zus.	Zeitraum bis Diagnosenzähler			eindeutiger Schlüssel für Satzart 312	K
07	Diagnose, kodiert	≤ 12	AN	stichprobenartig prüfen, ob auch ICD 10-Kodierungen enthalten sind	K
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 29: Feldprüfungen zu Tabelle 5 –
 Satzart 313 – Gebührenpositionen der ambulanten Behandlung
 (KVFallG)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	AN	konstant "313" ?	K
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	K
01A	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	K K
02	Liefer-IK Betriebsnummer	9 ≤ 8	N N	gültiges IK transformieren in Betriebsnummer, aktuell (*)	K T
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in der zuordnungslosen Pseudonymtabelle ("PT", vergleiche Abschnitt 3.3)	LRec
01 – 05 zus.	Zeitraum bis Fallzähler			verknüpfbar mit Satzart 311	K
01 – 06 zus.	Zeitraum bis GOP			eindeutiger Schlüssel für Satzart 313	K
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 30: Feldprüfungen zu Tabelle 2: Satzart 211 – Zahnärztliche Vergütung (KZVFall)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	AN	konstant "211" ?	K
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	K
01A	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	K K
02	Liefer-IK	9	N	gültiges IK (gemäß der zuordnungslosen Pseudonymtabelle, "PT", vergleiche Abschnitt 3.3)	K
	Betriebsnummer	≤ 8	N	transformieren in Betriebsnummer, aktuell (*)	T
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	auffindbar in der zuordnungslosen Pseudonymtabelle ("PT", vergleiche Abschnitt 3.3)	LRec
04	KZV-Nummer	≤ 2	N	gültige Nummer einer KZV ?	K
05	Summe Vergü-tung	≤ 14	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	K T
06	Währung zu Summe Vergü-tung	≤ 4	AN	"Pf" bzw. "Cent"	K
Anmerkungen:					
(*) Zulässig ist nur die in Abschnitt 7.1.1 beschriebene Betriebsnummer zum Stichtag.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

8.3.3 Formalprüfungen bezüglich der Verknüpfbarkeit von Tabellen

Überblick 31 und Überblick 32 enthalten die Vorgaben zu Formalprüfungen an die Relationen zwischen den Daten.

Die Tabellen der Individualdaten müssen auf der Ebene Berichtsperiode / Kasse / Versichertenspseudonym miteinander verknüpfbar sein. Überblick 32 gibt zu den entsprechenden Tabellen (Spalte (1)) an, mit welcher anderen Tabelle (Spalte (2)) sie verknüpfbar sein muss.

Die "Verknüpfungsfelder" in Überblick 32 geben an, für welche Feld-Kombination die Verknüpfung zu prüfen ist.

Die Prüfung auf Verknüpfbarkeit für Überblick 32 erfolgt immer gleichartig: Zu jedem Datensatz in der in Spalte (1) angegebenen Tabelle muss *genau* ein Datensatz in der Tabelle, die in Spalte (2) der entsprechenden Zeile genannt ist, gefunden werden; dieser Datensatz ist in der Kombination der Verknüpfungsfelder identisch.

Datensätze der Tabelle, die in Spalte (1) genannt ist, die nicht derart zu der Tabelle, die in Spalte (2) genannt ist, passen, sind zu löschen (Fehlerbehandlung "LRec").

Überblick 31: Tabellenprüfungen zu den Individualtabellen – Formalprüfungen

Verweis	Satzart	Felder	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
Tabelle 2	211	01 bis 04 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft	K
Tabelle 3	311	01 bis 05 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft	K
Tabelle 4	312	01 bis 06 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft	K
Tabelle 5	313	01 bis 06 zusammen	Primärschlüsseleigenschaft	K
Anmerkungen:				
--				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 32: Verknüpfbarkeit zwischen den Individualtabellen – Formalprüfungen

	Tabelle (1)	Satzart / Kürzel	verknüpfbar mit (2)	Satzart / Kürzel	Verknüpfungsfelder
	Tabelle 2	211 (KZVFall)	Tabelle 6	411 (iVJ)	01B bis 03 zusammen mit 01 bis 03 zusammen
	Tabelle 3	311 (KVFall)	Tabelle 6	411 (iVJ)	01B bis 03 zusammen mit 01 bis 03 zusammen
	Tabelle 4	312 (KVFallID)	Tabelle 3	311 (KVFall)	01A bis 05 zusammen
	Tabelle 5	313 (KVFallG)	Tabelle 3	311 (KVFall)	01A bis 05 zusammen

Anmerkungen:

Zur Durchführung vergleiche die Ausführungen vor dem Überblick.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

8.3.4 Plausibilitätsprüfung

Bei den folgenden Prüfungen an die KV-Daten ist es hinreichend, wenn sie jeweils von einem oder mehreren großen Kassenverbänden durchgeführt werden. Die Plausibilitätsprüfungen sind zunächst nicht auf die Ebene der einzelnen Kasse gerichtet, sondern auf die Ebene der einzelnen KV.

Volumenprüfung

Der Auswahlsatz für die Stichprobe beträgt in den Berichtsperioden 2001 und 2002 3,3 %. Für die Quote der gezogenen Abrechnungsfälle gilt der selbe Auswahlsatz, der Datenabzug sollte diese Quote erreichen. Nach der Zusammenführung mit der PZT kann die Fallzahl aufgrund von Unvollständigkeiten etwas geringer ausfallen.

Für die DMP-Versicherten, die möglicherweise in der 3. Tranche in die Stichprobe hinein kommen, kann derzeit noch kein Auswahlsatz angegeben werden. Er wird allerdings größer ausfallen als der für die beiden ersten Tranchen.

Bei den Fällen des Jahres 2001 dürfte das Ziel aufgrund von fehlenden manuell abgerechneten Fällen um bis zu 20 relative Prozent unterschritten werden, die Netto-Ausschöpfungsquote der Fälle kann somit in einzelnen – jedoch nicht in sämtlichen – KV-Bereichen auch in der Nähe von 2,6 %

liegen. Desweiteren fehlen notwendigerweise auch diejenigen Laborabrechnungen, die im Ersatzverfahren – also ohne Versichertennummer – erfolgen, was die Nettoquote nochmals leicht absenken kann.

Zumindest die beiden größten Verbände (AOK-BV, VdAK/AEV) prüfen für ihre Kassen, ob diese Quoten näherungsweise erreicht werden. Zu prüfen ist, ob die Fallzahl einen Anteil von 2,6–3,3 % einer geeignet abgegrenzten Kassenstatistik (aus KG 3, Formblatt 3, Anzahl PLP-Datensätze) knapp erreicht. Die Prüfungen sind getrennt nach den einzelnen KVen durchzuführen, dabei können alle Kassen des Verbandes zusammen betrachtet werden. Die Prüfungen können wie die an der PZT (Abschnitt 3.3) Konfidenzbereiche verwenden.

Ist die Ausschöpfungsquote bei einer KV deutlich außerhalb des skizzierten Korridors, ist die entsprechende KV auf mögliche Unvollständigkeiten hinzuweisen, ggfs. müssen korrigierte oder ergänzende Datenlieferungen vereinbart werden.

Konzentriert sich allerdings das Problem mit dieser KV auf Kassen oder Kassenarten dieser KV-Region, können Probleme in den PZTs dieser Kassen(art) bestehen. In derartigen Fällen ist (wie in Abschnitt 8.5 beschrieben) zwischen Gutachtern, BVA und Spaltenverbänden zu klären, ob KV-Daten bei (Gruppen von) Kassen wegen zu geringer Ausschöpfungsquoten ausgeschlossen werden.

Sachkostenanteile

Die Datensätze aus Tabelle 3 – Satzart 311 – Ambulante Abrechnungen (KVFall) – dürfen nur zu gewissen Anteilen Sachkosten enthalten, einige wenige Fälle sollten hohe Sachkostenbeträge aufweisen.

Liegt der Anteil der Fälle (Datensätze) in Satzart 311, die Sachkosten (Feld 08) größer als Null ausweisen, bei 100%, ist die Lieferung der entsprechenden KV zu prüfen, gegebenenfalls muss eine Korrekturlieferung verabredet werden. (In Datenlieferungen von KVen, die im Kostenfeld beispielsweise Sachkosten und Honoraranforderungen summiert ausweisen, sind die Dialysekosten nicht identifizierbar.)

Gleiches gilt, wenn der Anteil der Fälle (Datensätze) in Satzart 311 mit Sachkosten (Feld 08) gleich Null bei 100% liegt.

Der Anteil der Datensätze mit Sachkosten (Feld 08) größer als DM 1.000 (€ 500) ist ein Indikator für Dialyseleistungen. Bei einer großen Kasse oder einem Verband sollte dieser Anteil eine ähnliche Größenordnung haben wie

der Anteil der Dialysepatienten in Tabelle 6 – Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ), d.h. wie der Anteil der Datensätze in Satzart 411, der im Feld 09 den Eintrag "1" aufweist.

Anzahl der Diagnosen bzw. GOPs

Die mittlere Zahl von Diagnosen je Fall (also das Verhältnis der Datensatzanzahl in den Satzarten 312 und 311) sollte über 2 liegen.

Die mittlere Zahl von GOP-Datensätzen je Fall (also das Verhältnis der Datensatzanzahl in den Satzarten 313 und 311) sollte über 5 liegen.

Beide Plausibilisierungen sind nur für die KVen, nicht auf der Ebene der Einzelkassen durchzuführen.

8.4 Berechnung von Ausschöpfungsquoten

Ausschöpfungsquoten werden nur auf der Ebene von Kassengruppen übermittelt, müssen daher auch nur auf dieser berechnet werden.

Die Ausschöpfungsquote (AQ) wird durch Hochrechnung der Stichprobenergebnisse auf die Kassengruppe insgesamt (je Berichtsperiode, beide Rechtskreise zusammen) und den Abgleich mit der Summe der entsprechenden Meldungen für den RSA ermittelt.

Bezüglich einer bestimmten Kennzahl (Versichertentage bzw. Ausgabenbeträge) wird unter der **Ausschöpfungsquote** der folgende Quotient verstanden:

Hochrechnung der Kennzahl aus der Stichprobe (Zähler) und
Summe der entsprechenden Kennzahl aus den RSA-Meldungen
(Nenner)
mal 100.

Die **Hochrechnung** ist folgendermaßen vorzunehmen:

Kennzahl des einzelnen Stichprobenversicherten, multipliziert mit seinem (individuellen) Gewichtungsfaktor, summiert über alle Versicherten einer Kassengruppe in einer Berichtsperiode

Die Hochrechnung verwendet die folgenden **Gewichtungsfaktoren** für die einzelnen Stichprobenversicherten:

- in Tranche 1 und 2: konstant 30,4375 ⁽³⁾
- gegebenenfalls in Tranche 3:
 1. Versicherte mit DMP-Einschreibung (alle Geburtstage):
je eine Konstante für Kassendaten bzw. KV-/KZV-Daten
(Die Konstanten werden noch bekannt gegeben)
 2. Versicherte ohne DMP- Einschreibung: konstant 30,4375

³ Der Faktor entspricht 365/12 bei drei Viertel aller Geburtsjahrgänge und 366/12 bei dem letzten Viertel der Geburtsjahrgänge.

Für die Ermittlung des Nenners einer Ausschöpfungsquote ist die Summe der Kennzahl aus den entsprechenden **Meldungen zum RSA** heranzuziehen:

- Satzart 40 für die Versichertentage,
- die modifizierte Satzart 43 für die Krankengeldausgaben (ohne Berücksichtigung von Erstattungen),
- die amtliche Satzart 43 für alle anderen Ausgabendaten (ohne Berücksichtigung von Erstattungen).

Bei Kassengruppen, die zu einem bestimmten Leistungsbereich keine individuellen Ausgaben übermittelt haben, wird die Ausschöpfungsquote auf "0" gesetzt.

Analoge Ermittlungen von Ausschöpfungsquoten werden in Abschnitt 8.6.2 zur Prüfung gegen amtliche BMG-Statistiken der Kassengruppe herangezogen.

8.5 Ausschöpfungsquoten nach Hauptleistungsbereichen und Kassengruppen

Tabelle 14: Satzart 512 – Ausschöpfungsquoten in Hauptleistungsbereichen (AQ)

Dateiumfang:					
Je Berichtsperiode und Kassengruppe ein Datensatz. Die Kombination der Felder 01 bis 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "512"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	2001, 2002
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Kassengruppe	M	6	alphanum.	gemäß Feld 03 in Tabelle 13
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	VT insgesamt	M	≤ 10	numerisch	Versichertentage der Kassengruppe (Feld 02) in der Berichtsperiode (Feld 01) laut Satzart 40 (Erstmeldung) in Tagen, Rechtskreise Ost und West zusammen
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	AQ VT	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Versichertentage der Kassengruppe insgesamt durch ihre Stichprobe, in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
05	AQ KH	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Krankenhausausgaben, in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
06	AQ AM	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Arzneimittelausgaben, in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
07	AQ KG (*)	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Krankengeldausgaben, in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"

Fortgesetzt auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 14

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
08	AQ SL	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Ausgaben für sonstige Leistungen (Feld 08 in Tabelle 6), in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
09	AQ KV	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Ausgaben für Vertragsärzte, in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
10	AQ ZÄ	M	≤ 5	numerisch	Ausschöpfungsquote der Ausgaben für Zahnärzte, in Prozent (ohne Nachkommastellen)
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
11	AQ DMP	M	≤ 5	numerisch	in Tranchen 1 und 2: leer in Tranche 3: Ausschöpfungsquote der Ausgaben für DMP-Ausgaben (Feld 15 in Tabelle 6) - Satzart 411), in Prozent (ohne Nachkommastellen) leer, falls keine DMP-Ausgaben in Satzart 43
Anmerkungen:					
(*) Für die Ermittlung der AQ KG ist die modifizierte Satzart 43 (nur Kontenarten 470 und 478) heranzuziehen. Felder 03 bis 11: Sämtliche Berechnungen sind für die Rechtskreise Ost und West der Kassengruppe zusammen durchzuführen.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Tabelle 14 ist an das BVA zu übermitteln. BMG-Gutachter, BVA und Verbände entscheiden gemeinsam, ob bestimmte Leistungstabellen bei (Gruppen von) Kassen wegen zu geringer Ausschöpfungsquoten ausgeschlossen werden.

8.6 Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen

Dieser Abschnitt enthält die Prüfungen an die Tabellen, die Kassen, KVen und KZVen geliefert haben. Die Prüfungen an die PZT, die an KBV (KZBV) zu übermitteln ist, ist in Abschnitt 3.3, Seite 32, beschrieben.

Abschnitt 8.6.1 führt Standardprüfungen auf und die Schritte, die bei einer Soll-Verletzung unternommen werden sollen. In Abschnitt 8.6.2 sind weitergehende Plausibilitätsprüfungen vorgeschlagen.

8.6.1 Standardprüfungen

Die Standardprüfungen werden auf der **Ebene der Einzelkasse** durchgeführt. Die Ausnahmen hiervon sind ausdrücklich benannt.

Die Prüfungen S1 bis S12 gliedern sich in **Plausibilitätsprüfungen** (Überblick 33), Quoten der Auffindbarkeit von differenzierteren Informationen (Überblick 34) und Ausschöpfungsquoten bei bestimmten demografischen Parametern (Überblick 35). Soll-Verletzungen deuten auf Programmier- bzw. Verfahrensfehler hin und sollten vom Datengeber (Kasse bzw. KV) geheilt werden.

Die Prüfungen im Überblick 34 stellen fest, ob es bei einem hinreichenden Anteil von Falldaten differenziertere Informationen zum Fall gibt. Zu jedem Datensatz in der in Spalte (1) angegebenen Tabelle wird nach *mindestens* einem Datensatz in der Tabelle, die in Spalte (2) der entsprechenden Zeile genannt ist, gesucht, der in der Kombination der Verknüpfungsfelder identisch ist; in diesem Fall wird *ein "Treffer"* gezählt.

Die "Treffерquote" in Überblick 34 ist der Quotient aus der Anzahl der so ermittelten Trefferdatensätze (der in Spalte (1) genannten Tabelle, Zähler) und der Anzahl der Datensätze insgesamt (der in Spalte (1) genannten Tabelle, Nenner). Überblick 34 führt die jeweils geforderten Werte für diese Trefferquoten auf ("Korridor").

Die Prüfungen S6 und S7 sind auf der Ebene der Einzelkasse durchzuführen, S8 und S9 auf der Ebene der einzelnen KV.

Die Übermittlung der in Spalte (2) von Überblick 34 genannten Tabelle soll unterbleiben, wenn höchst unplausible Quoten nicht behebbar sind.

In Überblick 35 sind **Prüfungen an Ausschöpfungsquoten** bei zentralen demographischen Parametern zusammengestellt. Die Ausschöpfungsquoten sind so zu berechnen wie in Abschnitt 8.4 beschrieben.

- Die Prüfungen S10 und S11 sollten Ausschöpfungsquoten von rund 100 % ergeben, die tatsächliche Quote kann anhand eines Konfidenzintervalls geprüft werden.
- Die Prüfung A12 sollte je Kassengruppe eine vertretbare Ausschöpfungsquote liefern. Der Durchschnitt der Kassenart oder die Quote einer Referenzkasse können als Orientierungswert dienen.
- Die letzte in Überblick 35 aufgeführte Prüfung stellt eine Alternative zur Prüfung S1 (Überblick 33) dar und ist in zwei Varianten skizziert.

Überblick 33: Tabellenprüfungen zu den Individualtabellen – Plausibilität

Nr.	Satzart	Verweis	Felder	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
S1	411 (iVJ)	Tabelle 6	Verstorben (Feld 06), summiert für Versicherte ab Alter 65	Relation der Summe zur Anzahl der Datensätze ab Alter 65 liegt bei mindestens 5 % (*)	P
S2	417 (AUKG)	Tabelle 12	KG-Bezugstage (Feld 08)	Anteil der Datensätze mit KG-Bezugstagen > 0 liegt bei unter 10 % der AU-Datensätze	P
S3	416 (AM)	Tabelle 11	Pharmazentralnummer (PZN)	zu über 90 % siebenstellig ? (Dieser Anteil ist angeblich zu hoch gegriffen)	(Prüfung entfällt)
S4	416 (AM)	Tabelle 11	Positionsnummer (Feld 06)	Das arithmetische Mittel der Einzelwerte über alle Datensätze liegt über 1 und eher in der Nähe von 2 (Erfahrungswert: 1,6)	P
Die folgende Kreuzprüfung zwischen zwei Tranchen verwendet den gleichen Tabellentyp je Einzelkasse aus Tranche 1 und Tranche 2					
S5	411 (iVJ)	Tabelle 6 Tranche 2	unveränderliche Angaben (**)	Der Anteil der Versicherten mit Wechsel in Geburtsjahr oder Geschlecht beträgt 0,1 % oder weniger	Z
Anmerkungen:					
(*) Abweichend von den anderen Prüfungen auf der Ebene der Kassengruppe zu prüfen; ein alternatives Vorgehen ist in Überblick 35 skizziert.					
(**) Diese Prüfung macht einen Abgleich zwischen eigentlich unveränderlichen Merkmalen bei pseudonymisierten Personen, die in der Jahresdaten-Tabelle beider Tranchen enthalten sind.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 34: Verknüpfbarkeit zwischen den Individualtabellen – Plausibilität

Nr.	Tabelle (1)	Satzart / Kürzel	verknüpfbar mit (2)	Satzart / Kürzel	Verknüpfungsfelder	Korridor für Trefferquote	Fehlerbehandlung
S6	Tabelle 7	412 (KHFall)	Tabelle 8	413 (KHFallID)	01 bis 04 zusammen	≥ 90 %	P, LTab
S7	Tabelle 7	412 (KHFall)	Tabelle 9	414 (KHFallE)	01 bis 04 zusammen	≥ 75 %	P, LTab
S8	Tabelle 3	311 (KVFall)	Tabelle 4	312 (KVFallID)	01 bis 05 zusammen	≥ 90 %	K, LTab
S9						(gestrichen)	

Anmerkungen:

P, LTab: erneute Prüfung durch die Kasse, falls Problem nicht behebbar: keine Weiterleitung der in Spalte (2) genannten Tabelle

K, LTab: KV (KBV) zur Prüfung vorlegen, falls Problem nicht behebbar: keine Weiterleitung der in Spalte (2) genannten Tabelle

Nach Ausschluss einer Tabelle ist zu prüfen, ob deswegen weitere Tabellen von der Weiterleitung ausgeschlossen werden müssen, vergleiche Überblick 26 auf Seite 93.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 35: Ausschöpfungsquoten bei demographischen Parametern und Morbiditätsindikatoren

Nr.	Tabelle für Zähler	Feld / Kennzahl für Zähler	Tabelle für Nenner	Kennzahl für Nenner	Ebene der Prüfung	Fehlerbehandlung
S10	Satzart 411, Tabelle 6	Versichertentage (Feld 12)	Satzart 40	Versichertentage insgesamt	Einzelkasse	Z
S11	Satzart 411, Tabelle 6	Versichertentage von weiblichen Vers.	Satzart 40	Versichertentage von weiblichen Versicherten	Einzelkasse	Z
S12	Satzart 411, Tabelle 6	Versichertentage von Erwerbsminde- rungsrentnern	Satzart 40	Versichertentage von Erwerbsminde- rungsrentnern	Kassen- gruppe	P
S1 – alternativ	Satzart 411, Tabelle 6	Verstorben (Feld 06), summiert	KG 2	Zahl der Sterbegeldfälle (*)	Kassen- gruppe	P
Anmerkungen:						
<p>Zur Berechnung und Bewertung der Ausschöpfungsquoten vergleiche den Anfang von Abschnitt 8.6.1.</p> <p>Stichprobenschwankungen der Ausschöpfungsquoten können mit der Excel-Mappe "Konfidenzintervall_Auswahlsatz" abgeschätzt werden.</p> <p>(*) alternativ: Sterbegeld aus KJ 1 dividiert durch 2.000 DM (Tranche 1) bzw. 1.000 Euro (Tranche 2)</p>						

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

8.6.2 Vertiefte Prüfungen

Bei unzureichenden Ausschöpfungsquoten oder problematischen Ergebnissen der Standardprüfungen können die Prüfungen diese Abschnitts durchgeführt werden.

Sämtliche Prüfungen dieses Abschnitts können je Kassengruppe durchgeführt werden.

Die in Überblick 36 vorgeschlagenen Prüfungen sollten bei unerklärt niedrigen Ausschöpfungsquoten durchgeführt werden; sie verwenden jeweils nur einen Tabellentyp.

In Überblick 37 sind weitere Prüfvorschläge zusammengefasst, die jeweils eine Leistungsdatentabelle mit Satzart 411 (iVJ) einer Kassengruppe in Beziehung setzt. Die Trefferquote bei Verknüpfbarkeit (inhaltlich: Inanspruchnahmequote) in Überblick 37 ist so definiert wie in Abschnitt 8.6.1, wird allerdings auf der Ebene der Kassengruppe ermittelt.

Gemäß Überblick 38 sollen die Datensatzzahlen von Individualtabellen hochgerechnet und mit Kassenstatistiken verglichen werden. Der Rechengang ist analog zur Berechnung von Ausschöpfungsquoten (AQ, vergleiche Abschnitt 8.5). Da die AU- und KH-Fälle in Tabelle 12 bzw. Tabelle 7 in jeder Berichtsperiode einen breiteren Zeitraum abdecken sollen als die amtlichen Statistiken, sollten die Ausschöpfungsquoten über 100 % liegen. Anhaltswerte, wie weit die einzelnen Ausschöpfungsquoten über 100 % liegen sollten, sind nicht bekannt; der Durchschnitt der Kassenart oder die Quote einer Referenzkasse können als Orientierungswert dienen.

Überblick 36: Tabelleninterne Plausibilitätsprüfungen

Nr.	Verweis	Satzart	Felder	Soll (zugesicherter Zustand)	
V1	Tabelle 7	412 (KHFall)	Ausgaben (Feld 08)	Der Anteil der Datensätze mit Ausgabenbetrag=0 liegt unter 3 %	
V2	Tabelle 7	412 (KHFall)	Ausgaben (Feld 08)	Das arithmetische Mittel der Einzelwerte über alle Datensätze liegt zwischen 3.000 und 12.000 DM bzw. 1.500 und 6.000 €	
V3	Tabelle 11	416 (AM)	Kassenausgaben für das Rezept (Feld 07)	In der Teilmenge der Datensätze mit Positionsnummer (Feld 06) = "1" liegt das arithmetische Mittel der Einzelwerte über alle Datensätze in der Nähe von 20 – 60 DM bzw. 10 – 30 €	
V4.1	Tabelle 7	412 (KHFall)	Aufnahmedatum (Feld 05)	Teilfeld "MM" ist bei der Kassengruppe annähernd so über die Monate 01 bis 12 verteilt wie im Verbandsdurchschnitt bzw. bei einer Referenzkasse mit sehr guter Ausschöpfungsquote (*)	
V4.2	Tabelle 7	412 (KHFall)	Entlassungsdatum (Feld 06)		
V4.3	Tabelle 11	416 (AM)	Verordnungsdatum (Feld 04)		
V4.4	Tabelle 12	417 (AUKG)	AU-Beginndatum (Feld 05)		
V4.5	Tabelle 12	417 (AUKG)	AU-Endedatum (Feld 06)		
Anmerkungen:					
(*) Von diesen saisonalen Prüfungen sind Kassen ausgenommen, die im Laufe der Berichtsperiode errichtet oder geschlossen wurden.					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 37: Verknüpfbarkeit zwischen den Individualtabellen – Plausibilität

Nr.	Satzart / Kürzel / Tabelle	verknüpfbar mit Tabelle	Verknüpfungsfelder	Korridor für Trefferquote (Inanspruchnahmefrage)	
	(1)	(2)		Kassengruppe	großer Verband
V5	411 (iVJ) Tabelle 6	412 (KHFall) Tabelle 7	01 bis 03 zusammen	5 bis 40 %	10 bis 30 %
V6	411 (iVJ) Tabelle 6	416 (AM) Tabelle 11	01 bis 03 zusammen	50 bis 95 %	65 bis 95 %
V7	411 (iVJ) Tabelle 6	311 (KVFall) Tabelle 3	01 bis 03 mit 01B bis 03	50 bis 95 %	65 bis 95 %
V8	411 (iVJ) Tabelle 6	211 (KZVFall) Tabelle 2	01 bis 03 mit 01B bis 03	k.A.	k.A.

Anmerkungen:

Stichprobenschwankungen der genannten Anteilswerte können mit der Excel-Mappe "Konfidenzintervall_Auswahlsatz" abgeschätzt werden.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 38: Ausschöpfungsquoten bei Fallzahlen

Nr.	Tabelle für Zähler	Feld / Kennzahl für Zähler	Tabelle für Nenner	Kennzahl für Nenner
	Satzart 412, Tabelle 7	Zahl der Datensätze	KG 2 (*)	Zahl der stationären Behandlungs-Fälle
	Satzart 417, Tabelle 12	Zahl der Datensätze	KG 2	Zahl der Arbeitsunfähigkeit-Fälle
	Satzart 417, Tabelle 12	Zahl der Datensätze mit mehr als 0 Krankengeldbezugstagen (Feld 08)	KG 2	Zahl der Krankengeld-Fälle

Anmerkungen:

(*) Alternativ können auch andere Kassenstatistiken (z.B. KG 8) herangezogen werden. Die Abgrenzung der Leistungsarten in Stichprobe einerseits und Kassenstatistik andererseits ist zu beachten.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

8.7 Weiterleitungsstatus und Übermittlung

Der Bundesverband stellt fest, ob Ausschlussgründe für eine Tabelle einer Kasse in einer Berichtsperiode vorliegen. Überblick 39 listet die Gründe in der Reihenfolge ihrer Abarbeitung auf.

Der Verband erstellt eine Statistik der nicht übermittelten Kassentabellen (Tabelle 15, Satzart 513 – Status der nicht übermittelten Daten). Diese Tabelle umfasst alle Kassen der Kassenart, auch diejenigen, die überhaupt keine Daten übermittelt haben. Der Verband sendet die Tabelle an das BVA.

Überblick 39: Synopse der Ausschlussgründe

Nr.	Ausschlussgrund	siehe Abschnitt
1	Kasse wegen geringer Größe ausgeschlossen	8.2
2	Lieferung nicht erfolgt	8.2, 8.3
3	Lieferung nicht korrigierbar	8.6
4	Ausschöpfungsquote nicht im abgesprochenen Korridor	8.5
5	Ausschluss wegen Ausschluss einer dafür erforderlichen Tabelle	8.2
9	nichts zu übermitteln (in der Stichprobe sind keine entsprechenden Fälle aufgetreten)	8.2

Anmerkungen:

Nr. 5: Ein Ausschluss einer Tabelle kann den Ausschluss weiterer Tabellen nach sich ziehen, es gilt das Regelwerk von Überblick 26, vgl. Abschnitt 8.2.

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Tabelle 15: Satzart 513 – Status der nicht übermittelten Daten (STA)

Dateiumfang:					
Je Berichtsperiode, Kasse und Individualdatentabelle ein Datensatz. Die Kombination der Felder 01 bis 03 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).					
Feld Nr	Feld	Feld- art	Anzahl Stellen	Feldeigen- schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	numerisch	konstant "513"
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
01	Berichtsperiode	M	4	numerisch	2001, 2002, 2003
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
02	Betriebsnummer, aktuell	M	≤ 8	numerisch	Betriebsnummer der Kasse zum fest- gelegten Stichtag (vergleiche Abschnitt 7.1.1), gegebenenfalls mit führenden Nullen aufgefüllt
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
03	Tabellen- Identifikation	M	3	numerisch	Satzart-Nr. der Tabelle, über die diese Zeile berichtet: 211 bis 417
	Trennzeichen	M	1	alphanum.	Hash "#"
04	Weiterleitungs- status	M	1	numerisch	1 bis 9; Ausschlussgründe gemäß der Nr. in Überblick 39
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Die Tabellen der Kapitel 4, 5 und 7 werden vom Bundesverband weitergeleitet, insofern keine Ausschlussgründe vorliegen.

Vor der Weiterleitung ist Feld 10 (PLZ) in Satzart 411 (Tabelle 6) zu transformieren bzw. auf leer zu setzen. In Satzart 311-313 sind die in Abschnitt 8.3.1 bzw. 8.3.2 angegebenen Transformationen durchzuführen.

Die Tabellen des Kapitels 8 und eine modifizierte Satzart 43 sind an das BVA zu übermitteln.

Der Aufbau der modifizierten SA 43 entspricht exakt der amtlichen Meldung, der Inhalt weicht lediglich in einem Feld von der amtlichen Meldung ab: Die Krankengeld-Ausgaben umfassen nur die Kontenarten 470 und 478. Auch diese Beträge sind in der 1. Tranche (Berichtsperiode 2001) in PFENNIG anzugeben, in der 2. Tranche in CENT.

Die modifizierte Satzart 43 ist je Kasse und Berichtsperiode zu übermitteln. Die Verwendung gültiger Betriebsnummern ist zu beachten, vergleiche Abschnitt 7.1.1.

Das Übermittlungsformat wird zwischen BVA, Verbänden und BfA abgestimmt.

9 Datenbereitstellungen von BVA und BfA

9.1 Schlüsselverzeichnisse

In Abschnitt 7 ist vorgegeben, dass Kassen ihre Daten unter ihrer aktuellen Betriebsnummer melden. Die BfA setzt diese Betriebsnummern nach Datenannahme in ihr sogenanntes "RSA-IK" um, weil sie nur für diese Systematik die Fusionshistorie pflegt. Die BfA friert zu diesem Zweck Umsteigertabellen von Betriebsnummern auf IKs ein (vergleiche die Stichtage in Tabelle 16) und versendet diese Umsteigertabellen einmal je Tranche an die Kassenverbände.

Die folgende Tabelle 17 dient drei Zwecken:

1. der Absprache über diese einheitliche Schlüsselungen der Kassen (RSA-IK) und
2. dem Informationsbedarf der Gutachter (Rechtskreiskennung, Angabe der Kassenart, Zuordnung der beiden Rechtskreise einer Kasse zueinander).
3. Diese Systematik wird auch in der Abbildung von Fusionen (Tabelle 18) verwendet.

Tabelle 17 auf Seite 123 wird den Gutachtern für die 1. Tranche der Daten im November 2002 zur Verfügung gestellt.

Für die 2. Tranche müssen sämtliche Datensätze aus der 1. Tranche in Tabelle 17 erhalten bleiben. Neue Datensätze können aus den folgenden Sachverhalten entstehen:

1. Eine Kasse erstreckt sich aktuell im Unterschied zu Tranche 1 auf beide Rechtskreise: Der Datensatz aus Tranche 1 bleibt erhalten, ein Datensatz kommt hinzu.
2. Eine Kasse wechselt ihre Rechtskreiszugehörigkeit (bleibt allerdings auf einen RK beschränkt): Der Datensatz aus Tranche 1 bleibt erhalten, die Kasse erhält ein neues RSA-IK, zu diesem neuen IK wird ein neuer Datensatz mit der aktuellen Rechtskreiszugehörigkeit angelegt.

3. Kassen haben fusioniert: Die Datensätze vor Fusion bleiben erhalten, es entsteht nur dann ein neuer Datensatz, wenn von der BfA ein neues RSA-IK vergeben wurde.
4. Eine Kasse ist nach der 1. Tranche gegründet worden, ihr Datensatz wird aufgenommen.

Bei Änderungen in den Attribut-Feldern der Tabelle 17 sind die folgenden Vorgaben zu beachten:

- Bei einem Wechsel der Kassenart kann Feld 02 in der 2. Tranche mit dem aktuellen Wert überschrieben werden.
- Bei einem Wechsel des Firmensitzes kann Feld 04 in der 2. Tranche mit dem aktuellen Wert überschrieben werden.
- Die (optionale) Beschriftung der Kassen-Kennung mit dem Namen in Feld 05 kann für die 2. Tranche aktualisiert werden.

Tabelle 16: Satzart 611 – Kassen-Betriebsnummern und Zuordnung zu RSA-IKs (BetrNr)

Dateiumfang:				
Abgrenzung:				
Je am RSA teilnehmende Kasse ein Datensatz. Erstreckt sich eine Kasse auf beide Rechtskreise, sind zwei Datensätze mit unterschiedlichen Kassen-Kennungen zu verwenden.				
Tabellenerstellung				
Die Tabelle wird so erstellt, dass sie sämtliche Betriebsnummern, die an dem jeweiligen Stichtag (15. Oktober 2002 bzw. 15. Juli 2003) gültig waren, umfasst.				
Eindeutigkeit:				
Das Feld 02 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).				
Feld Nr	Feld	Feldart	Feldeigenschaft	Erläuterung
00	Satzart	M	numerisch	konstant "611"
01	Stichtag	M	numerisch	15.10.2002 bzw. 15.07.2003
02	Betriebsnummer	M	numerisch	Betriebsnummer einer Kasse zum Stichtag in Feld 01
03	IK	M	numerisch	RSA-IK der BfA
Anmerkungen:				
Feld 03: Jedes hier aufgeführte Kassen-IK muss auf einem Datensatz in Feld 01 von Tabelle 17 oder Tabelle 18 auftreten.				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Tabelle 17: Satzart 612 – RSA-IKs (RSAIK)

Dateiumfang:				
Abgrenzung:				
Je am RSA teilnehmende Kasse ein Datensatz. Erstreckt sich eine Kasse auf beide Rechtskreise, sind zwei Datensätze mit unterschiedlichen Kassen-Kennungen zu übermitteln.				
Eindeutigkeit:				
Das Feld 01 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).				
Feld Nr	Feld	Feldart	Feldeigenschaft	Erläuterung
00	Satzart	M	numerisch	konstant "612"
01	Kassen-Kennung	M	numerisch	RSA-IK der BfA
02	Kassenart	M	alphanum.	Kürzel
03	Rechtskreis	M	alphanum.	O / W
04	Hauptkasse	M	numerisch	bei Erstreckungskassen: Kassen-Kennung (RSA-IK) der Hauptkasse
05	Name der Kasse	K	alphanum.	
06	Stand	M	numerisch	Erstellungs-/ Änderungsdatum des Datensatzes
Anmerkungen:				
Feld 01: Die Kassen-Kennungen müssen auf allen Datensätzen gleiche Feldlängen aufweisen.				
Feld 04: Jede hier aufgeführte Kassen-Kennung muss auf einem Datensatz in Feld 01 auftreten.				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Tabelle 18: Satzart 613 – Fusionen (FUS)

Dateiumfang:				
Abgrenzung:				
Die Tabelle berichtet nur über fusionierte Kassen. Für jede Fusion, die zwischen der ersten und der zweiten Tranche der Kassen-Kennungen statt gefunden hat, ist je beteiligter Kasse ein Datensatz je Rechtskreis anzulegen.				
Die Datensätze enthalten die Kassen-Kennungen vor Fusion (aus Tranche 1 der RSA-IKs) und die Kassen-Kennung nach Fusion (aus Tranche 2 der RSA-IKs). Eine aufnehmende Kasse darf ihre (alte) Kassen-Kennung in dieser Tabelle behalten. (Felder 01 und 02 sind in diesem Fall identisch.)				
Eindeutigkeit:				
Das Feld 01 identifiziert einen Datensatz eindeutig (Primärschlüssel-Eigenschaft).				
Feld Nr	Feld	Feldart	Feldeigenschaft	Erläuterung
00	Satzart	M	numerisch	konstant "613"
01	Kassen-Kennung vor Fusion	M	numerisch	konsistent mit Feld "Kassen-Kennung" von Tabelle 17 auf Seite 123
02	Kassen-Kennung nach Fusion	M	numerisch	konsistent mit Feld "Kassen-Kennung" von Tabelle 17 auf Seite 123
03	Fusionsdatum	M	numerisch	JJJJ MM TT
Anmerkungen:				
Felder 01 / 02: Die Kassen-Kennungen müssen auf allen Datensätzen gleiche Feldlängen aufweisen.				

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

9.2 BVA-Daten

Das Bundesversicherungsamt stellt die in Überblick 40 zusammengestellten Tabellen zur Verfügung.

Überblick 40: Vom BVA zu stellende Tabellen

Tabelle	Ebene	Berichtsperiode	Vorlagetermin
Satzart 40 *)	RSA-IK	2001	November 2002
		2002	August 2003
beitragspflichtige Einnahmen im Sinne der RSAV *)	RSA-IK	2001	November 2002
		2002	August 2003
Beitragsbedarf *)	RSA-IK	2001	Dezember 2002
		2002	-.-
Pro-Tag-Werte	je HLB je RK	2001	Dezember 2002
		2002	-.-
Profilabsenkung durch Risikopool	je HLB je RK	2001 simuliert	Dezember 2002
		2002	November 2003
Anmerkungen:			
Geldbeträge sind in der 1. Tranche (Berichtsperiode 2001) in PFENNIG anzugeben, in der 2. Tranche (Berichtsperiode 2002) in CENT.			
Tranchen einer Tabelle, die im Vorlagetermin mit "-.-" gekennzeichnet sind, müssen den BMG-Gutachtern nicht zur Verfügung gestellt werden.			
*) Die Kassen-Kennungen müssen der Liste der RSA-IK's (Tabelle 17, Feld 01) entsprechen.			
Abgrenzung:			
bpE:			
<ul style="list-style-type: none"> • nach KJ 1, • Summenbetrag je RSA-IK und Berichtsperiode, AKV und KVdR zusammen, • ohne Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung, • möglichst ohne Korrekturen aus Vorjahren, • gegebenenfalls unter Einschluss manueller Korrekturen durch das BVA. 			
Beitragsbedarf:			
<ul style="list-style-type: none"> • inklusive manueller Korrekturen durch das BVA, • möglichst ohne Korrekturen aus Vorjahren, • Summenbetrag je RSA-IK und Berichtsperiode. 			

9.3 Prüfungen an Datenübermittlungen

9.3.1 Formalprüfung der Feldinhalte bei Individualdaten

Die Formalprüfungen auf Feldinhalte sind – getrennt nach den zu übermittelnden Tabellen – in Überblick 42 bis Überblick 52 zusammengestellt.

Felder, die keiner Prüfung bedürfen, sind gleichwohl in den Übersichten aufgenommen, so dass die Tabellenstrukturen in diesem Abschnitt vollständig beschrieben sind.

Die Vorgaben dieser Prüfungen beziehen sich auf die Kontrolle der Feld-eigenschaften (Länge, numerisch oder alphanumerisch), des Wertevorrats der Felder, von Primärschlüsseleigenschaften sowie von Relationen zu den anderen Tabellen. Gelegentlich werden auch Kreuzprüfungen zwischen Feldern gefordert.

Bei Soll-Verletzungen sind die dort aufgeführten Fehlerbehandlungen durchzuführen. Die Arten der Fehlerbehandlung sind in Überblick 42 bis Überblick 51 als Abkürzung aufgeführt, Überblick 41 erläutert die Abkürzungen.

Nach einer Zurückweisung sind neu gelieferte Tabellen erneut zu prüfen.

Überblick 41: Fehlerbehandlung

Abkürzung	Art der Fehlerbehandlung
N	keine Prüfungen an dieses Feld
T	Transformation von Daten
Z	Zurückweisung der Tabelle und Anforderung von korrigierten Daten *)
Anmerkungen:	
*) Nach Absprache mit den Gutachtern kann anstatt einer Zurückweisung auch die Nicht-Übernahme fehlerhafter Datensätze vorgenommen werden.	

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 42: Feldprüfungen zu Tabelle 6 – Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "411"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
01 – 03				Felder 01 – 03 zusammen stellen den Primärschlüssel der Tabelle dar	Z
04	Geburtsjahr	4	N	4 Ziffern \leq Feld 01 (Berichtsperiode) Geburtsjahr > 1880	Z Z Z
05	Geschlecht	1	N	Wertevorrat 1, 2	Z
06	Verstorben	1	N	Wertevorrat 0, 1	Z
07	Geburtstag	≤ 2	N	1 bis 2 Ziffern	Z
08	Ausgaben sonstige Leistungen	≤ 14	N	nur Ziffern zulässig, Leerwert (Null) wird durch "0" (Zero) ersetzt	Z T
09	Dialyse	1	N	Wertevorrat 0, 1	Z
10	Region des Versicherten	4	AN	<i>Dieses Feld wird mutmaßlich leer bleiben; Prüfungen sind daher nicht erforderlich</i>	N
11	RSA-Zelle – historisch				
11A	RSA-VG	2	AN	beide Tranchen: Wertevorrat "01" bis "06"	Z
11B	Rechtskreis	1	AN	Wertevorrat "O", "W"	Z
12	Versichertentage	≤ 3	N	Wertevorrat leer oder 0 bis 365	Z
13	RSA-VG des Versicherten – aktuell	≤ 5	AN	Tranche 1: Wertevorrat "01" bis "06" Tranche 2: zulässiger Wertevorrat bei DMP-Einschreibung: gemäß RSAV	Z Z
14	Einschreibung DMP	≤ 6	N	JJJJMM oder leer	Z
15	DMP-Ausgaben	≤ 14	N	nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank) oder leer <i>(keine weiteren Prüfungen)</i>	Z
16	DMP-Details	0		Feld ist leer	-.-
Anmerkungen:					
-.-					

Überblick 43: Feldprüfungen zu Tabelle 7 – Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "412"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	Felder 01 – 04 stellen Primärschlüssel dar 39 Zeichen	Z
01 – 03				Bei jedem Datensatz von Satzart 412 findet sich zu den Einträgen in den Feldern 01 – 03 zusammen ein entsprechender Datensatz in Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)	Z
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	Z
01 – 04				Felder 01 – 04 zusammen stellen den Primärschlüssel der Tabelle dar	Z
05	Aufnahmedatum (Format "JJJJMM")	6	N	Teilfeld "MM" "01" bis "12" Teilfeld "JJJJ" > "1900" zulässige Einträge sind Dezember der Berichtsperiode (Feld 01) oder früher, d.h. Teilfeld "JJJJ" von Feld 05 ≤ Wert von Feld 01	Z Z Z
06	Entlassungs-datum (Format "JJJJMM")	≤ 6	N	numerisch oder leer <i>falls nicht leer und ungleich "000000":</i> Teilfeld "MM" "01" bis "12" zulässige Einträge sind Januar der Berichtsperiode oder später, d.h. Teilfeld "JJJJ" von Feld 06 ≥ Wert von Feld 01	Z Z
05 / 06	Aufnahme- zu Entlassungs-datum			<i>falls Entlassungsdatum nicht leer und ungleich "000000":</i> Aufnahmedatum (Feld 05) ≤ Entlassungsdatum (Feld 06) oder Feld 06 ist leer	Z
07	Pflegetage	≤ 5	N	nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank)	Z

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
08	Ausgaben	≤ 14	N	nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank) < 100.000.000 (Pf. oder Cent) Leerwert (Null) wird durch "0" (Zero) ersetzt	Z Z T
09	Leistungsart	1	N	Wertevorrat: 1, 2, 3, 4, 9	Z
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem/Lauterbach/Wasem

Überblick 44: Feldprüfungen zu Tabelle 8 –Satzart 413 – Diagnosen der stationären Behandlung (KHFallID)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "413"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Ziffern	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	Z
01 – 04				Bei jedem Datensatz von Satzart 413 findet sich zu den Einträgen in den Feldern 01 – 04 zusammen ein entsprechender Datensatz in Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall)	Z
05	Diagnosenzähler	≤ 4	N	Wertevorrat ≥ 1	Z
01 – 05				Felder 01 – 05 zusammen stellen den Primärschlüssel der Tabelle dar	Z
06	Diagnose, kodiert	$\geq 3, \leq 6$	AN	Anzahl der Zeichen durchgehend zwischen 3 und 6 Leerwert (Null) wird durch "U888" ersetzt	Z T
07	Art der Diagnosenstellung	1	AN	Wertevorrat A, F, E, S, N, X oder leer Leerwert (Null) wird durch "X" ersetzt	Z T
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 45: Feldprüfungen zu Tabelle 9 – Satzart 414 – Entgelte der stationären Behandlung (KHFallE)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "414"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	Z
03	Versicherten- pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
01 – 04				Bei jedem Datensatz von Satzart 414 findet sich zu den Einträgen in den Feldern 01 – 04 zusammen ein entsprechender Datensatz in Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall)	Z
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	Z
05	Positionsnummer	≤ 4	N	Wertevorrat ≥ 1	Z
01 – 05				Felder 01 – 05 zusammen stellen den Primärschlüssel der Tabelle dar	Z
06	Entgeltart	8	AN	acht Ziffern oder leer Leerwert (Null) wird durch "99999999" ersetzt	Z T
07	Entgeltanzahl	≤ 4	N	Wertevorrat ≥ 1 oder leer Leerwert (Null) wird durch "1" ersetzt	Z T
Anmerkungen:					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 46: Feldprüfungen zu Tabelle 10 – Satzart 415 – Im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operationen (KHFallO)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "415"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	Z
01 – 04				Bei jedem Datensatz von Satzart 415 findet sich zu den Einträgen in den Feldern 01 – 04 zusammen ein entsprechender Datensatz in Satzart 412 – Stationäre Behandlungsfälle (KHFall)	Z
05	Operationszähler	≤ 4	N	Wertevorrat ≥ 1	Z
01 – 05				Felder 01 – 05 zusammen stellen den Primärschlüssel der Tabelle dar	Z
06	Operationstag	≤ 6	N	numerisch	Z
07	Operation	≥ 4, ≤ 8	AN	Feld nicht leer mindestens 4 Zeichen maximal 8 Zeichen mit Ziffer beginnend	Z Z Z Z
08	zweiter Operationsschlüssel	≤ 8	AN	Feld leer oder sonstige Prüfungen wie unter Feld 07	Z
09	dritter Operationsschlüssel	≤ 8	AN	Feld leer oder sonstige Prüfungen wie unter Feld 07	Z
Anmerkungen:					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 47: Feldprüfungen zu Tabelle 11 – Satzart 416 – Arzneimitteldaten (AM)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "416"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
01 – 03				Bei jedem Datensatz von Satzart 416 findet sich zu den Einträgen in den Feldern 01 – 03 zusammen ein entsprechender Datensatz in Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)	Z
04	Verordnungs-datum (Format "JJJJMM")	6	N	numerisch, nicht leer Teilfeld "JJJJ" = Wert von Berichtsperiode (Feld 01) Teilfeld "MM": "01" bis "12"	Z Z Z
05	Beleg-Nummer (Image-Nummer)	18	AN	(ungeprüft)	N
06	Positionsnummer	1	N	Wertevorrat ≥ 1 Wertevorrat ≤ 9	Z
07	Kassenausgaben für das Rezept	≤ 14	N	nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank), $< 100.000.000$ (Pf. oder Cent) wenn Positionsnummer (Feld 06) $> "1"$: Eintrag "0" (Zero) oder leer	Z Z Z
08	Pharmazentral-nummer (PZN)	≤ 10	AN	nur Ziffern	Z
09	Anzahl Packun-gen	≤ 3	N	Wertevorrat ≥ 1	Z
Anmerkungen:					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 48: Feldprüfungen zu Tabelle 12 – Satzart 417 – Arbeitsunfähigkeit und Krankengeld (AUKG)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "417"	Z
01	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer, aktuell	≤ 8	N	≤ 8 Zeichen	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
01 – 03				Bei jedem Datensatz von Satzart 417 findet sich zu den Einträgen in den Feldern 01 – 03 zusammen ein entsprechender Datensatz in Satzart 411 – Jahresdaten Versicherte (iVJ)	Z
04	Fallnummer	≤ 8	N	numerisch	Z
01 – 04				Felder 01 – 04 zusammen stellen den Primärschlüssel der Tabelle dar	Z
05	AU-Beginndatum (Format "JJJJMM")	6	N	nicht leer Teilfeld "MM" "01" bis "12" Teilfeld "JJJJ" > "1900" zulässige Einträge sind Dezember der Berichtsperiode (Feld 01) oder früher, d.h. Teilfeld "JJJJ" Feld 05 ≤ Wert von Feld 01	Z Z Z Z
06	AU-Endedatum (Format "JJJJMM")	≤ 6	N	numerisch oder leer Teilfeld "MM" "01" bis "12" zulässige Einträge sind Januar der Berichtsperiode oder später, d.h. Teilfeld "JJJJ" von Feld 06 ≥ Wert von Feld 01	Z Z Z
05 / 06	AU-Beginn- zu AU-Endedatum			AU-Endedatum ist leer oder AU-Beginndatum ≤ AU-Endedatum	Z
07	AU-Tage	≤ 5	N	numerisch, nicht leer nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank) Wertevorrat ≥ 1	Z Z Z

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
08	Krankengeld-bezugstage	≤ 3	N	nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank) oder leer Wertevorrat 0 bis 365 Eintrag Feld 08 \leq Eintrag Feld 07 (AU-Tage) Eintrag > 0 nur dann, wenn Eintrag Feld 09 (Krankengeld-ausgaben) > 0 Leerwert (Null) wird durch "0" ersetzt	Z Z Z Z T
09	Krankengeld-ausgaben	≤ 14	N	nur Ziffern (ohne Minuszeichen, Punkt, Komma, Blank) oder leer Eintrag > 0 nur dann, wenn Eintrag Feld 08 (Krankengeld-bezugstage) > 0 Leerwert (Null) wird durch "0" ersetzt	Z Z T
10	Diagnose 1	$\geq 3, \leq 6$	AN	leer oder Anzahl der Zeichen: 3 bis 6 Leerwert (Null) wird durch "U888" ersetzt	Z T
11	Diagnose 2	$\geq 3, \leq 6$	AN	leer oder Anzahl der Zeichen: 3 bis 6	Z
12	Diagnose 3	$\geq 3, \leq 6$	AN	leer oder Anzahl der Zeichen: 3 bis 6	Z
Anmerkungen:					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 49: Feldprüfungen zu Tabelle 3 – Satzart 311 – Ambulante Abrechnungen (KVFall)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "311"	Z
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	Z
01B	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer	≤ 8	N	gültige Betriebsnummer (gemäß Tabelle 16, Satzart 611 – Kassen-Betriebsnummern und Zuordnung zu RSA-IKs (BetrNr))	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
04	KV-Nummer	≤ 2	N	1 bis 2 Ziffern	Z
05	Fallzähler	≤ 8	N		N
01 – 05 zus.	Zeitraum bis Fallzähler			eindeutiger Schlüssel für Satzart 311	Z
06	Fachgruppe	2	AN	zwei Ziffern	Z
07	Punktzahlsumme in Zehnteln	≤ 13	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	Z T
08	Sachkosten	≤ 14	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	Z T
09	Währung zu Sachkosten	≤ 4	AN	"Pf" bzw. "Cent"	Z
10	Gesamtkosten	≤ 14	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	Z T
11	Leistungsquartal	5	N	Wertevorrat "20011" bis 20032"	Z
12	Abrechnungsart	1	N	Wertevorrat "0" / "1"	Z
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 50: Feldprüfungen zu Tabelle 4 –
Satzart 312 – Diagnosen der ambulanten Behandlung (KVFallID)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "312"	Z
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	Z
01B	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer	≤ 8	N	gültige Betriebsnummer (gemäß Tabelle 16, Satzart 611 – Kassen-Betriebsnummern und Zuordnung zu RSA-IKs (BetrNr))	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
04	KV-Nummer	≤ 2	N		N
05	Fallzähler	≤ 8	N		N
01 – 05 zus.	Zeitraum bis Fallzähler			verknüpfbar mit Satzart 311	Z
06	Diagnosenzähler	≤ 4	N	maximal 4 Ziffern	Z
01 – 06 zus.	Zeitraum bis Diagnosenzähler			eindeutiger Schlüssel für Satzart 312	Z
07	Diagnose, kodiert	≤ 12	AN	maximal 12 Zeichen	Z
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 51: Feldprüfungen zu Tabelle 5 –
 Satzart 313 – Gebührenpositionen der ambulanten Behandlung
 (KVFallG)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "313"	Z
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	Z
01B	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer	≤ 8	N	gültige Betriebsnummer (gemäß Tabelle 16, Satzart 611 – Kassen-Betriebsnummern und Zuordnung zu RSA-IKs (BetrNr))	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
04	KV-Nummer	≤ 2	N		N
05	Fallzähler	≤ 8	N		N
01 – 05 zus.	Zeitraum bis Fallzähler			verknüpfbar mit Satzart 311	Z
06	GOP	≤ 7	AN	maximal 7 Zeichen	Z
01 – 06 zus.	Zeitraum bis GOP			eindeutiger Schlüssel für Satzart 313	Z
07	Anzahl	≤ 8	N	nur Ziffern	Z
Anmerkungen:					
-.-					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

Überblick 52: Feldprüfungen zu Tabelle 2: Satzart 211 – Zahnärztliche Vergütung (KZVFall)

Feld Nr	Feld	Anzahl Stellen	Feld-eigen-schaft	Soll (zugesicherter Zustand)	Vorgehen bei Soll-Verletzung
00	Satzart	3	N	konstant "211"	Z
01	Zeitraum:				
01A	Abrechnungs-quartal	1	N	Wertevorrat "1" bis "4"	Z
01B	Berichtsperiode	4	N	ganzzahlig 2001 und höher	Z Z
02	Betriebsnummer	≤ 8	N	gültige Betriebsnummer, gemäß Tabelle 16, Satzart 611 – Kassen-Betriebsnummern und Zuordnung zu RSA-IKs (BetrNr)	Z
03	Versicherten-pseudonym	39	AN	39 Zeichen	Z
04	KZV-Nummer	≤ 2	N	1 bis 2 Ziffern	Z
01 – 04 zus.	Zeitraum bis KZV-Nummer			eindeutiger Schlüssel für Satzart 211	Z
05	Summe Vergü-tung	≤ 14	N	nur Ziffern Leerwert auf "0" setzen	Z T
06	Währung zu Summe Vergü-tung	≤ 4	AN	"Pf" bzw. "Cent"	Z
Anmerkungen:					
- -					

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem

9.3.2 Formalprüfung der Feldinhalte bei verdichteten Daten und Schlüsselverzeichnissen

Die Daten des BVA (vergleiche Abschnitt 9.2) können in der der BfA vorliegenden Form übernommen werden. Formelle Prüfungen halten wir nicht für erforderlich.

Die modifizierte Satzart 43 wird von den Verbänden für die Jahre 2001 und 2002 an das BVA übermittelt. Die Tabellenstruktur ist für beide Berichtsjahre gleich, das Übermittlungsformat folgt der Vereinbarung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in der für das Berichtsjahr 2002 gültigen Fassung, d.h. der im April 2003 beschlossenen Fassung.

Datentypen, Feldlängen und weitere Spezifikationen der Schlüsseldateien der BfA (vergleiche Abschnitt 9.1) müssen mit den entsprechenden Feldern der anderen Datenübermittlungen harmonisiert werden. (Dies betrifft insbesondere die Betriebsnummern.) Tabelle 16, Tabelle 17 und Tabelle 18 müssen untereinander konsistent sein. Details können zwischen der BfA und den Gutachtern bilateral besprochen werden.

Die Schlüsseldateien des Kapitels 6 werden von den Gutachtern angenommen und geprüft, weitere Prüfungen entfallen.

10 Anhang

10.1 Bedingungen an die Pseudonymvergabe

Das Chiffrat in I-Tabelle 1 muss folgende Eigenschaften aufweisen:

- a. Verschiedene Versicherte müssen **unterschiedliche** Chiffrierungswerte erhalten.
- b. Eine bestimmte natürliche Person muss durch das Chiffrierungsverfahren **immer denselben Chiffrierungswert** erhalten. Dies dient der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse, um zu gewährleisten, dass verschiedene Dateien auch nach der Chiffrierung zusammenführbar sind.
- c. Da alle Datensätze eines Patienten bzw. Versicherten zusammenführbar bleiben müssen, muss die Chiffrierung getrennter Dateien einer Kasse (einer KV / KZV) **immer mit derselben Pseudonymtabelle** vorgenommen werden.
- d. In der zweiten Berichtsperiode müssen Versicherte, die schon in der ersten Berichtsperiode verschlüsselt wurden (d.h. schon im ersten Jahr in der Stichprobe waren), ihr **Pseudonym behalten**.
- e. Pseudonyme von Stichprobenversicherten, die in der zweiten Berichtsperiode nicht mehr im Bestand der Kasse sind, dürfen nicht für andere Personen verwendet werden⁴.
- f. Die Chiffrierung muss so gestaltet sein, dass eine Dechiffrierung **mit vertretbarem Aufwand nicht möglich** ist.
- g. Das Verfahren muss unter bestimmten definierten Bedingungen (Fehlersuche, -behebung) eine **Dechiffrierung** beim Datengeber (Kasse, KV) erlauben.

⁴ Ihre "Chiffrate" können zwar wieder verwendet werden, wenn der Bestandteil "Welle" des Pseudonyms – vgl. Abschnitt 3.3. – korrekt gefüllt ist, sicherheitshalber sollte dieses Recycling allerdings unterbleiben.

- h. Das Chiffrat darf das als Trennzeichen verwendete Sonderzeichen Hash ("#") **nicht enthalten**.
- i. Das Chiffrierverfahren muss eine Ausgabe zur Folge haben, die auf verschiedene **Plattformen** transformiert werden kann. Auf keinem Fall dürfen reine Binärsequenzen (wie bei DES- oder PGP-Chiffrierung) als Chiffrat werden.

10.2 Schlüsselungen der direkt abgerechneten Arzneimittel

Überblick 53: Schlüsselungen ausgewählter Felder bei direkt abgerechneten Medikamenten in Tabelle 11

Feld Nr	Feld der Tabelle 11			Feldinhalt
04	Verordnungsdatum			ersatzweise Abrechnungsmonat
05	Beleg-Nummer: Pseudokennung			Textfeld fester Länge (18 Zeichen) aus: 1. IK der Kasse (neunstellig), 2. Tranche (einstellig: "1", "2"), 3. laufende Nummer (achtstellig, mit führenden Nullen aufgefüllt)
06	Positionsnummer			"1"
08	Pharmazentralnummer: Pseudo-PZN			"9999901" Faktor-8-Produkte "9999902" Zytostatika "9999903" Sondennahrung "9999904" Sauerstoff "9999977" sonstige
09	Anzahl_Packungen			Anzahl Packungen zu dieser Pseudo-PZN auf diesem Rezept, ersatzweise "1"
Anmerkungen:				
Kassen, die direkt abgerechnete Medikamente nicht gemäß der Aufteilung für Feld 08 unterscheiden können, kodieren diese Medikamente durchgehend mit "9999977".				

10.3 Schlüsselungen bei unbekannter oder ungültiger Diagnose

Überblick 54: Platzhalterkodierungen analog zu ICD 10

	Sachverhalt	zu schlüsseln	vergeben von
	<i>Vertragsarzt kann nicht diagnostizieren</i>	U99.9	<i>Vertragsarzt gemäß Vereinbarung KBV / Spitzenverbände</i>
	keine (gültige) Diagnosenangabe	U88.8	wird von Kassen vergeben, betrifft Tabelle 4, Tabelle 8, Tabelle 12

Quelle: IGES/Lauterbach/Wasem