

## **Anlage 1.5: Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (zu §§ 9 und 14 der Bestimmung)**

### **0. Gültigkeit:**

Diese Version der Anlage 1.5 ist gültig ab dem Schlüsseljahr 2021/2022. Die vorliegende Anlage 1.5 mit Stand vom 26.07.2021 ersetzt die Anlage 1.5 zum laufenden Schlüsseljahr mit dem Stand 14.12.2020 aufgrund bestehender Neuregelungen im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 19.07.2021.

### **1. Vorbemerkung:**

Gem. § 7 Abs. 4 RSAV und § 9 RSAV übermitteln die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband die unter Anlage 1.4 Abschnitt B beschriebenen Dateien zur Weiterleitung an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die genannten Datenmeldungen sowie die Datenmeldungen nach § 22 Absatz 4 RSAV sind Teil dieser Anlage.

Unter Teil I sind zu den einzelnen Datenmeldungen (Satzarten 100, 110, 111, 400, 500, 600, 700, 703 und 821) Plausibilitätsprüfungen erläutert, die von jeder Krankenkasse und dem GKV-Spitzenverband vorzunehmen sind. Entsprechend der Anlage 2.1 werden die Prüfungen durch die Krankenkassenorganisationen vorgenommen, sofern eine Datenmeldung der Krankenkasse über diese an den GKV-Spitzenverband erfolgt. Die Bestimmung beinhaltet einheitlich von allen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband einzuhaltende Mindestkriterien, über die seitens des GKV-Spitzenverbandes vor oder mindestens zeitnah zu der Datenübergabe an das BAS eine schriftliche Erklärung abgegeben wird. In der Plausibilitätserklärung ist ein abschließendes Votum abzugeben, wie mit den Daten verfahren werden soll und ob die abgegebenen Daten plausibel sind. Für den Fall, dass eine Krankenkasse keine Datenmeldung vornehmen konnte, ist dies unter Nennung der Krankenkasse (mit Betriebsnummer) und der Gründe dem BAS schriftlich mitzuteilen.

Bei Unplausibilitäten sind zunächst weitergehende Prüfungen zur Ergründung

der Ursachen vorzunehmen. Die Krankenkassen, bei denen sich Unplausibilitäten ergeben haben, sind dem BAS unter Mitteilung der Unplausibilitätsfeststellungen sowie möglicher Ursachen zu benennen.

Unter Teil II werden die von den Krankenkassen und dem GKV-SV zu berechnenden Kennzahlen beschrieben. Die Kennzahlen dienen dazu, Datenausfälle, Übererfassungen und ähnliche Unplausibilitäten in den einzelnen Meldungen der Krankenkassen zu identifizieren. Entsprechend der Anlage 2.1 ist die Berechnung der Kennzahlen durch die Krankenkassenorganisation vorzunehmen, sofern eine Datenmeldung der Krankenkasse über diese an den GKV-Spitzenverband erfolgt.

Wird aufgrund der in Teil II genannten Kennzahlen eine Unplausibilität festgestellt, ist die Datenmeldung kurzfristig zu berichtigen. Dabei ist immer eine neue vollständige Datenmeldung zu erstellen. Ein Austausch einzelner fehlerhafter Datensätze oder Werte ist nicht möglich.

Ist eine vermutete Unplausibilität begründbar und erfolgt deshalb keine Berichtigung der Datenmeldung, hat die Krankenkasse diese Abweichung unverzüglich über die jeweilige Kassenorganisation bzw. direkt gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen. Erhält eine Krankenkasse nur einen Hinweis auf eine evtl. Unplausibilität, ist eine entsprechende Begründung gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht erforderlich. Die Kriterien zur Vergabe von Hinweisen sind in den Prüfungen definiert.

Die Krankenkasse bzw. deren Kassenorganisation stellt die ermittelten Kennzahlen dem GKV-Spitzenverband einschließlich einer Begründung zusammen mit der Datenmeldung zur Verfügung. Der GKV-Spitzenverband stellt die Kennzahlen und ggf. die Begründung dem BAS zur Verfügung.

Der GKV-Spitzenverband behält sich vor, auf Grundlage neuer Erkenntnisse weitere Plausibilitätsprüfungen zur Vermeidung von Selektions- oder Datenfehlern vorzunehmen.

Unter Teil III befinden sich die Hinweise auf die Prüfungen, die vom BAS durchgeführt werden.

## **Teil I: Prüfungen, die von der Krankenkasse und dem GKV-Spitzenverband durchgeführt werden**

Datensätze, die nicht dem formalen Aufbau entsprechen, sind vor Weiterleitung an den GKV-Spitzenverband und an das BAS zu entfernen. Dazu gehören fehlerhaft belegte Felder (z. B. alphanumerische Belegung statt einer numerischen Belegung, fehlerhafter Aufbau der Diagnose usw.). Datensätze mit einer fehlerhaften Satzlänge, Fehler im Vor- oder im Nachlaufsatz führen beim GKV-Spitzenverband generell zu einer Komplettabweisung der Datei. Eine Berichtungslieferung ist in diesem Falle erforderlich.

Die unter Teil I stehenden Prüfungen führen dazu, dass bei Auffälligkeiten die entsprechenden Datensätze nicht weitergeleitet werden (Ausnahme Satzarten 100/110 bzw. 111: Prüfung u)/w) bzw. o) amtlicher Gemeindeschlüssel bei Abweichungen von dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Gemeindeschlüssel). Der Datenabsender wird über die nicht weitergeleiteten Datensätze vom GKV-Spitzenverband vor Abgabe der Datenmeldung an das BAS informiert. Die Krankenkassen erhalten entsprechende Datensätze vom GKV-Spitzenverband aus den Teil 1 Prüfungen zur Information nach der Abgabe der Datenmeldung an das BAS.

### **1. Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten –**

#### **a) Eindeutigkeit der Pseudonyme**

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 100 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Bei Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms mit unterschiedlichem Inhalt in den übrigen Datenfeldern wird keiner der zu diesem Pseudonym gehörenden Datensätze weitergeleitet.

#### **b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz**

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

### c) Betriebsnummer

Die in der Satzart 100 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht weitergeleitet.

### d) KV-Nr-Kennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

### e) Bildung des Pseudonyms

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 1 müssen 38 Zeichen aufweisen.  
Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 0 müssen 19 Zeichen aufweisen und die ersten acht Zeichen des Pseudonyms müssen der Betriebsnummer der Hauptkasse entsprechen. Nach einer Kassenfusion, die vor dem Ende des Schlüsseljahres stattfindet, darf auch die ehemalige Hauptbetriebsnummer der fusionierten Krankenkasse bis zum Ende des Schlüsseljahres genutzt werden.

### f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1904 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

### g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“, „3“, oder „4“ annehmen.

### h) Versichertentage

Die Werte im Feld Versichertentage dürfen maximal den Wert 365 (wenn es sich bei dem Berichtsjahr um ein Schaltjahr handelt den Wert 366) annehmen.

#### i) Versichertentage / Versichertentage Ausland

Die Anzahl der Versichertentage Ausland darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

#### j) Versichertentage / Tage mit Krankengeldanspruch

Die Anzahl der Tage mit Krankengeldanspruch darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

#### k) Versichertentage / Tage mit Kostenerstattung

Die Anzahl der Tage mit Kostenerstattung (Summe der Felder 14 u. 15) darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

#### l) Prüfung Erwerbsminderung

EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die im Berichtsjahr 2019 oder im Berichtsjahr 2020 älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2019 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 212 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2020 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 244 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

#### m) Prüfung Versichertentage / Tage mit Erwerbsminderung

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen EMR-Versicherungstage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

#### n) Extrakorporale Blutreinigung

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### o) Verstorben

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### p) DMP-Tage

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen DMP-Versichertentage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

#### q) Kennzeichen Alters- / Geschlechtswechsel

Bei der Korrekturmeldung gilt: Das Feld darf nur den Dummywert „9“ annehmen.

Bei der Erstmeldung gilt: Das Feld darf nur die Werte „0“, „1“ oder „9“ annehmen.

Eine Meldung des Kennzeichens mit dem Wert „9“ schließt die Meldung des Kennzeichens mit den Werten „0“ oder „1“ aus.

#### r) RSA-Clearingkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### s) RSA-Clearingkennzeichen / Versichertentage

Die Versichertentage des Pseudonyms dürfen nur mit Null Tagen gemeldet werden, wenn das RSA-Clearingkennzeichen = 1 ist.

#### t) Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### u) amtlicher Gemeindegchlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 20 (amtlicher Gemeindegchlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt (Destatis) veröffentlichter Gemeindegchlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf Stellen des Gemeindegchlüssels für die folgenden Stände der monatlichen Gemeindedaten des Destatis (GV100AD), welche mit den entsprechenden Quar-

talsangaben der Postleitzahlenverzeichnisse der Deutschen Post korrespondieren:

MRSA-Datenmeldung	Stand der GV100AD	PLZ-Verzeichnis der Deutschen Post
Satzart 100K 2019	28. Februar 2021	2. Quartal 2021
Satzart 100E 2020	31. Mai 2021	3. Quartal 2021

Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise. Auch auffällige Datensätze werden an das BAS weitergeleitet.

## **2. Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten**

### **a) Eindeutigkeit der Pseudonyme**

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 110 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Bei Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms mit unterschiedlichem Inhalt in den übrigen Datenfeldern wird keiner der zu diesem Pseudonym gehörenden Datensätze weitergeleitet.

### **b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz**

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

### **c) Betriebsnummer**

Die in der Satzart 110 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht weitergeleitet.

### **d) KV-Nr-Kennzeichen**

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

### **e) Bildung des Pseudonyms**

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 1 müssen 38 Zeichen aufweisen. Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 0 müssen 19 Zeichen aufweisen und die ersten acht Zeichen des Pseudonyms müssen der Betriebsnummer der Hauptkasse entsprechen. Nach einer Kassenfusion, die vor dem Ende des Schlüsseljahres stattfindet, darf auch die ehemalige Hauptbetriebsnummer der fusionierten Krankenkasse bis zum Ende des Schlüsseljahres genutzt werden.

#### f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1904 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

#### g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“, „3“ oder „4“ annehmen.

#### h) Versichertentage

Die Werte im Feld Versichertentage dürfen maximal den Wert 365 (wenn es sich bei dem Berichtsjahr um ein Schaltjahr handelt den Wert 366) annehmen.

#### i) Versichertentage / Versichertentage Ausland

Die Anzahl der Versichertentage Ausland darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

#### j) Versichertentage / Tage mit Krankengeldanspruch

Die Anzahl der Tage mit Krankengeldanspruch darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

#### k) Versichertentage / Tage mit Kostenerstattung

Die Anzahl der Tage mit Kostenerstattung (Summe der Felder 14 u. 15) darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

#### l) Prüfung Erwerbsminderung



EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die im Berichtsjahr 2019 oder im Berichtsjahr 2020 älter als 66 Jahre alt sind, dürfen nicht gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2019 maximal 212 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden. Für Versicherte, die 66 Jahre alt sind, dürfen für das Berichtsjahr 2020 maximal 244 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

#### m) Prüfung Versichertentage / Tage mit Erwerbsminderung

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen EMR-Versicherungstage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

#### n) Extrakorporale Blutreinigung

Der Feldinhalt darf nur den Wert „9“ annehmen.

#### o) Verstorben

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### p) DMP-Tage

Die für ein Pseudonym im Berichtsjahr angegebenen DMP-Versichertentage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

#### q) Kennzeichen Alters- / Geschlechtswechsel

Das Feld darf nur die Werte „0“, „1“ oder „9“ annehmen.

Eine Meldung des Kennzeichens mit dem Wert „9“ schließt die Meldung des Kennzeichens mit den Werten „0“ oder „1“ aus.

#### r) RSA-Clearingkennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

s) RSA-Clearingkennzeichen / Versichertentage

Die Versichertentage des Pseudonyms dürfen nur mit Null Tagen gemeldet werden, wenn das RSA-Clearingkennzeichen = 1 ist.

t) Kennzeichen letzter Tag im Berichtszeitraum

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

u) Prüfung Länderkennzeichen

Für Berichtsjahr 2020 gilt: Der Feldinhalt darf nur ein Länderkennzeichen aus Spalte 2 der Zuordnungstabelle aus Anlage 1.4 zu diesem Datenfeld enthalten oder mit „BLANK“ gefüllt sein.

Für Berichtsjahr 2019 gilt: Das Datenfeld ist mit „BLANK“ gefüllt.

v) Prüfung Länderkennzeichen in Verbindung mit Datenfeld 13) Versichertentage im Ausland

Für Berichtsjahr 2020 gilt: Das Datenfeld „Länderkennzeichen“ muss mit „BLANK“ gefüllt sein, wenn im Datenfeld „Versichertentage im Ausland“ = 0 Tage gemeldet werden.

Das Datenfeld „Länderkennzeichen“ muss ein Länderkennzeichen aus Spalte 2 der Zuordnungstabelle aus Anlage 1.4 zu diesem Datenfeld enthalten, wenn im Datenfeld 13 „Versichertentage im Ausland“ ein Wert größer 0 gemeldet wird.

w) amtlicher Gemeindegchlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 20 (amtlicher Gemeindegchlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt veröffentlichter Gemeindegchlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf Stellen des Gemeindegchlüssels für den folgenden Stand der monatlichen Gemeindegdaten des Destatis (GV100AD), welche mit der entsprechenden Quartalsangabe des Postleitzahlenverzeichnisses der deutschen Post korrespondieren:

MRSA-Datenmeldung	Stand der GV100AD	PLZ-Verzeichnis der
-------------------	-------------------	---------------------

		Deutschen Post
Satzart 110 BJ 2019	30. November 2021	1. Quartal 2022
Satzart 110 BJ 2020	30. November 2021	1. Quartal 2022

Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise. Auch auffällige Datensätze werden an das BAS weitergeleitet.

### 3. Satzart 111 – Versichertenstammdaten für das monatliche Abschlagsverfahren

#### a) Eindeutigkeit der Pseudonyme

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 111 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Bei Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms mit unterschiedlichem Inhalt in den übrigen Datenfeldern wird keiner dieser Datensätze weitergeleitet.

#### b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

#### c) Betriebsnummer

Die in der Satzart 111 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln. Ungültige Betriebsnummern werden nicht berücksichtigt.

#### d) KV-Nr-Kennzeichen

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### e) Bildung des Pseudonyms

Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 1 müssen 38 Zeichen aufweisen.  
Pseudonyme mit KV-Nr-Kennzeichen = 0 müssen 19 Zeichen aufweisen und die ersten acht Zeichen des Pseudonyms müssen der Betriebsnummer der

Hauptkasse entsprechen.

Nach einer Kassenfusion, die vor dem Ende des Schlüsseljahres stattfindet, darf auch die ehemalige Hauptbetriebsnummer der fusionierten Krankenkasse bis zum Ende des Schlüsseljahres genutzt werden.

#### f) Geburtsjahr

Die für das Geburtsjahr angegebenen Werte müssen größer oder gleich 1904 und kleiner oder gleich dem jeweiligen Berichtsjahr sein.

#### g) Geschlecht

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“, „3“ oder „4“ annehmen.

#### h) Versichertentage

Die Werte im Feld Versichertentage müssen mindestens „1“ sein und dürfen maximal den Wert des zu betrachtenden Zeitraumes annehmen. Für die Monate Januar bis Juni sind das 181 bzw. 182 Tage. Für die Monate Januar bis Dezember 365 bzw. 366 Tage.

#### i) Verstorben

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### j) Kennzeichen letzter Tag des Berichtszeitraums

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### k) Versichertentage mit Krankengeldanspruch

Die Anzahl der Tage mit KG-Anspruch darf nicht die Anzahl der Versichertentage des Pseudonyms übersteigen.

### l) Prüfung Erwerbsminderung

EMR-Versicherungszeiten für Versicherte, die älter als 66 Jahre sind, dürfen nicht gemeldet werden.

Für Versicherte, die im Berichtsjahr 2021 66 Jahre alt sind, dürfen maximal 273 Tage EMR-Versicherungszeit gemeldet werden.

### m) Erwerbsminderung

Die Anzahl der Tage mit Erwerbsminderung darf nicht die Anzahl der Versicherungstage des Pseudonyms übersteigen.

### n) DMP-Tage

Die für ein Pseudonym im Berichtszeitraum angegebenen DMP-Versichertentage dürfen die Anzahl der Versicherungstage des gleichen Pseudonyms nicht übersteigen.

### o) amtlicher Gemeindeschlüssel

Der Wertebereich des Datenfelds 14 (amtlicher Gemeindeschlüssel) muss eingehalten werden. Gültige Werte sind „00000000“, „99999999“ oder ein vom Statistischen Bundesamt (Destatis) veröffentlichter Gemeindeschlüssel. Eine Überprüfung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband gegen die ersten fünf Stellen des Gemeindeschlüssels für die folgenden Stände der monatlichen Gemeindedaten des Destatis (GV100AD), welche mit den entsprechenden Quartalsangaben der Postleitzahlenverzeichnisse der Deutschen Post korrespondieren:

MRSA-Datenmeldung	Stand der GV100AD	PLZ-Verzeichnis der Deutschen Post
Satzart 111 B 2021 (Ganzjahresmeldung)	30. November 2021	1. Quartal 2022

Bei Abweichungen erhält der Datenabsender entsprechende Hinweise. Auch auffällige Datensätze werden an das BAS weitergeleitet.

#### 4. Satzart 400 – Arzneimitteldaten –

##### a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

##### b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

##### c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 400 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

##### d) Verordnungsdatum

Das angegebene Datum muss aus dem jeweiligen Berichtsjahr stammen.

##### e) Pharmazentralnummer

Die gemeldete Pharmazentralnummer enthält den Wert „06461067“ (Ersatzanspruch nach § 131a SGB V). Entsprechende Datensätze werden gekennzeichnet und nicht an das BAS weitergeleitet. Diese Prüfroutine kommt erstmals mit der Erstmeldung des Berichtsjahres 2020 zur Anwendung.

##### f) Angaben zu Feld „Anzahl Einheiten oder Faktor“

Der Wert muss größer „0“ sein.

#### 5. Satzart 500 – Diagnosen der stationären Behandlung –

#### a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

#### b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

#### c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 500 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

#### d) Entlassungsmonat

Der angegebene Monat muss aus dem jeweiligen Berichtsjahr stammen.

#### e) Fallzähler

Der Feldinhalt darf nur die Werte von „01“ bis „99“ annehmen.

#### f) Diagnose, kodiert

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A – Z) enthalten. Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.

Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "\*", "+", "-" und "#".

#### g) Lokalisation

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“ oder „1“ annehmen.

#### h) Art der Diagnose

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ oder „2“ annehmen.

#### i) Art der Behandlung

Der Feldinhalt darf nur die Werte „0“, „1“, „2“, „3“ oder „4“ annehmen.

### **6. Satzart 600 – Diagnosen der ambulanten Behandlung –**

#### a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

#### b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

#### c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 600 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

#### d) Leistungsquartal

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“, „2“, „3“ oder „4“ annehmen.



#### e) Diagnose, kodiert

Die erste Stelle des Diagnosefeldes muss einen Buchstaben (A – Z) enthalten. Die Stellen zwei und drei des Diagnosefeldes dürfen nur numerische Zeichen enthalten.

Die folgenden Sonderzeichen dürfen nur in den Stellen 4 bis 7 des Diagnosefeldes enthalten sein: "!", ".", "\*", "+", "-" und "#".

#### f) Qualifizierung

Der Feldinhalt darf nur die Werte „V“, „Z“, „A“, „G“ oder „0“ annehmen.

#### g) Lokalisation

Der Feldinhalt darf nur die Werte „1“ oder „0“ annehmen.

#### h) Datenweg

Der Feldinhalt darf nur die Werte „01“ bis „10“ oder „99“ annehmen.

### **7. Satzart 700 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben –**

#### a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

#### b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

#### c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 700 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in

der Satzart 100 ist nicht gültig.

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 700 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms sind aufzulisten, zu prüfen und ggf. zu löschen. Die Anzahl der gemeldeten Versichertenpseudonyme in der Satzart 700 entspricht der Anzahl gemeldeter Versichertenpseudonyme in der Satzart 100.

#### d) Unplausible Krankengeldleistungen in Versichertenteilgruppen ohne Anspruchsberechtigung

Gegen die Satzart 100 wird geprüft, ob Leistungsdaten bei Versicherten anfallen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht anspruchsberechtigt sind (z. B. Kinder unter 14 Jahre). Ist das der Fall, sind nähere Überprüfungen in den Krankenkassen vorzunehmen und diese Datensätze ggf. zu entfernen.

### 8. Satzart 703 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben –

#### a) Betriebsnummer

Die angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig und auch in der Satzart 100 enthalten sein.

#### b) Pseudonym doppelt – identischer Datensatz

Liegen bei zwei oder mehr Datensätzen identische Werte über alle Variablen vor, ist von diesen Datensätzen nur ein Datensatz weiterzuleiten.

#### c) Versichertenpseudonym

Das gemeldete Versichertenpseudonym muss einem gleichen Versichertenpseudonym in der Satzart 100 zugeordnet werden können. Ein Versichertenpseudonym der Satzart 703 ohne entsprechendes Versichertenpseudonym in der Satzart 100 ist nicht gültig.

Jedes Pseudonym darf nur einmal in der Satzart 703 des jeweiligen Berichtsjahres enthalten sein. Mehrfachmeldungen des gleichen Pseudonyms sind aufzulisten, zu prüfen und ggf. zu löschen. Die Anzahl der gemeldeten Versichertenpseudonyme in der Satzart 703 entspricht der Anzahl gemeldeter Versichertenpseudonyme in der Satzart 100.

d) Datenfelder 4 bis 8 und 11 bis 18:

Es wird geprüft, ob die Datenfelder 4 bis 8 und 11 bis 18 der Satzart 703 inhaltlich identisch wie die entsprechenden Datenfelder der Satzart 700 gemeldet werden. Bei Abweichungen werden die entsprechenden Datensätze gekennzeichnet und an das BAS weitergeleitet. Der Datenabsender wird über den Fehler informiert.

## 9. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 22 Abs. 4 RSAV –

### a) Betriebsnummer

Die in der Satzart 821 angegebene Betriebsnummer muss im Berichtsjahr gültig sein. Bei der Betriebsnummer muss es sich um die Betriebsnummer der Hauptkasse handeln, die im jeweiligen Berichtsmonat gültig war. Ungültige Betriebsnummern werden nicht berücksichtigt.

### b) Berichtsmonat

Die Stellen 1 bis 4 des Feldes „Berichtsmonat“ entsprechen dem gültigen Berichtsjahr für das der Jahresausgleich durchgeführt wird.

Die Stellen 5 und 6 dürfen nur Werte zwischen 01 bis 12 annehmen.

### c) Mitglieder

Das Datenfeld muss numerisch sein.

### d) Zusatzbeitragssatz der Krankenkasse

Das Datenfeld muss numerisch sein.

## Teil II: Kennzahlen

### 1. Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten –

Im Anschluss der unter Teil I stehenden Prüfungen sind die folgenden Berechnungen vorzunehmen:

#### a1) Vergleich der Veränderungsrate KM1 mit der Veränderungsrate der SA100 Erstmeldung

Es wird die Veränderungsrate „VR\_KM1“ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099) des Berichtsjahres 2020 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2019 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR\_KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left( \frac{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2020}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2019} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR\_SA100“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 des Berichtsjahres 2020 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 100 der Korrekturmeldung 2019 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR\_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left( \frac{\text{Versichertenjahre aus SA } 100 \text{ EM } 2020}{\text{Versichertenjahre aus SA } 100 \text{ KM } 2019} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre der Satzart 100 Datenmeldungen ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes (BZ) geteilt werden. Seien n Versicherte von i=1 bis n durchnummeriert, so gilt für die Versichertenjahre:

$$\text{Versichertenjahre aus SA } 100 = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert

„VR\_SA100“ vom Wert „VR\_KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit  $(VR_{KM1}) - (VR_{SA100}) \notin [-1\%; +1\%]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

#### a2) Vergleich Veränderungsrate der KM1 mit der Veränderungsrate der SA100 Korrekturmeldung

Es wird die Veränderungsrate „VR\_KM1“ gebildet, indem die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) des Berichtsjahres 2019 durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl der KM1/13 (Spalte 3 der Schlüsselpositionen 12099) aus dem Berichtsjahr 2018 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR\_KM1 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left( \frac{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2019}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13}(\text{SP } 12099, \text{Spalte } 3) \text{ BJ } 2018} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR\_SA100“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 100 Korrekturmeldung des Berichtsjahres 2019 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 110 der Korrekturmeldung 2018 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR\_SA100 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA100} = \left( \frac{\text{Versichertenjahre aus SA } 100 \text{ KM } 2019}{\text{Versichertenjahre aus SA } 110 \text{ KM } 2018} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre der Satzart 100 und der Satzart 110 ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes geteilt werden, mit:

$$\text{Versichertenjahre aus SA } 100 = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des entsprechenden BZ}}$$

bzw.

$$\text{Versichertenjahre aus SA } 110 = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des entsprechenden BZ}}$$

Die beiden Veränderungsrate werden zueinander in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR\_SA100“ vom Wert „VR\_KM1“ abgezogen wird.

Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit  $(VR_{KM1}) - (VR_{SA100}) \notin [-1\%; +1\%]$  gilt die Datenmeldung als unplausibel.

#### b / c) Veränderungsrate gegenüber der vorangegangenen amtlichen Meldung:

In den nachstehenden Berechnungen werden Veränderungsrate einzelner Teilgruppen gegenüber der vorangegangenen Meldung gebildet, indem die Summen der jeweiligen Teilgruppen gebildet und durch die Summen der entsprechenden Teilgruppen der vorangegangenen Datenmeldung geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsrate ergibt sich aus diesem Wert, abzüglich des Wertes 100. Bei einer Über- oder Unterschreitung der in den nachfolgenden Tabellen genannten zulässigen Abweichungen gilt die Datenmeldung als unplausibel.

Zur korrekten Zuordnung von Datenmeldungen zu Referenzmeldungen und der Berücksichtigung einzelner Teilbereiche befindet sich zum Ende des Abschnitts 2 dieser Anlage eine schematische Darstellung der Zuordnungen.

#### b) Veränderungsrate der Erstmeldung 2020 gegenüber der Satzart 100 Korrekturmeldung 2019 bzw. der Satzart 111 des Berichtsjahres 2020:

Enthält der betrachtete Teilbereich ( $r=1, \dots, 11$ )  $n$  Versicherte, so gilt für die Berechnung der Veränderungsrate:

$$VR_{br} = \left( \frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2020)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ KM\ 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3,6,7,8$$

bzw.

$$VR_{br} = \left( \frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ EM\ 2020)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 111\ BJ\ 2020)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1,2,4,5,9,10,11$$

Veränderungsrate des Teilbereiches (r):	zulässige Abweichung**
b1) Versichertentage *	± 1 %
b2) EMR-Tage *	± 6 %
b3) Extrakorporale Blutreinigung	± 8 %
b4) Verstorben *	± 5 %
b5) DMP-Tage *	± 6 %
b6) Versichertentage Ausland	nicht definiert
b7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13	nicht definiert
b8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53	nicht definiert
b9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch *	± 1 %
b10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer *	nicht definiert
b11) Anzahl der Datensätze *	± 5 %

\* Eine Überprüfung der gekennzeichneten Felder erfolgt gegen die Satzart 111 des gleichen Berichtszeitraumes der Erstmeldung

\*\* Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

### c) Veränderungsrate der Korrekturmeldung 2019 gegenüber der Satzart 110 des Berichtsjahres 2019 bzw. der Erstmeldung der Satzart 100 des Berichtsjahres 2019

Die Berechnung zur Veränderungsrate erfolgt entsprechend dem Regelverfahren nach Buchstabe b).

$$VR_{cr} = \left( \frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 KM 2019)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 EM 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 3$$

bzw.

$$VR_{cr} = \left( \frac{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 100 KM 2019)}{\sum_{i=1}^n cr_i (SA 110 KM 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11, r \neq 3$$

Veränderungsrate des Teilbereiches (r):	zulässige Abweichung**
c1) Versichertentage	± 1 %
c2) EMR-Tage	± 6 %
c3) Extrakorporale Blutreinigung *	± 5 %
c4) Verstorben	± 4 %
c5) DMP-Tage	± 5 %
c6) Versichertentage Ausland	± 5 %
c7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13	± 5 %
c8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53	± 5 %
c9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch	± 2 %
c10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer	Nicht definiert
c11) Anzahl der Datensätze	± 5 %

\* Eine Überprüfung der gekennzeichneten Felder erfolgt gegen die Satzart 100 des gleichen Berichtszeitraumes der Erstmeldung

\*\* Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

c12) Weisen die Veränderungsraten „c1) Versichertentage“, „c2) EMR-Tage“, „c4) Verstorben“, „c5) DMP-Tage“, „c6) Versichertentage Ausland“, „c7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13“, „c8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53“, „c9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch“ und „c11) Anzahl der Datensätze“ jeweils den Wert 0 auf, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen b2 bis b5 und b9 bzw. c2 bis c9 außerhalb des vereinbarten Intervalls, wird zusätzlich überprüft, ob die absolute Differenz der Versicherten zwischen den zu vergleichenden Datenmeldungen kleiner oder gleich dem Wert 5 ist. Trifft dies zu, erhält die Krankenkasse lediglich einen Hinweis.

(Für die Teilbereiche b2 und b5 bis b9 bzw. c2 und c5 bis c9, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert.)

#### d) Kennzahl „letzter Tag des Berichtszeitraums“

Aus der Satzart 100 wird die Anzahl der Pseudonyme ermittelt, die in Feld 19 als Merkmalsausprägung eine „1“ tragen (= versichert am letzten Tag des Berichtszeitraums). Die Anzahl der Pseudonyme wird verglichen mit der Anzahl der RSA-relevanten Versicherten aus der KM1 des letzten Monats des Berichtszeitraums. Die Anzahl der RSA-relevanten Versicherten aus KM1 wird gebildet



aus den Schlüsselnummern 12099 (Versicherte insgesamt) abzüglich 10170 (Wehr- und Zivildienstleistende) und 10270 (Freiwillige Mitglieder mit Auslandsaufenthalt). Die Anzahl der Pseudonyme aus Satzart 100 wird dividiert durch die Anzahl der RSA-relevanten Versicherten laut KM1 und mit 100 multipliziert. Man erhält die Kennzahl „Letzter Tag des Berichtszeitraums“.

$$\text{Kennzahl. d} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Merkmalsausprägung}=1}}{\text{Anzahl der RSA relevanten Versicherten laut KM1}} \cdot 100$$

Die Kennzahl gilt als unplausibel, sofern ihre Werte außerhalb des Intervalls von 98 % und 102 %, mit  $\text{Kennzahl. d} \notin [98\%; 102\%]$  liegen.

#### e) Kennzahl „Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel“ Erstmeldung

Es wird für jede Krankenkasse, die in der Satzart 100 Erstmeldung von der optionalen Meldung des Kennzeichens Alters- und/oder Geschlechtswechsel Gebrauch gemacht hat, der Anteil der Pseudonyme mit bestätigtem Alters- und/oder Geschlechtswechsel an der Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme ermittelt. Dafür wird die Anzahl der Pseudonyme mit Eintrag 1 im Feld Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel durch die Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme dividiert, wobei für die Bildung der Gesamtanzahl die Pseudonyme mit Clearingkennzeichen „1“ unberücksichtigt bleiben.

$$\text{Kennzahl. e} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Alters- und/oder Geschlechtswechsel}=1}}{\text{Gesamtzahl aller gemeldeten Pseudonyme}_{\text{Clearingkennzeichen}=0}}$$

Wird in der Erstmeldung im Datenfeld 17 der Wert „9“ gemeldet, erhält die Krankenkasse den Hinweis „Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel = 0“.

#### f) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

f.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 100-Datenmeldung (Erstmeldung und Korrekturmeldung) des aktuellen Schlüsseljahres mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 100-Erstmeldung des vorangegangenen Schlüsseljahres verglichen werden. Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-Kennzeichen“ = 1 ist. Ermittelt wird die Zahl der identischen Pseudonyme, die sowohl in der aktuellen Datenmeldung der Krankenkasse als auch in der Vergleichsdatenbasis vorkommen. Erwartet wird die Zahl 0, da eine Verknüpfung der Pseudonyme zwischen zwei Schlüsseljahren nicht möglich ist. Ist der so ermittelte Wert größer als 0, erhält die Krankenkasse einen Hinweis, dass eine Überprüfung hinsichtlich der Verwendung des gültigen Pseudonymisierungsschlüssels unbedingt erforderlich ist. Stellt die Krankenkasse fest, dass der korrekte Schlüssel zur Erstellung des Versichertenpseudonyms verwendet wurde, bestätigt die Krankenkasse dieses gegenüber dem GKV-Spitzenverband. Im Fall einer fehlerhaften Erstellung nimmt die Krankenkasse mit dem GKV-Spitzenverband zwecks einer Berichtigungslieferung unmittelbar Kontakt auf.

f.2) Ergänzend zu f.1) wird für die Satzart 100 Erstmeldung ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es wird der Anteil nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Erstmeldung an der Korrekturmeldung berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

## 2. Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten

Im Anschluss der unter Teil I stehenden Prüfungen sind die folgenden Berechnungen vorzunehmen:

### a / b) Veränderungsrate gegenüber der vorangegangenen amtlichen Meldung des gleichen Schlüsseljahres:

In den nachstehenden Berechnungen werden Veränderungsraten einzelner Teilgruppen gegenüber der vorangegangenen Datenmeldung berechnet. Dies erfolgt, indem aus der Satzart 110 für jedes Berichtsjahr und jede Teilgruppe die Summe gebildet wird und dieser Wert mit der Summe der jeweiligen Teilgruppe aus der Satzart 100 desselben Berichtsjahres und desselben Schlüsseljahres geteilt und mit 100 multipliziert wird.

Die Veränderungsrate ergibt sich aus diesem Wert, abzüglich des Wertes 100.

Bei einer Über- oder Unterschreitung der in den nachfolgenden Tabellen genannten zulässigen Abweichungen gilt die Datenmeldung als unplausibel.

a) Veränderungsrate der Satzart 110 des Berichtsjahres 2020 gegenüber der Erstmeldung 2020 der Satzart 100:

$$VR_{ar} = \left( \frac{\sum_{i=1}^n ar_i (SA\ 110\ KM\ 2020)}{\sum_{i=1}^n ar_i (SA\ 100\ EM\ 2020)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

Veränderungsrate des Teilbereiches (r):	zulässige Abweichung*
a1) Versichertentage	± 1 %
a2) EMR-Tage	± 6 %
a3) Extrakorporale Blutreinigung	Keine Prüfung
a4) Verstorben	± 4 %
a5) DMP-Tage	± 5 %
a6) Versichertentage Ausland	± 5 %
a7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13	± 5 %
a8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53	± 5 %
a9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch	± 2 %
a10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer	Nicht definiert
a11) Anzahl der Datensätze	± 5 %

a12) Weisen die Veränderungsrate „a1) Versichertentage“, „a2) EMR-Tage“, „a4) Verstorben“, „a5) DMP-Tage“, „a6) Versichertentage Ausland“, a7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13“, „a8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53“, „a9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch“ und „a11) Anzahl der Datensätze“ jeweils den Wert 0 auf, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

\* Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

b) Veränderungsrate der Satzart 110 des Berichtsjahres 2019 gegenüber der Korrekturmeldung 2019 der Satzart 100:

$$VR_{br} = \left( \frac{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 110\ KM\ 2019)}{\sum_{i=1}^n br_i (SA\ 100\ KM\ 2019)} \cdot 100 \right) - 100, \text{ mit } r = 1, \dots, 11$$

Veränderungsrate des Teilbereich (r):	zulässige Abweichung*
b1) Versichertentage	± 1 %
b2) EMR-Tage	± 6 %
b3) Extrakorporale Blutreinigung	Keine Prüfung
b4) Verstorben	± 4 %
b5) DMP-Tage	± 5 %
b6) Versichertentage Ausland	± 5 %
b7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13	± 5 %
b8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53	± 5 %
b9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch	± 2 %
b10) Nichtbundeseinheitliche KV-Nummer	Nicht definiert
b11) Anzahl der Datensätze	± 5 %

Liegt der jeweils berechnete Wert für die Prüfungen „a2 und a4 bis a9“ bzw. „b2 und b4 bis b9“ außerhalb des vereinbarten Intervalls, wird zusätzlich überprüft, ob die absolute Differenz der Versicherten zwischen den vergleichenden Datenmeldungen kleiner oder gleich dem Wert 5 ist. Trifft dies zu, erhält die Krankenkasse lediglich einen Hinweis.

(Für die Teilbereiche „a2 und a5 bis a9“ bzw. „b2 und b5 bis b9“, die in Tagen angegeben werden, werden zuvor die gemeldeten Tage durch die Anzahl der Tage im Berichtszeitraum dividiert).

\*Die Plausibilität von Kennzahlen, deren zulässige Abweichung nicht definiert ist, ist durch die Krankenkasse zu bewerten und braucht gegenüber dem GKV-Spitzenverband nicht bestätigt zu werden.

b12) Weisen die Veränderungsrate „b1) Versichertentage“, „b2) EMR-Tage“, „b4) Verstorben“, „b5) DMP-Tage“, „b6) Versichertentage Ausland“, „b7) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 13“, „b8) Versichertentage mit Kostenerstattung nach § 53“, „b9) Versichertentage mit Krankengeldanspruch“ und „b11) Anzahl der Datensätze“ jeweils den Wert 0 auf, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

### c) Kennzahl Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel

Es wird für jede Krankenkasse, die in der Satzart 110 Datenmeldung von der optionalen Meldung des Kennzeichens Alters- und/oder Geschlechtswechsel Gebrauch gemacht hat, der Anteil der Pseudonyme mit dem Kennzeichen Alters- und/oder

Geschlechtswechsel = „1“ an der Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme ermittelt. Dafür wird je Berichtsjahr die Anzahl der jeweils mit „1“ gekennzeichneten Pseudonyme durch die jeweilige Gesamtanzahl aller gemeldeten Pseudonyme dividiert, wobei für die Bildung der Gesamtanzahl die Pseudonyme mit Clearingkennzeichen „1“ unberücksichtigt bleiben.

$$\text{Kennzahl. c} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Alters- und/oder Geschlechtswechsel=1}}}{\text{Gesamtzahl aller gemeldeten Pseudonyme}_{\text{Clearingkennzeichen=0}}}$$

Wird in der Satzart 110 im Datenfeld 17 der Wert „9“ gemeldet, erhält die Krankenkasse den Hinweis „Anteil Versicherte mit Kennzeichen Alters- und/oder Geschlechtswechsel = 0“.

#### d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

d.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 110-Datenmeldung beider Berichtsjahre des aktuellen Schlüsseljahres jeweils mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 110-Datenmeldung des jüngeren Berichtsjahres im vorangegangenen Schlüsseljahr verglichen werden.

Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-Kennzeichen“ = 1 ist. Ermittelt wird die Zahl der identischen Pseudonyme, die sowohl in der aktuellen Datenmeldung der Krankenkasse als auch in der Vergleichsdatenbasis vorkommen. Erwartet wird die Zahl 0, da eine Verknüpfung der Pseudonyme zwischen zwei Schlüsseljahren nicht möglich ist. Ist der so ermittelte Wert größer als 0, erhält die Krankenkasse einen Hinweis, dass eine Überprüfung hinsichtlich der Verwendung des gültigen Pseudonymisierungsschlüssels unbedingt erforderlich ist. Stellt die Krankenkasse fest, dass der korrekte Schlüssel zur Erstellung des Versichertenpseudonyms verwendet wurde, bestätigt die Krankenkasse dieses gegenüber dem GKV-Spitzenverband. Im Fall einer fehlerhaften Erstellung nimmt die Krankenkasse mit dem GKV-Spitzenverband zwecks einer Berichtigungslieferung unmittelbar Kontakt auf.

d.2) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2019) ein Abgleich der

Pseudonyme zur Satzart 100 Korrekturmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Ebenfalls wird für die Satzart 110 (Berichtsjahr 2020) ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 100 Erstmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es werden die Anteile nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Satzart 110 Datenmeldungen an den Referenzmeldungen berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

Zuordnungen der Datenmeldungen und Teilbereiche (Datenfelder) für die Berechnung der Veränderungsraten in Abschnitt 1 und 2 dieser Anlage:

Kennzahl Nr.	Name der Datenmeldung	Referenzdatenmeldung(en)	Felder zur Prüfung
1b)	Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten (Erstmeldung 2020)	Satzart 111B Berichtsjahr 2020	b1, b2, b4, b5, b9, b10, b11
		Satzart 100 Korrekturmeldung 2019	b3, b6, b7, b8
1c)	Satzart 100 – Jahresdaten des Versicherten (Korrekturmeldung 2019)	Satzart 110 Berichtsjahr 2019	c1, c2, c4, c5, c6, c7, c8, c9, c10, c11
		Satzart 100 Erstmeldung 2019	c3
2a)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2020)	Satzart 100 Erstmeldung 2020	a1 bis a11
2b)	Satzart 110 – Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten (Berichtsjahr 2019)	Satzart 100 Korrekturmeldung 2019	b1 bis b11

### 3. Satzart 111 – Versichertenstammdaten – Abschlagsverfahren –

#### a) Vergleich Veränderungsrate der KM1 mit Veränderungsrate der SA111 A:

Die Veränderungsrate „VR-KM1“ wird gebildet, indem zunächst die Versicherten-zahlen aus der Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099 der KM1-Statistiken der ersten 6 Monate (1. Halbjahr (HJ)) des aktuellen Berichtsjahres 2021 addiert und diese Summe dann durch 6 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2021}} = \frac{\sum \text{Versichertenanzahlen}_{(SP\ 12099, \text{Spalte } 3)\ 1. HJ\ BJ\ 2021}}{6}$$

Diese Zahl ist durch die entsprechend gebildete halbjahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus den amtlichen KM1 des Vorjahres 2020 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR\_KM1“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left( \frac{\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2021}}}{\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 im 1. HJ BJ 2020}}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR\_SA111“ gebildet, indem die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2021 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 A des Berichtsjahres 2020 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate VR\_SA111 ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left( \frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2021}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 A BJ 2020}} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre in der Satzart 111 ergeben sich, indem die Summen der Versichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes (BZ) geteilt werden, mit:

$$\text{Versichertenjahre aus SA 111} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR\_SA111“ vom Wert „VR\_KM1“ abgezogen wird.



Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit  $(VR_{KM1}) - (VR_{SA111}) \notin [-1\%; +1\%]$  gilt die Datenmeldung als unplausibel.

b) Vergleich Veränderungsrate der KM1 mit Veränderungsrate der SA111 B:

Die Veränderungsrate „VR\_KM1“ wird gebildet, indem zunächst die Versicherten- zahlen aus der Spalte 3 der Schlüsselpositionen (SP) 12099 der KM1 –Statistiken der 12 Monate des aktuellen Berichtsjahres 2021 addiert und diese Summe dann durch 12 geteilt und danach kaufmännisch auf 2 Nachkommastellen gerundet wird.

$$\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2021}} = \frac{\sum \text{Versichertenanzahlen}_{(SP\ 12099, Spalte\ 3)\ BJ\ 2021}}{12}$$

Diese Zahl ist durch die jahresdurchschnittliche Versichertenanzahl aus der amtlichen KM1/13 des Vorjahres 2020 zu teilen und mit 100 zu multiplizieren. Die Veränderungsrate „VR\_KM1“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{KM1} = \left( \frac{\overline{\text{Versichertenanzahl der KM1 BJ 2021}}}{\text{Versichertenanzahl der KM1}_{13(SP\ 12099, Spalte\ 3)\ BJ\ 2020}} \cdot 100 \right) - 100$$

Ebenfalls wird die Veränderungsrate „VR\_SA111“ gebildet, indem die Versicherten- jahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2021 durch die Versichertenjahre aus der Satzart 111 B des Berichtsjahres 2020 geteilt und mit 100 multipliziert wird. Die Veränderungsrate „VR\_SA111“ ergibt sich aus diesem Wert abzüglich des Wertes 100.

$$VR_{SA111} = \left( \frac{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2021}}{\text{Versichertenjahre aus SA 111 B BJ 2020}} \cdot 100 \right) - 100$$

Die Versichertenjahre in der Satzart 111 ergeben sich, indem die Summen der Ver- sichertentage durch die Anzahl der Tage des jeweiligen Berichtszeitraumes (BZ) ge- teilt werden.

$$\text{Versichertenjahre aus SA 111} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Versichertentage}_i}{\text{Anzahl der Tage des jeweiligen BZ}}$$

Die beiden Veränderungsraten werden in Beziehung gesetzt, indem der Wert „VR\_SA111“ vom Wert „VR\_KM1“ abgezogen wird. Liegt das Ergebnis außerhalb des Intervalls von -1 % und +1 %, mit  $(VR_{KM1}) - (VR_{SA111}) \notin [-1\%; +1\%]$  gilt die Da- tenmeldung als unplausibel.

### c) Kennzahl „letzter Tag des Berichtszeitraums“

Aus der Satzart 111 wird die Anzahl der Pseudonyme ermittelt, die in Feld 11 als Merkmalausprägung eine „1“ tragen (= versichert am letzten Tag des Berichtszeitraums). Die Überprüfung der so ermittelten Anzahl der Pseudonyme erfolgt entsprechend dem Regelverfahren nach 1d (Kennzahl „letzter Tag des Berichtszeitraums“).

$$\text{Kennzahl. c} = \frac{\text{Anzahl der Pseudonyme}_{\text{Merkmalsausprägung=1}}}{\text{Anzahl der RSA relevanten Versicherten laut KM1}} \cdot 100$$

Die Kennzahl gilt als unplausibel, sofern ihr Wert mehr als 2 % vom Wert 100 abweicht, mit  $\text{Kennzahl. c} \notin [98\%; 102\%] \Rightarrow \text{unplausibel}$ .

### d) Überprüfung des Versichertenpseudonyms:

d.1) Die Krankenkassen stellen sicher, dass für die Erzeugung des Versichertenpseudonyms der durch das DIMDI für das entsprechende Schlüsseljahr bereitgestellte Schlüssel verwendet wird.

Eine Überprüfung der Schlüsselverwendung durch den GKV-Spitzenverband erfolgt, indem die ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 111-Datenmeldung des aktuellen Schlüsseljahres (Meldung des ersten Halbjahres und Meldung des Ganzjahres) mit den ersten 19 Stellen der Versichertenpseudonyme in der Satzart 111-Datenmeldungen des vorangegangenen Schlüsseljahres (Meldung des Ganzjahres) verglichen werden. Es werden nur die Datensätze miteinander verglichen, bei denen das Feld „KV-Nr-Kennzeichen“ = 1 ist. Ermittelt wird die Zahl der identischen Pseudonyme, die sowohl in der aktuellen Datenmeldung der Krankenkasse als auch in der Vergleichsdatenbasis vorkommen. Erwartet wird die Zahl 0, da eine Verknüpfung der Pseudonyme zwischen zwei Schlüsseljahren nicht möglich ist. Ist der so ermittelte Wert größer als 0, erhält die Krankenkasse einen Hinweis, dass eine Überprüfung hinsichtlich der Verwendung des gültigen Pseudonymisierungsschlüssels unbedingt erforderlich ist. Im Fall einer fehlerhaften Erstellung nimmt die Krankenkasse mit dem GKV-Spitzenverband zwecks einer Berichtigungslieferung unmittelbar Kontakt auf.

d.2) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 111 Halbjahresmeldung ein Abgleich

der Pseudonyme zur Satzart 100 Erstmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es wird der Anteil nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Satzart 111 an der Satzart 100 berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

d.3) Ergänzend zu d.1) wird für die Satzart 111 Ganzjahresmeldung ein Abgleich der Pseudonyme zur Satzart 111 Halbjahresmeldung für das gleiche Schlüsseljahr durchgeführt. Es wird der Anteil nicht verknüpfbarer Pseudonyme der Satzart 111 Ganzjahresmeldung an der Satzart 111 Halbjahresmeldung berechnet und als Information an die Krankenkassen gemeldet.

#### 4. Satzart 400: – Arzneimitteldaten –

##### a) Anzahl der Monate je Datenmeldung

Es wird die Anzahl der gemeldeten Monate ermittelt. Ist das Ergebnis kleiner als „12“, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

##### b) Anzahl Datensätze je Monat

Es werden für alle Monate die Summen der Datensätze ( $b_i$ ) gebildet und mit dem entsprechenden Faktor für Werktage ( $FW_i$ ) multipliziert, um die gewichteten Werte  $b_iFW_i$  zu erhalten, somit gilt  $b_iFW_i = b_i \cdot FW_i$ , wobei  $FW_i$  gegeben.

Aus den gewichteten Werten ( $b_iFW_i$ ) wird das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet. Zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze wird das Intervall „arithmetische Mittel  $\pm$  doppelte Standardabweichung“ gebildet.

Liegt der beobachtete monatliche Wert  $b_i$  außerhalb des ermittelten Intervalls, gilt die Datenmeldung als unplausibel. Für die Korrekturmeldung wird zusätzlich überprüft, ob für eine Krankenkasse in der Erstmeldung die gleich zu bewertenden Auffälligkeiten festgestellt wurden. Sofern das zutrifft, erhält die Krankenkasse bei vorliegender Rückmeldung aus der Erstmeldung lediglich einen Hinweis.

##### Faktor für Werktage:

Berechnet werden die Werktage des jeweiligen Monats im Berichtsjahr ( $WT_i$ ), indem von der Anzahl der Tage des jeweiligen Monats die Sonntage und bundeseinheitlichen Feiertage abgezogen werden. Die Faktoren für Werktage ( $FW$ ) je Monat berechnen sich, indem die Werktage ( $WT_i$ ) durch das arithmetische Mittel der Werktage dividiert werden ( $FW_i = \frac{WT_i}{WT}$ ).

Übersicht der Werktage (Montag bis Samstag, abzüglich der Sonntage und der bundeseinheitlichen Feiertage)

Faktoren für Werktage:

Monat (i)	Werktage (WT <sub>i</sub> ) 2019	Faktor Werktage (FW <sub>i</sub> ) 2019	Werktage (WT <sub>i</sub> ) 2020	Faktor Werktage (FW <sub>i</sub> ) 2020
Januar	26	1,02631579	26	1,02295082
Februar	24	0,94736842	25	0,98360656
März	26	1,02631579	26	1,02295082
April	24	0,94736842	24	0,94426230
Mai	25	0,98684211	24	0,94426230
Juni	24	0,94736842	25	0,98360656
Juli	27	1,06578947	27	1,06229508
August	27	1,06578947	26	1,02295082
September	25	0,98684211	26	1,02295082
Oktober	26	1,02631579	26	1,02295082
November	26	1,02631579	25	0,98360656
Dezember	24	0,94736842	25	0,98360656

c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 400)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der letzten Satzart 400 Korrekturmeldung des Vorjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung.

$$VR\_Datensatzanzahl_{EM} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{EM} \notin [-10\%; +10\%]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

#### d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 400)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 400 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate (VR) gegenüber der Meldung aus dem Vorjahr.

$$VR\_Datensatzanzahl_{KM} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{KM} \notin [-10\%; +10\%]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

#### e) Kennzahl Anzahl Einheiten für Korrekturmeldungen

Es wird das Datenfeld „Anzahl Einheiten“ der Korrekturmeldung mit dem gleichen Datenfeld der vorangegangenen Erstmeldung verglichen. Dazu werden differenziert nach Datenmeldung und Monat die Summen des Datenfeldes „Anzahl Einheiten“ gebildet. Ebenfalls wird, differenziert nach Datenmeldung und Monat, die Anzahl der gemeldeten Datensätze ermittelt.

Anschließend werden folgende Anteilswerte gebildet:

1. Der Anteil „Anzahl Einheiten der Korrekturmeldung“ an „Anzahl Einheiten der Erstmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Einheiten}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2019}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2019}_{\text{je Monat}}}$$

2. der Anteil „Anzahl Datensätze der Korrekturmeldung“ an „Anzahl Datensätze der Erstmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Datensätze}_{KM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2019}_{\text{je Monat}}}$$

Die beiden Anteilswerte werden in Beziehung gesetzt, indem der Quotient „Anteil Einheiten“ an „Anteil Datensätze“ gebildet wird.

$$\text{Kennzahl. } e = \frac{\text{Anteil Einheiten}_{KM}}{\text{Anteil Datensätze}_{KM}}$$

Übersteigt der Quotient in einem Monat den Wert 1 um +10 % oder unterschreitet dieser in einem Monat den Wert 1 um -10 % mit  $\text{Kennzahl. } e \notin [0,9; 1,1]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

#### f) Kennzahl Anzahl Einheiten für Erstmeldungen

Es wird das Datenfeld „Anzahl Einheiten“ der Erstmeldung mit dem gleichen Datenfeld der vorangegangenen Korrekturmeldung verglichen. Dazu werden differenziert nach Datenmeldung und Monat die Summen des Datenfeldes „Anzahl Einheiten“ gebildet. Ebenfalls wird, differenziert nach Datenmeldung und Monat, die Anzahl der gemeldeten Datensätze ermittelt.

Anschließend werden folgende Anteilswerte gebildet:

1. Der Anteil „Anzahl Einheiten der Erstmeldung“ an „Anzahl Einheiten der Korrekturmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Einheiten}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 EM 2020}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Einheiten aus SA 400 KM 2019}_{\text{je Monat}}}$$

2. der Anteil „Anzahl Datensätze der Erstmeldung an „Anzahl Datensätze der Korrekturmeldung“ differenziert nach Monaten

$$\text{Anteil Datensätze}_{EM} = \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 EM 2020}_{\text{je Monat}}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 400 KM 2019}_{\text{je Monat}}}$$

Die beiden Anteilswerte werden in Beziehung gesetzt, indem der Quotient „Anteil Einheiten“ an „Anteil Datensätze“ gebildet wird.

$$\text{Kennzahl. } f = \frac{\text{Anteil Einheiten}_{EM}}{\text{Anteil Datensätze}_{EM}}$$

Übersteigt der Quotient in einem Monat den Wert 1 um +20 % oder unterschreitet dieser in einem Monat den Wert 1 um -20 %, mit *Kennzahl. f*  $\notin [0,8; 1,2]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

## **5. Satzart 500: – Diagnosen der stationären Behandlung –**

### **a) Anzahl der Monate je Datenmeldung**

Es wird die Anzahl der gemeldeten Monate ermittelt. Ist das Ergebnis kleiner als „12“, gilt die Datenmeldung als unplausibel.

### **b) Anzahl Datensätze je Monat**

Es werden für alle Monate die Summen der Datensätze ( $b_i$ ) gebildet und mit dem entsprechenden Faktor für Werktage ( $FW_i$ ) multipliziert, um die gewichteten Werte  $b_iFW_i$ , mit  $b_iFW_i = b_i \cdot FW_i$ , wobei  $FW_i$  gegeben, zu erhalten.

Aus den gewichteten Beobachtungen ( $b_iFW_i$ ) wird das arithmetische Mittel und die Standardabweichung berechnet. Zur Bestimmung der Unter- und Obergrenze wird das Intervall „arithmetische Mittel  $\pm$  doppelte Standardabweichung“ gebildet. Liegt der beobachtete monatliche Wert  $b_i$  außerhalb des ermittelten Intervalls, gilt die Datenmeldung als unplausibel. Für die Korrekturmeldung wird je Monat zusätzlich überprüft, ob für eine Krankenkasse in der Erstmeldung die gleich zu bewertenden Auffälligkeiten festgestellt wurden. Sofern das zutrifft, erhält die Krankenkasse bei vorliegender Rückmeldung aus der Erstmeldung lediglich einen Hinweis.

### **Faktor für Werktage:**

Die Berechnung erfolgt analog der Beschreibung zur Prüfung b) „Anzahl Datensätze je Monat“ der Satzart 400. Die Faktoren können aus der in diesem Abschnitt stehenden Tabelle entnommen werden.

### **c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 500)**

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der letzten Satzart 500 Korrekturmeldung des Vorjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung geteilt und mit 100

multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung.

$$VR\_Datensatzanzahl_{EM} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, gilt die Datenmeldung, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{EM} \notin [-10\%; +10\%]$  als unplausibel.

#### d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 500)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 500 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate gegenüber der Meldung aus dem Vorjahr.

$$VR\_Datensatzanzahl_{KM} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM 2019}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, gilt die Datenmeldung, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{KM} \notin [-10\%; +10\%]$  als unplausibel.

#### e) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 500) differenziert nach Monat und Behandlungsart

Die Veränderungsrate sind zu berechnen, indem differenziert nach Monat und Behandlungsart (BA) die Anzahl der Datensätze aus der Korrekturmeldung durch die Anzahl der Datensätze aus der Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die gemeldeten Daten zu dem Behandlungskennzeichen 4 („stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“) werden zu den gemeldeten Daten des Behandlungskennzeichens 1 („vollstationär“) addiert und für die weitere Berechnung dieser Prüfung verwendet. Die Ergebnisse dieser Prüfung werden unter der Behandlungsart 1 ausgewiesen.



Die Veränderungsrate je Monat und Behandlungskennzeichen ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

$$VR\_Datensatzanzahl_{Monat,BA} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 KM2019}_{Monat,BA}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 500 EM2019}_{Monat,BA}} \cdot 100 \right) - 100$$

Für die zusammengefassten Behandlungsarten „vollstationär“ und „stationsäquivalent“ (Behandlungsart 1 und 4) liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{Monat,BA} \notin [-10\%; +10\%] \Rightarrow$  Datenmeldung unplausibel.

Erfolgt die Behandlung teilstationär oder als ambulante OP (Behandlungsart = 2 oder 3), dann liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -30 % und +30 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{Monat,BA} \notin [-30\%; +30\%] \Rightarrow$  Datenmeldung unplausibel.

Werte, die außerhalb der festgelegten Intervalle liegen, sind gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen. Gegebenenfalls ist die Datenmeldung zu berichtigen.

Die Behandlungsart 0 wird in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

#### f) Veränderungsrate der durchschnittlichen Diagnoseanzahl je Pseudonym in der Satzart 500 (bei Erstmeldungen der Satzart 500) differenziert nach Monat und Behandlungsart

Es werden differenziert nach Monat und Behandlungsart die Anzahl der Diagnosen aus der Erstmeldung durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme, differenziert nach Monat und Behandlungsart (BA), der gleichen Datenmeldung geteilt, um die Zahl „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ in der Satzart 500 Erstmeldung zu erhalten. Die gemeldeten Daten zu dem Behandlungskennzeichen 4 („stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“) werden zu den gemeldeten Daten des Behandlungskennzeichens 1 („vollstationär“) addiert und für die weitere Berechnung dieser Prüfung verwendet.<sup>1</sup> Die Ergebnisse dieser Prüfung werden unter der Behandlungsart 1 ausgewiesen.

---

<sup>1</sup> Die Berechnung der Behandlungsarten 1 und 4 erfolgen zusammenfassend, da die Behandlungsart 4 erst ab dem Berichtsjahr 2018 gemeldet wird. Die Krankenkasse erhält im Rahmen der Prüfungen die absolute gemeldete Zahl der Datensätze mit Behandlungskennzeichen = 4.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{EM(\text{Monat},BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 EM 2020}_{\text{Monat},BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 EM 2020}_{\text{Monat},BA}}$$

Ebenfalls wird die Zahl „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ in der Satzart 500 Korrekturmeldung berechnet, indem die Anzahl der Diagnosen aus der Korrekturmeldung des gleichen Schlüsseljahres durch die Anzahl der unterschiedlichen Pseudonyme, differenziert nach Monat und Behandlungsart, der gleichen Korrekturmeldung geteilt wird.

$$\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{KM(\text{Monat},BA)} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen aus SA 500 KM 2019}_{\text{Monat},BA}}{\text{Anzahl Pseudonyme aus SA 500 KM 2019}_{\text{Monat},BA}}$$

Die Veränderungsraten sind zu berechnen, indem differenziert nach Monat und Behandlungsart die „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ aus der Erstmeldung durch die „Anzahl Diagnosen je Versicherten“ aus der Korrekturmeldung des gleichen Schlüsseljahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsraten je Monat und Behandlungskennzeichen ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

$$VR\_Diagnosen_{\text{Monat},BA} = \left( \frac{\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{EM(\text{Monat},BA)}}{\emptyset \text{ Anzahl Diagnosen}_{KM(\text{Monat},BA)}} \cdot 100 \right) - 100$$

Für die zusammengefassten Behandlungsarten „vollstationär“ und „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ (Behandlungskennzeichen 1 und 4) liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -15 % und +15 %, mit  $VR\_Diagnosen_{\text{Monat},BA} \notin [-15\%; +15\%] \Rightarrow$  Datenmeldung unplausibel.

Werte, die für die zusammengefassten Behandlungskennzeichen 1 und 4 (vollstationäre Versorgung und stationsäquivalente psychiatrische Behandlung) außerhalb des festgelegten Intervalls liegen, sind gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen. Gegebenenfalls ist die Datenmeldung zu berichtigen.

Werte, die für die Behandlungskennzeichen 2 oder 3 (teilstationär oder als ambulante OP) außerhalb eines Intervalls von -30 % und +30 % liegen, werden mit einem Hinweis ausgegeben und brauchen nicht gegenüber dem GKV-Spitzenverband begründet werden, mit  $VR\_Diagnosen_{\text{Monat},BA} \notin [-30\%; +30\%] \Rightarrow$  Hinweis.

Das Behandlungskennzeichen 0 wird in dieser Prüfung nicht berücksichtigt.

## 6. Satzart 600: – Diagnosen der ambulanten Behandlung –

Zur Berechnung der Kennzahlen c) bis f) der Satzart 600 wird die Ausdifferenzierung des Datenfeldes „Datenweg“ im Schlüsseljahr 2021/2022 nicht berücksichtigt. Somit werden die Daten entsprechend der Datenmeldestruktur des Schlüsseljahres 2017/2018 aggregiert. Auf dieser Basis werden die Prüfungen c) bis f) durchgeführt.

### a) Anteil der Diagnosen je Quartal

Zur Überprüfung der Plausibilität der gemeldeten Diagnosen werden die Anteile je Quartal gebildet, indem die Anzahl der gemeldeten Diagnosen je Quartal durch die Anzahl der gemeldeten Diagnosen des gesamten Berichtszeitraumes gebildet wird.

$$\text{Anteil Diagnosen}_{\text{Quartal}} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Quartal}}}{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Berichtszeitraum}}}$$

Weicht der Anteil der Diagnosen je Quartal um -10 % oder um +10 % von dem Anteilswert 0,25 ab, mit  $\text{Anteil Diagnosen}_{\text{Quartal}} \notin [0,225; 0,275]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

### b) Anteil der Diagnosen je Quartal differenziert nach „Qualifizierung“

Zur Überprüfung der Plausibilität der gemeldeten Diagnosen werden je Quartal die Anteile der Diagnosen, differenziert nach „Qualifizierung“ an allen Diagnosen des entsprechenden Quartals gebildet. Die Krankenkasse überprüft die ermittelten Kennzahlen auf Plausibilität.

$$\text{Anteil Diagnosen}_{\text{Quartal,Qualifizierung}} = \frac{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Quartal,Qualifizierung}}}{\text{Anzahl Diagnosen}_{\text{Quartal}}}$$

Auf Basis dieser Kennziffern bewertet die Krankenkasse die Vollständigkeit dieser Datenmeldung. Insbesondere überprüft die Krankenkasse auftretende Kennzahlen zwischen den Quartalen auf Plausibilität.

### c) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 600)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der letzten Satzart 600 Korrekturmeldung des Vorjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate Erstmeldung gegenüber der Korrekturmeldung.

$$VR\_Datensatzanzahl_{EM} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{EM} \notin [-10\%; +10\%]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

### d) Veränderungsrate der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 600)

Zu berechnen ist die prozentuale Veränderung übermittelter Datensätze für das Berichtsjahr gegenüber der Satzart 600 Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres.

Die prozentuale Veränderung einer Korrekturmeldung gegenüber der Erstmeldung berechnet sich, indem der Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Korrekturmeldung durch den Wert „Anzahl der Datensätze“ aus der Erstmeldung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Anschließend wird der Wert 100 von dem Ergebnis abgezogen und man erhält so die Veränderungsrate gegenüber der Meldung aus dem Vorjahr.

$$VR\_Datensatzanzahl_{KM} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM 2019}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM 2019}} \cdot 100 \right) - 100$$

Liegt diese Veränderungsrate außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{KM} \notin [-10\%; +10\%]$ , gilt die Datenmeldung als unplausibel.

e) Veränderungsraten der Datensatzanzahl (bei Korrekturmeldungen der Satzart 600) nach Abrechnungsquartal

Die Veränderungsraten sind zu berechnen, indem differenziert nach Quartal die Anzahl der Datensätze aus der Korrekturmeldung durch die Anzahl der Datensätze aus der Erstmeldung des gleichen Berichtsjahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsraten je Quartal ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

Für diese Prüfung sind nur Datensätze mit Qualifizierungskennzeichen „G“ zu verwenden.

$$VR\_Datensatzanzahl_{KM(Quart.,G)} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2019}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2019}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

Zur Überprüfung der Kennzahl liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -10 % und +10 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{KM(Quart.,G)} \notin [-10\%; +10\%]$ .

Im Falle von Unplausibilitäten teilt die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband die Gründe dafür mit.

f) Veränderungsraten der Datensatzanzahl (bei Erstmeldungen der Satzart 600) nach Abrechnungsquartal

Die Veränderungsraten sind zu berechnen, indem für jedes Quartal die Anzahl der Datensätze aus der Erstmeldung durch die Anzahl der Datensätze aus der Korrekturmeldung des gleichen Schlüsseljahres geteilt und mit 100 multipliziert werden. Die Veränderungsraten je Quartal ergeben sich aus diesen berechneten Werten abzüglich des Wertes 100.

Für diese Prüfung sind nur Datensätze mit Qualifizierungskennzeichen „G“ zu verwenden.

$$VR\_Datensatzanzahl_{EM(Quart.,G)} = \left( \frac{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 EM2020}_{Quart.,G}}{\text{Anzahl Datensätze aus SA 600 KM2019}_{Quart.,G}} \cdot 100 \right) - 100$$

Zur Überprüfung der Kennzahl liegt das ungültige Intervall außerhalb des Intervalls von -30 % und +30 %, mit  $VR\_Datensatzanzahl_{EM(Quart.,G)} \notin [-30\%; +30\%]$ .

Im Falle von Unplausibilitäten teilt die Krankenkasse dem GKV-Spitzenverband die Gründe dafür mit.

g) Anzahl Datensätze mit ICD-Kode „Z01.7“ (Laboruntersuchung):

Für die Satzart 600 Erstmeldung 2020 wird die Anzahl gemeldeter Datensätze mit ICD.Kode „Z01.7“ je Krankenkasse ausgewertet und als „Fallzahl Z01.7“ den Krankenkassen zur Information bereitgestellt.

**7. Satzart 700 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben**

a) Datenfelder 5–18 (berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben)

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 700 gemeldeten Leistungsausgaben wird die Summe aller Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich gebildet und mit den Leistungsausgaben je Hauptleistungsbereich in der Satzart 701 verglichen. Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 700 in einem Hauptleistungsbereich an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote je Hauptleistungsbereich“.

$$\text{Kennzahl. } a_i = \frac{\sum LA_{HLB_i} (SA 700)}{\sum LA_{HLB_i} (SA 701)}, \text{ mit } i = 2, \dots, 6$$

$$\text{Kennzahl. } a_{ij} = \frac{\sum LA_{HLB_i} (SA 700) + \sum LA_{HLB_j} (SA 700)}{\sum LA_{HLB_i} (SA 701) + \sum LA_{HLB_j} (SA 701)}, \text{ mit } i = 1 \text{ und } j = 7$$

Der zulässige Korridor zur Feststellung der Plausibilität wird je Hauptleistungsbereich als Abweichung vom jeweiligen KJ 1 -Wert wie folgt ausgewiesen:

HLB 1 – Ärzte	= 85 % bis 115 %
HLB 2 – Zahnärzte	= 80 % bis 120 %
HLB 3 – Apotheken	= 85 % bis 115 %
HLB 4 – Krankenhäuser	= 85 % bis 115 %
HLB 5 – Sonstige LA	= 80 % bis 120 %
HLB 6 – Krankengeld	= 85 % bis 115 %
HLB 7 – Extrakorporale Blutreinigung	= kein Korridor*.

\* Die gemeldeten Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches 7 werden zu den gemeldeten Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches 1 addiert und als Ausschöpfungsquote HLB 1 berechnet.

Sofern eine Krankenkasse einen dieser Werte unter- bzw. überschreitet, hat diese ihre Abweichung gegenüber dem GKV-Spitzenverband zu begründen, oder innerhalb der geltenden Meldefrist eine berichtigte Datenmeldung abzugeben.

Gilt:

Kennzahl.  $a_i \notin [0,85; 1,15]$  für  $i = 3, 4, 6 \Rightarrow$  Begründung oder neue Datenmeldung.

Kennzahl.  $a_i \notin [0,80; 1,20]$  für  $i = 2, 5 \Rightarrow$  Begründung oder neue Datenmeldung.

Kennzahl.  $a_{ij} \notin [0,85; 1,15]$  für  $i = 1$  und  $j = 7 \Rightarrow$  Begründung oder neue Datenmeldung.

#### b) Prozentualer Anteil Datensätze der Satzart 700 an Satzart 100

Es wird der Anteil Datensätze an der Satzart 100 des gleichen Berichtsjahres berechnet.

$$\text{Anteil Datensätze}_{KK} = \frac{\text{Anzahl Datensätze SA 700 EM 2020}}{\text{Anzahl Datensätze SA 100 EM 2020}}$$

Der Anteil muss 1 sein. Ist der Anteil ungleich 1, mit  $\text{Anteil Datensätze}_{KK} \neq 1$ , ist die Datenmeldung unplausibel.

#### c) Überprüfung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile in den Hauptleistungsbereichen

Auf der Ebene der Kassenarten und Einzelkassen werden nach Alter und Geschlecht differenzierte Überprüfungen der Ausgabenprofile in den Hauptleistungsbereichen und für die Summe aller Hauptleistungsbereiche vorgenommen. Hierzu werden pro Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG) die Leistungsausgaben durch die Versicherungszeiten der Versicherten (SA100) dividiert. Analog der Zuordnung zu den Altersgruppen im Klassifikationsmodell wird das Geschlechtsmerkmal = 3 (fehlende Geschlechtsangabe) bzw. das Geschlechtsmerkmal = 4 („Divers“) bei den Ausgabenprofilen dem Geschlecht „weiblich“ zugeordnet.

$$LA \text{ je Versichertentag}_{AGG_i} = \frac{\sum LA \text{ SA 700 EM 2020}_{AGG_i}}{\sum \text{Versichertentage SA 100 EM 2020}_{AGG_i}}, \text{ für } i = 1, \dots, 40$$

Im Ergebnis resultieren aus diesem Rechengang gruppenspezifische Leistungsausgaben pro Versichertentag für jeden Hauptleistungsbereich und für alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben insgesamt, die einerseits in ihrem Verlauf im Hinblick auf Stetigkeit sowie in ihrer Relation untereinander und andererseits im Vergleich zu bereits vorliegenden Profilen (Werte aus zurückliegenden Jahren) geprüft werden. Bei unplausiblen Profilverläufen sind weitergehende Überprüfungen

zur Aufdeckung der Ursachen vorzunehmen. Krankenkassen, bei denen Auffälligkeiten in den Profilverläufen festgestellt wurden, sind mit einer Verfahrensempfehlung, wenn möglich unter Benennung der Gründe der Auffälligkeiten, dem BAS mitzuteilen.

#### d) Versicherte ohne Leistungsausgaben

Jede Krankenkasse überprüft in der Satzart 700 den Anteil der Versicherten, die in keinem Hauptleistungsbereich Leistungsausgaben größer 0 € aufweisen, an allen Versicherten in der Satzart 700.

In der aktuellen Datenmeldung der Satzart 700 und der Datenmeldung der Satzart 700 des Vorjahres wird dazu jeweils die Anzahl der Versicherten mit Leistungsausgaben  $\leq 0$  durch die Anzahl der Versicherten der Satzart 700 geteilt und mit 100 multipliziert.

$$\text{Anteilswert}_{2020} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 700 EM 2020|LA(HLBi)} \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 700 EM 2020}} \cdot 100$$

$$\text{Anteilswert}_{2019} = \frac{\text{Anzahl der Versicherten (SA 700 EM 2019|LA(HLBi)} \leq 0 \forall i)}{\text{Anzahl der Versicherten SA 700 EM 2019}} \cdot 100$$

Versicherte, die in der Satzart 100 als Clearingversicherte gekennzeichnet sind, bleiben bei der Berechnung der Anteilswerte unberücksichtigt. Der Anteilswert der vorangegangenen Datenmeldung wird vom Anteilswert der aktuellen Datenmeldung abgezogen, um so die Anteilswertdifferenz zu erhalten.

Liegt der so berechnete Wert außerhalb eines Intervalls von -3 % und +3 %, mit  $\text{Anteilswert}_{2020} - \text{Anteilswert}_{2019} \notin [-3\%; +3\%]$ , überprüft die Krankenkasse ihre Datenmeldung und begründet die Auffälligkeit gegenüber dem GKV-Spitzenverband.

### 8. Satzart 703 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

#### a) Datenfeld 9 (Nettoausgaben Apotheken)

Zur Prüfung der Vollständigkeit der über Satzart 703 gemeldeten Leistungsausgaben in Datenfeld 9 (Nettoausgaben Apotheken) wird die Summe der Leistungsausgaben des Hauptleistungsbereiches 3 gebildet und mit den entsprechenden Nettoleistungsausgaben in der Satzart 701 verglichen. Die Nettoleistungsausgaben in der



Satzart 701 ergeben sich aus den Summen unter Abschnitt B.1.2, Ziffer 3 der Anlage 1.1 aufgeführten Konten und Kontenarten unter Berücksichtigung der Kontenarten 439 und 519.

Der Anteil der Leistungsausgaben der Satzart 703 im Hauptleistungsbereich 3 an den entsprechenden Leistungsausgaben nach Satzart 701 ergibt die Kennzahlen „Ausschöpfungsquote Nettoausgaben Apotheken“.

$$\text{Kennzahl. } a_i = \frac{\sum \text{LA HLB}_i \text{ (SA 703)}}{\sum \text{Netto LA HLB}_i \text{ (SA 701)}}, \text{ mit } i = 3$$

Der zulässige Korridor zur Feststellung der Plausibilität wird für den Hauptleistungsbereich 3 als Abweichung vom entsprechenden KJ 1 -Wert wie folgt ausgewiesen:

HLB 3 – Nettoausgaben Apotheken = 85 % bis 115 %

## 9. Satzart 821 – Datenmeldung nach § 22 Abs.4 RSAV –

Es wird je Betriebsnummer und gemeldeten Monat die Veränderung der Anzahl der Mitglieder und die Veränderung des gemeldeten Zusatzbeitragssatzes zwischen der Satzart 821 und der Satzart 820 (3. Strukturanpassung) festgestellt.

### a) Kennzahl VR\_Mitglieder

Ein Vergleich der gemeldeten Mitglieder erfolgt, indem je Monat und Betriebsnummer die Werte der Satzart 821 durch die entsprechenden Werte der Satzart 820 (3. Strukturanpassung) geteilt und mit dem Wert 100 multipliziert werden. Man erhält die Kennzahl „VR\_Mitglieder“.

$$\text{VR\_Mitglieder}_{\text{Monat, BBNr}} = \frac{\text{Mitglieder der SA 821}_{\text{Monat, BBNr}}}{\text{Mitglieder der SA 820}_{\text{Monat, BBNr}}} \cdot 100$$

Die Kennzahlen für die Monate Februar, März, April, Mai, Juni, Juli, August, Oktober, November und Dezember gelten als unplausibel, sofern ihre Werte außerhalb des Intervalls von 98 % und 102 %, mit  $\text{VR\_Mitglieder}_{\text{Monat, BBNr}} \notin [98\%; 102\%]$  liegen.

Die Kennzahlen für die Monate Januar und September gelten als unplausibel, sofern ihre Werte außerhalb des Intervalls von 98 % und 103 %, mit

$VR\_Mitglieder_{Monat, BBNr} \notin [98\%; 103\%]$  liegen.

#### b) Kennzahl Differenz\_Beitragsatz

Ein Vergleich der gemeldeten Zusatzbeitragssätze (ZB) erfolgt, indem je Monat und Betriebsnummer die gemeldeten Zusatzbeitragssätze der Satzart 821 von den entsprechenden Zusatzbeitragssätzen der Satzart 820 (3. Strukturanpassung) abgezogen werden.

$$Differenz\_Beitragsatz_{Monat, BBNr} = ZB (SA 820)_{Monat, BBNr} - ZB (SA 821)_{Monat, BBNr}$$

Ist ein Wert ungleich 0, mit  $Differenz\_Beitragsatz_{Monat, BBNr} \neq 0$ , dann überprüft die Krankenkasse die Angaben in der Satzart 821 und teilt dem GKV-Spitzenverband den Grund für die Abweichung mit.

#### **Teil III: Prüfungen, die vom BAS durchgeführt werden**

Die vom BAS durchgeführten Prüfungen werden nach einem Konzept für Fehlerverfahren und Datenbereinigung durchgeführt. Dieses Konzept befindet sich auf der Homepage des BAS:

[www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de)

Das Datenbereinigungskonzept wird in regelmäßigen Abständen vom BAS überarbeitet und wird zu einem späteren Zeitpunkt als Veröffentlichung zu dieser Bestimmung vom BAS herausgegeben.

Auf Basis der bereinigten Daten führt das BAS noch weitere Auffälligkeitsprüfungen durch, die auf Grundlage der „Infodateien“ erfolgen.