

**Verfahren zum Informationsaustausch  
im Clearing-Verfahren KVNR zwischen Krankenkassen  
sowie zwischen Krankenkassen und weiteren  
Kostenträger nach § 362 SGB V**

**Anlage 05b der Richtlinie nach § 290 SGB V**

---

Autor:	GKV-Spitzenverband
Stand:	20.09.2022
Version:	1.0



1	<b>Inhalt</b>	
2		
3	<b>1. Allgemeines .....</b>	<b>3</b>
4	<b>1.1 Gültigkeit.....</b>	<b>3</b>
5	<b>2. Informationsaustausch im Clearing zwischen den Krankenkassen bzw. den</b>	
6	<b>weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V .....</b>	<b>4</b>
7	<b>2.1 Rollen im Informationsaustausch .....</b>	<b>4</b>
8	<b>2.2 Ablauf des Informationsaustauschs im Clearing-Verfahren.....</b>	<b>4</b>
9	<b>2.3 Bearbeitungsfristen .....</b>	<b>6</b>
10	2.3.1 Erinnerungsverfahren.....	6
11	<b>3. Maschinelle Feststellung der Personengleichheit.....</b>	<b>7</b>
12	<b>4. Meldedaten für das Clearingverfahren .....</b>	<b>8</b>
13	<b>4.1 Übermittlung von Daten zur Durchführung des Clearingverfahrens .....</b>	<b>8</b>
14	<b>4.2 Datensatzbeschreibung .....</b>	<b>9</b>
15	4.2.1 Sendungsheader .....	10
16	4.2.2 Sendungsbody – Verfahren.....	11
17	4.2.3 Sendungsbody – Verarbeitungsergebnis.....	22
18	<b>5. Fehlerprüfungen und Fehlerverfahren.....</b>	<b>24</b>
19	<b>5.1 Parserfehler .....</b>	<b>24</b>
20	<b>5.2 Dateifehler.....</b>	<b>24</b>
21	<b>5.3 Kernprüfungen.....</b>	<b>25</b>
22	<b>6. Übermittlungsart und Datenstruktur .....</b>	<b>28</b>
23	<b>7. Anhang A – Normative Vorgaben zur Umsetzung europäischer Sonderzeichen</b>	
24	<b>29</b>	
25	<b>8. Anhang B – Migration vom manuellen auf das maschinelle Verfahren.....</b>	<b>30</b>
26		
27		
28		

## 29 **1. Allgemeines**

30 Das Krankenversichertennummernverzeichnis (KVNR-VZ) wird ausschließlich zum Ausschluss und  
31 zur Korrektur von Mehrfachvergaben derselben Krankenversichertennummer (KVNR) verwendet.  
32 Zur Abwicklung der Prüfung von Doppelnutzungen einer KVNR wird ein elektronisches Meldever-  
33 fahren zwischen den Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V, der soge-  
34 nannte Informationsaustausch im Clearingverfahren KVNR, eingeführt.

35  
36 Nach Maßgabe der Richtlinie nach § 290 SGB V legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen  
37 (GKV-Spitzenverband) u.a. die Inhalte des elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Kran-  
38 kenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V fest. Diese Verpflichtung wird mit  
39 der vorliegenden Verfahrensbeschreibung, die insbesondere den Aufbau der Datensätze und die  
40 notwendigen Schlüsselzahlen bestimmen, erfüllt. Die Verfahrensbeschreibung regelt die Umset-  
41 zung des Datenaustauschs der Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V  
42 untereinander und umfasst die Regelungen des KVNR-Clearings.

43  
44 Neben dem Prüfen von Daten, die für das eigentliche Prozedere des Clearingverfahrens relevant  
45 sind, ist eine anfragende Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V gegen-  
46 über der bisherigen Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zur Mittei-  
47 lung der zum Clearingprozess erforderlichen Angaben verpflichtet. Welche Daten dies im Einzel-  
48 nen sind, wird ebenfalls in der vorliegenden Verfahrensbeschreibung geregelt.

49  
50 Mit der Aufnahme des Regelbetriebs des Krankenversichertennummernverzeichnisses (KVNR-VZ)  
51 gemäß der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversichertennummer und den  
52 darin enthaltenen Regelungen zum KVNR-VZ ist im Rahmen des KVNR-Clearings das Verfahren  
53 zum Informationsaustausch (Kapitel 7.3 der Richtlinie) durchzuführen.

54  
55 Hinweis:

56 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf geschlechterspezifische Sprachformen verzichtet.  
57 Sämtliche Personenbezeichnungen in den Grundsätzlichen Hinweisen gelten daher gleichermaßen  
58 für alle Geschlechter.

59

### 60 **1.1 Gültigkeit**

61 Diese Verfahren sowie die zugehörigen Schemadefinitionen sind ab dem 01.10.2022 im Produk-  
62 tivbetrieb von allen Verfahrensbeteiligten einzusetzen. Die jeweils gültige Schema-Definition

63 kann vom gkv-datenaustausch.de abgerufen werden. Dort ist auch das jeweilige „Gültig ab“ Da-  
64 tum aufgeführt. Eine Schema-Version gilt immer solange, bis sie von einem Schema mit einer hö-  
65 heren Version abgelöst wird.

## 66 **2. Informationsaustausch im Clearing zwischen den Krankenkassen** 67 **bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V**

### 68 **2.1 Rollen im Informationsaustausch**

69 Am Informationsaustausch sind ausschließlich die am Clearing-Verfahren beteiligten beiden  
70 Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V involviert. Eine Krankenkasse  
71 bzw. ein weiterer Kostenträger nach § 362 SGB V hat dabei die Rolle der federführenden Kranken-  
72 kassen bzw. des federführenden Kostenträgers nach § 362 SGB V inne. Clearingpartnerin der fe-  
73 derführenden Krankenkasse bzw. des federführenden Kostenträgers ist die „angefragte Kranken-  
74 kasse bzw. angefragte Kostenträger nach § 362 SGB V“.

75

### 76 **2.2 Ablauf des Informationsaustauschs im Clearing-Verfahren**

77

78 Der Informationsaustausch im KVNR-Clearingverfahren beginnt mit einer Initialmeldung durch die  
79 federführende Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V und endet  
80 mit der Rückmeldung durch die angefragte Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger  
81 nach § 362 SGB V.

82

83 Die Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V, die bzw. der auf eine Mel-  
84 dung an das Gesamtsystem eine entsprechende Negativmeldung erhalten hat, ist federführend.  
85 Die federführende Krankenkasse bzw. der federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V initiiert  
86 durch das Absetzen des Datensatzes das Clearing-Verfahren (Initialmeldung).

87 Die federführende Stelle übermittelt in einer Initialmeldung die für das Clearing notwendigen Ver-  
88 sicherteninformationen an die angefragte Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach §  
89 362 SGB V (s. hierzu Kapitel 4.1). Im Clearingprozess prüft die angefragte Krankenkasse bzw. der  
90 weitere Kostenträger nach § 362 SGB V anhand des in Kapitel 3 beschriebenen Verfahrens mit  
91 Hilfe der bei ihr gespeicherten und der ihr übermittelten Daten, ob Personengleichheit vorliegt. Es  
92 kann nun zu folgenden Fallkonstellationen kommen:

93

#### 94 **Fall 1 – Feststellung, dass Personengleichheit vorliegt**

95 Stellt die angefragte Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V Perso-  
96 nengleichheit fest, hat sie bzw. er entsprechend den Vorgaben der Richtlinie zu verfahren  
97 und das Nutzungsende an das Gesamtsystem KVNR zu melden. Eine Positiv-Rückmeldung an

98 die federführende Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V  
99 erforderlich. Das Kennzeichen „Personengleichheit\_festgestellt“ muss auf „J“ (Ja) gesetzt wer-  
100 den. Mit Ausnahme der VSNR und der KVNR sind die anderen personenbezogenen Daten der  
101 versicherten Person in Grundstellung zu übermitteln.

102 Nach Erhalt der Positiv-Rückmeldung und der Information im Datensatz über das Nutzungs-  
103 ende in dem Bestand der Vorgängerstelle kann die federführende Krankenkasse bzw. der fe-  
104 derführende Kostenträger nach § 362 SGB V erneut eine Anfrage beim Gesamtsystem stellen.  
105 Die Abgabe einer maschinellen Rückmeldung ohne Vorprüfung in der Sachbearbeitung ist zu-  
106 lässig.

107

#### 108 **Fall 2 – Feststellung, dass Personengleichheit nicht vorliegt**

109 Liegt keine Personengleichheit vor, wird mit der Rückmeldung eine Negativmeldung an die  
110 federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden weiteren Kostenträger nach § 362  
111 SGB V zurückgemeldet, die die vorliegenden Versicherteninformationen der angefragten  
112 Kasse zur KVNR enthält. Das Kennzeichen „Personengleichheit\_festgestellt“ muss auf  
113 „N“ (Nein) gesetzt werden. In diesem Fall müssen die betroffenen Krankenkassen bzw. der  
114 weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eine Änderung der zugrundeliegenden VSNR beim  
115 zuständigen Rentenversicherungsträger beantragen (vgl. Richtlinie Kapitel 7.4).

116 Vor Abgabe der maschinellen Rückmeldung ist eine Prüfung in der Sachbearbeitung erforder-  
117 lich.

118

#### 119 **Fall 3 – Eine abschließende Aussage zur Personengleichheit ist nicht möglich, es besteht wei- 120 terer Klärungsbedarf.**

121 Es hat in jedem Fall eine Meldung zu erfolgen, da unklar ist, ob Personengleichheit vorliegt  
122 oder nicht. Das Kennzeichen „Personengleichheit\_festgestellt“ muss in der Meldung auf  
123 „K“ (Klärungsbedarf) gesetzt werden. Zwischen der federführenden Kasse bzw. dem federfüh-  
124 renden weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V und der angefragten Kasse bzw. dem ange-  
125 fragten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V ist eine bilaterale Klärung außerhalb des  
126 maschinellen Verfahrens notwendig, bis als Ergebnis festgestellt wurde, ob Personengleich-  
127 heit vorliegt oder nicht.

128 Vor Abgabe der maschinellen Rückmeldung ist eine Prüfung in der Sachbearbeitung erforder-  
129 lich.

130

#### 131 **Fall 4 – Meldung erfolgte mittels Stillgelegter VSNR**

132 Wird der angefragten Kasse bzw. dem angefragten weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V  
133 eine bereits als stillgelegte bekannte VSNR übermittelt, antwortet diese bzw. dieser mit „Per-  
134 sonengleichheit\_festgestellt“ = „S“ (Stillgelegt). Der Vorgang wird zu einem Clearing-Fall. Will

135 die federführende Kasse bzw. der federführende weitere Kostenträger nach § 362 SGB V das  
136 Clearing beginnen und zu diesem Zeitpunkt ist bereits eine Stilllegung mit Verweis erfolgt,  
137 wartet diese bzw. dieser zunächst die Rückmeldung der RV mit der neuen VSNR ab. Mit der  
138 VSNR wird erneut ein Vergabeantrag am Gesamtsystem gestellt, der wiederum einen Clea-  
139 ringfall auslöst.

140 Die Abgabe einer maschinellen Rückmeldung ohne Vorprüfung in der Sachbearbeitung ist zu-  
141 lässig

142

143

144 Mit der erfolgten Rückmeldung der angefragten Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger  
145 nach § 362 SGB V ist der Clearingprozess im Fall 1 beendet. In den Fällen 2, 3 und 4 ist eine wei-  
146 tere Bearbeitung erforderlich.

147

## 148 **2.3 Bearbeitungsfristen**

149 Die Bearbeitungsfristen werden in der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversi-  
150 chertennummer und Regelungen des Krankenversichertennummernverzeichnisses nach § 290  
151 SGB V beschrieben.

152

### 153 **2.3.1 Erinnerungsverfahren**

154 Die federführende Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V hat die Mög-  
155 lichkeit, die angefragte Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V an aus-  
156 stehende Fälle zu erinnern. Eine Erinnerung darf von der federführenden Krankenkasse bzw. dem  
157 weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V erst dann ausgelöst werden, wenn die Fristen gemäß Ka-  
158 pitel 7.2 der Richtlinie zuzüglich zwei Arbeitstage verstrichen sind, ohne dass eine Meldung der  
159 beteiligten Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V bei der federführen-  
160 den Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V eingegangen ist. Zwischen  
161 zwei Erinnerungen müssen mindestens vier Arbeitstage (Montag–Freitag) liegen. Eine Erinnerung  
162 über das maschinelle Verfahren ist nur zulässig, solange die angefragte Krankenkasse bzw. der  
163 weitere Kostenträger nach § 362 SGB V noch keine Rückmeldung („Art\_der\_Meldung“ = „02“) an  
164 die federführende Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V übermittelt  
165 hat bzw. die Rückmeldung nicht im Datenbestand der federführenden Krankenkasse bzw. des  
166 weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V eingegangen ist.

167

168 Um eine Erinnerung zu übermitteln, muss das Kennzeichen „Erinnerungsmeldung“ auf „J“ für Ja  
169 gesetzt sein. Ansonsten ist der Datensatz (mit Ausnahme von der Datensatz-ID) identisch zur  
170 Erstmeldung von der federführenden Krankenkasse bzw. dem federführenden Kostenträger nach  
171 § 362 SGB V zu übermitteln.

172 Die Rückmeldung der angefragten Kassen an die federführende Kasse muss auch in diesem Fall  
173 für das Feld „Datensatz\_ID\_Ursprungsmeldung“ die Datensatz-ID der Initialmeldung enthalten.  
174 Die Nutzung der Datensatz-ID der Erinnerungsmeldungen als Datensatz\_ID\_Ursprungsmeldung  
175 bei der Rückmeldung ist nicht zulässig.  
176

### 177 **3. Maschinelle Feststellung der Personengleichheit**

178 Zur maschinellen Feststellung der Personengleichheit müssen mindestens die in diesem Abschnitt  
179 genannten Merkmale identisch sein.

180

181 Ist eines der unten genannten Felder in der Meldung einer Krankenkasse bzw. dem weiteren Kos-  
182 tenträger nach § 362 SGB V gefüllt und in der Meldung der anderen beteiligten Krankenkasse  
183 bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V nicht, gelten die Inhalte als ungleich. Die Fest-  
184 stellung der Personengleichheit auf maschinelle Weg schlägt in diesem Fall immer fehl.

185

186 Personengleichheit kann im maschinellen Verfahren festgestellt werden, wenn mindestens die fol-  
187 genden personenidentifizierenden Merkmale vollständig identisch sind:

188

- 189 • Familienname
- 190 • Vorname
- 191 • Vorsatzwort
- 192 • Namenszusatz
- 193 • Geburtsdatum
- 194 • Geschlecht
- 195 • Laenderschlüssel des Wohnorts
- 196 • Postleitzahl
- 197 • Ort
- 198 • Straße
- 199 • Hausnummer
- 200 • Postfach

201

202 Zusätzlich zu den personenidentifizierenden Merkmalen müssen zur maschinellen Feststellung  
203 der Personengleichheit die folgenden Ordnungsbegriffe der Sozialversicherung identisch sein:

204

- 205 • VSNR inkl. Status (d.h. VSNR darf weder Still- noch Totgelegt sein)
- 206 • KVNR

207

208 Beim Vergleich der personenidentifizierenden Merkmale aus der Meldung der federführenden  
209 Krankenkassen bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V mit den bei ihr gespeicherten  
210 Daten muss folgendes Verfahren bei der angefragten Krankenkasse bzw. dem weiteren Kosten-  
211 träger nach § 362 SGB V zur Anwendung kommen:

212 1. Schritt: Die angefragte Krankenkasse bzw. der angefragte Kostenträger nach § 362 SGB V  
213 konvertiert die in der Meldung der federführenden Krankenkasse bzw. des federführenden  
214 Kostenträgers nach § 362 SGB V sowie die bei ihr gespeicherten Daten folgendermaßen  
215 und führt den Vergleich durch:

216 a. Alle Buchstaben in alphanumerischen Feldern werden in Großbuchstaben konver-  
217 tiert.

218 b. Die folgenden Zeichen werden aus alphanumerischen Feldern entfernt:

219 i. Bindestrich - (0x2D)

220 ii. Hochkomma/ Apostroph ' (0x27)

221 iii. Komma , (0x2C)

222 iv. Klammer () (0x28 und 0x29)

223 v. Punkt . (0x2E)

224 vi. Schrägstrich / (0x2F)

225 vii. Und-Zeichen & (0x26)

226 viii. Anführungszeichen oben " (0x22, ‚Anführungszeichen unten‘ ist in ISO  
227 8859-1 nicht vorhanden.

228 c. Umlaute und europäische Sonderzeichen in alphanumerischen Feldern werden  
229 nach den Vorgaben von Anhang A dieser Anlage in Zeichen von A-Z konvertiert

230 Wird eine Übereinstimmung festgestellt, endet der Prozess mit Fall 1

231 2. Schritt: Die angefragte Krankenkasse bzw. der angefragte Kostenträger nach § 362 SGB V  
232 ermittelt, ob Fall 1, 2, 3 oder 4 vorliegt und erzeugt die entsprechende Rückmeldung an  
233 die federführende Krankenkasse bzw. den federführenden Kostenträger nach  
234 § 362 SGB V .

235

## 236 4. Meldedaten für das Clearingverfahren

### 237 4.1 Übermittlung von Daten zur Durchführung des Clearingverfahrens

238 Im Einzelnen sind folgende fachliche Angaben durch die Krankenkassen bzw. den weiteren Kos-  
239 tenträger nach § 362 SGB V auszutauschen:

240

241 Hinweis: Die der federführenden Krankenkasse bzw. dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V  
242 bekannten Informationen sind vollständig zu befüllen, so dass der Datensatz aus Sicht der den



243 Datensatz erstellenden Krankenkasse bzw. aus Sicht des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB  
 244 V so umfassend wie möglich ist.

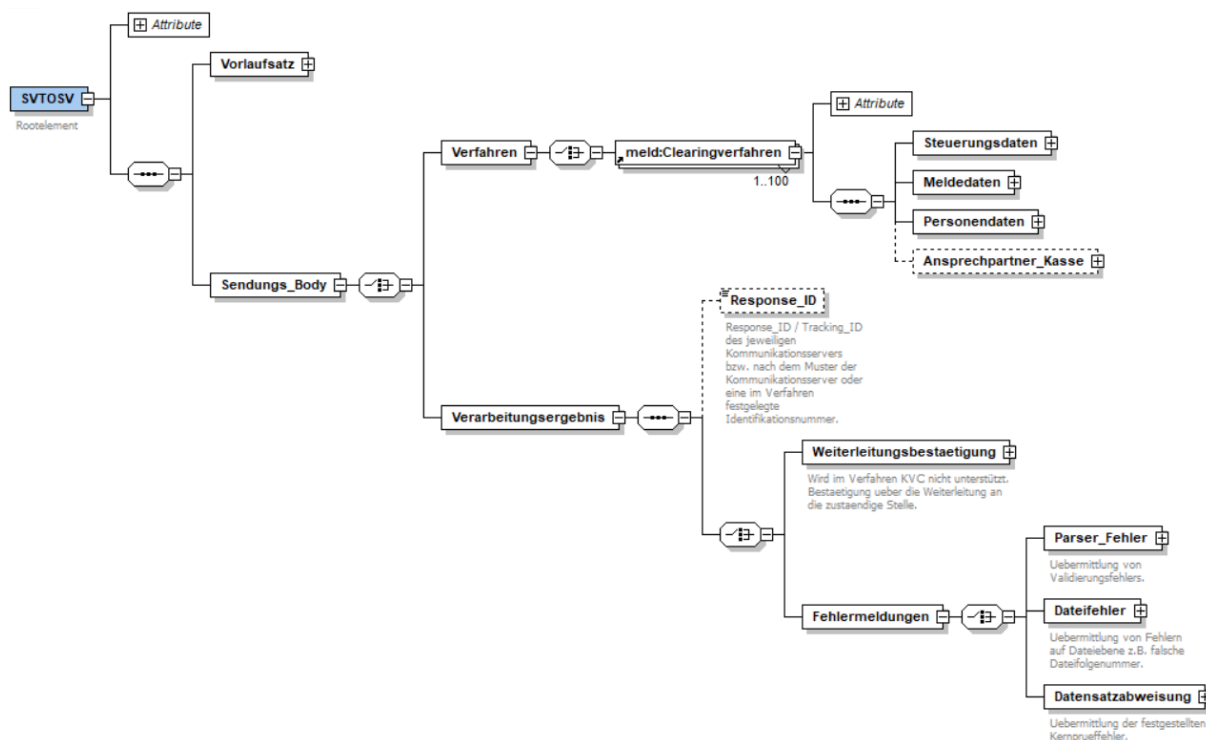
245  
 246 Für den Fall, dass die angefragte Krankenkasse bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V  
 247 die Personengleichheit feststellt, müssen die in der Datensatzbeschreibung entsprechend ge-  
 248 kennzeichneten Felder in Grundstellung übermittelt werden. In allen anderen Fällen muss die an-  
 249 gefragte Krankenkassen bzw. der weitere Kostenträger nach § 362 SGB V die Felder entsprechend  
 250 der dort vorliegenden Informationen aus dem eigenen Bestand vollständig befüllen und an die fe-  
 251 derführende Krankenkasse bzw. dem federführenden Kostenträger nach § 362 SGB V übermitteln.  
 252 Liegen der angefragten Krankenkassen bzw. den weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V für ein  
 253 Feld keine Informationen vor, ist das Feld in Grundstellung zu übermitteln.

254

## 255 4.2 Datensatzbeschreibung

256 Die Datensatzbeschreibung findet Eingang im normativ zu nutzenden XML-Schemadateisatz  
 257 KVNR-Clearing\_20220303\_V1.0.0.zip und entspricht folgendem Aufbau.

258



259

260

261 Es sind bis zu 100 Sätze im Clearingverfahren je Datei zulässig. Die Fälle sind je empfangender  
 262 Stelle bis zur maximalen Anzahl der Fälle zu bündeln. Bei Überschreitung der maximalen Satzan-  
 263 zahl sind mehrere Dateien zu übermitteln.

264

265 Zeichendarstellung:

266 an = alphanumerisches Feld

267 n = numerisches Feld

268 M = Mussangabe

269 m = bedingte Mussangabe

270

271 Die Datenübertagung im Meldedialog erfolgt auf Grundlage von XML. Die Dateninhalte werden in

272 XML-Schemata dargestellt. Für die technische Umsetzung sind diese XML-Schemata maßgeblich.

273 Vor der Versendung der Meldungen ist eine Schemavalidierung durchzuführen.

274

275 **4.2.1 Sendungsheader**

Z#	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
01	1							<b>SVTOSV</b>	<b>Rootelement</b>				
02		2						Versionsnummer	Zulässig ist nur eine Version im Format n.n.n Zulässig ist nur der Wert 2.0.0	M	M	an	005
03		2						<b>Vorlaufsatz</b>					
04			3					Verfahrensmerkmal	<b>KVC</b> Zulässig ist nur der Wert "KVC".  <b>Fehlernummer: DSKCv10</b>	M	M	an	003
05			3					Absendernummer	Die Absendernummer welche der Betriebsnummer bzw. gesonderten Absendernummer entspricht, ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 DEÜV-Rundschreiben zu prüfen. <b>Fehlernummer: DSKCv15</b>	M	M	an	008
06			3					Empfaengernummer	Die Empfänger Nummer welche der Betriebsnummer bzw. gesonderten Absendernummer entspricht, ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 DEÜV-Rundschreiben zu prüfen. <b>Fehlernummer: DSKCv20</b>	M	M	an	008

Z#	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
									Empfängernummer muss eine BBNR bzw. gesonderte Absendernummer der annehmenden Stelle sein <b>Fehlernummer: DSKCv25</b>				
07			3					Datum_Erstellung	Datum im Format <b>YYYY-MM-DDThh:mm:ss</b> Das Erstellungsdatum darf nicht größer als das Verarbeitungsdatum und nicht kleiner als das Verarbeitungsdatum minus 6 Monate sein. <b>Fehlernummer: DSKCv30</b>	M	M	an	019
08			3					Dateifolgenummer	Prüfung, ob es sich um eine zulässige Dateifolgenummer handelt (lückenlos aufsteigend je Annahmestelle). <b>Fehlernummer: DSKCv40</b>	M	M	n	006
09			3					Vollzaehligkeit	<b>(keine Anwendung im KVC-Verfahren)</b>				
10				4				Lieferungsnummer	Angabe um welche Datei der Gesamtlieferung es sich handelt:  1 - 999999	m	m	n	006
11				4				Anzahl_Gesamt	Anzahl der insgesamt zu übermittelnden Dateien  1 - 999999	m	m	n	006

276

## 277 4.2.2 Sendungsbody – Verfahren

Z#	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
12		2						Sendungsbody					
13			3					Verfahren					
14				4				Clearingverfahren	<b>Datenfeldgruppe</b>				
15					5			Versionsnummer	Versionsnummer des übermittelten Datensatzes im Format n.n.n Zulässig ist nur der Wert 1.0.0 <b>Fehlernummer: DSKC200</b>	M	M	an	005
16					5			Steuerungsdaten	<b>Datenfeldgruppe</b>				

Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
17		Absendernummer	<p>Dabei handelt es sich um die Absendernummer der absendenden Stelle.</p> <p>Die Betriebsnummer bzw. gesonderte Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ in der gültigen Fassung zu prüfen. <b>Fehlernummer: DSKC210</b></p>	M	M	an	008
18		Absenderkennzeichen	<p>Durch meldungserstellende KK bzw. weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V zu befüllen. Zulässig sind: <b>GKV/PKV</b></p>	M	M	an	003
19		Empfaengernummer	<p>In diesem Feld ist die Absendernummer der zustandigen Stelle einzutragen.</p> <p>Die Betriebsnummer bzw. gesonderte Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. Ziffer 1.3.2.4 des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ in der gültigen Fassung zu prüfen. <b>Fehlernummer: DSKC212</b></p> <p>Bei der Betriebsnummer bzw. gesonderten Absendernummer muss es sich um eine an die DAV angeschlossene Stelle handeln. <b>Fehlernummer: DSKCv50</b></p>	M	M	an	008
20		Datum_Erstellung	<p>Angabe des Erstelltdatums der Meldung. <b>Format: YYYY-MM-DDThh:mm:ss</b></p>	M	M	an	019

Z#	Ebene						Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
21						6	Datensatz_ID	<p>Eindeutige Kennzeichnung des Datensatzes durch den Ersteller (DS-ID).</p> <p>Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig.</p> <p><b>Fehlernummer: DSKC220</b></p> <p>Stellen 1-4 der Datensatz-ID müssen den Stellen 5-8 (Seriennummer) des IK der meldenden Stelle entsprechen.</p> <p><b>Fehlernummer: DSKC225</b></p>	M	M	an	032
22						6	Datensatz_ID_Ursprungsmeldung	<p>Datensatz_ID der Ursprungsmeldung (DS-IDU)</p> <p>Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig.</p> <p><b>Fehlernummer: DSKC230</b></p> <p>Nur zulässig bei Art der Meldung = 02 mit Bezug zur Datensatz_ID (AdM = 01)</p> <p><b>Fehlernummer: DSKC240</b></p>		M	an	032
23						5	Melddaten	<b>Datenfeldgruppe</b>				
24						6	Art_der_Meldung	<p>Art der Meldung (AdM)</p> <p><b>01 - Initialmeldung KVNR-Clearing</b> <b>02 - Rückmeldung KVNR-Clearing</b></p>	M	M	an	02
25						6	Erinnerungsverfahren	<p><b>J für Ja</b> <b>N für Nein</b></p> <p>Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 dann nur ‚N‘ zulässig. Es gilt Kapitel 2.3.1</p> <p><b>Fehlernummer: DSKC310</b></p>	M	M	an	01

Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
26		IK_federführende_Krankenkasse	Haupt-İK der Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V <b>nnnnnnnnn</b>  Die letzte Ziffer des Institutionskennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen. <b>Fehlernummer: DSKC320</b>	M	M	an	009
27		IK_angefragte_Krankenkasse	Haupt-İK der Krankenkasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V <b>nnnnnnnnn</b>  Die letzte Ziffer des Institutionskennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen. <b>Fehlernummer: DSKC325</b>	M	M	an	009
28		KVNR	Krankenversichertennummer gem. § 290 SGB V <b>[A-Z]nnnnnnnn</b>  Es ist nur eine gültige Krankenversichertennummer zulässig. Prüfzifferberechnung siehe Anlage 1 der „Richtlinie zum Aufbau und Verfahren zur Vergabe einer Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V“. <b>Fehlernummer: DSKC330</b>	M	M	an	010
29		KVNR_Nutzungsbeginn	Durch federführende Stelle zu übermitteln. <b>jjjj-mm-tt (Datum)</b>	M		an	010

Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
30		KVNR_Nutzungs- ende	<b>jhjj-mm-tt (Datum)</b>  Nur durch angefragte Stelle zu übermitteln, wenn Personengleichheit = J und GD_Gesamtsystem_KVNR = 27 vorliegt <b>Fehlernummer: DSKC340</b>		m	an	010
31		GD_Gesamtsystem_KVNR	Abgabegrund (GD) entsprechend der Richtlinie nach § 290 SGB V ein Wert aus der Liste 23, 26, 27, 28. Meldungen mit Art_der_Meldung = 02 müssen den Wert „GD_Gesamtsystem_KVNR“ aus der Meldung mit Art_der_Meldung = 01 enthalten. <b>nn</b>	M	M	n	002
32		FKZ_Gesamtsystem_KVNR	Fallkennzeichen vom Gesamtsystem KVNR vergeben  <b>IKV-nnnnnnnnnnnn</b>	M	M	an	016
33		<b>Personendaten</b>	<b>Datenfeldgruppe</b>				
34		Vorname	gemäß Vorgaben der DEÜV Vorname des Versicherten  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC410</b>	m	m	an	030
35		Familienname	gemäß Vorgaben der DEÜV Familienname des Versicherten  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC412</b>	m	m	an	030
36		Geschlecht	gemäß Wertetabellen DEÜV Geschlecht des Versicherten <b>M = männlich</b> <b>W = weiblich</b> <b>X = unbestimmt</b> <b>D = divers</b>	m	m	an	001

Z#	Ebene						Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
							Der angegebene Wert ist unzulässig. <b>Fehlernummer: DSKC413</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC414</b>					
37					6	Vorsatzwort	gemäß Wertetabellen DEÜV gemäß Anlage 6 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" Der angegebene Wert ist unzulässig. <b>Fehlernummer. DSKC415</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC416</b>	m	m	an	020	
38					6	Namenszusatz	gemäß Wertetabellen DEÜV Namenszusätze des Mitgliedes gemäß Anlage 7 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversicherung" Der angegebene Wert ist unzulässig. <b>Fehlernummer. DSKC417</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC418</b>	m	m	an	020	
39					6	Titel	gemäß Vorgaben DEÜV Titel (z.B. Dr., Prof.) des Versicherten  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig:	m	m	an	020	



Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
			<b>Fehlernummer: DSKC420</b>				
40		Geburtsdatum	gemäß Vorgaben der DEÜV Geburtsdatum des Versicherten <b>jjjj-mm-tt zulässig sind auch jjjj-mm-00 oder jjjj-00-00</b> Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC422</b>	m	m	an	010
41		Geburtsname	gemäß Vorgaben der DEÜV  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC424</b>	m	m	an	030
42		Geburtsort	gemäß Vorgaben der DEÜV  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC426</b>	m	m	an	034
43		Geburtsland	Verwendung des Staatsangehörig- keitsschlüssel (SASC) gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversiche- rung" (z.B. „000“ für Deutschland) Der angegebene Wert ist unzulaessig. <b>Fehlernummer. DSKC427</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC428</b>	m	m	an	003
44		Staatsangehoerig- keit	Verwendung des Staatsangehörig- keitsschlüssel (SASC) gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens "Meldeverfahren zur Sozialversiche- rung" ( z.B. „000“ für Deutschland) <b>nnn</b>	m	m	an	003

Z#	Ebene						Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
							Der angegebene Wert ist unzulässig. <b>Fehlernummer: DSKC429</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC430</b>					
45					6		Postleitzahl  gemäß Vorgaben der DEÜV Postleitzahl des Wohnortes des Mitgliedes (Bei inländischen Anschriften muss die Postleitzahl 5 Stellen numerisch linksbündig mit nachfolgenden Leerzeichen sein)  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC432</b>	m	m	an	010	
46					6		Ort  gemäß Vorgaben der DEÜV Wohnort des Mitgliedes  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC434</b>	m	m	an	034	
47					6		Postfach  gemäß Vorgaben der DEÜV Postfach des Versicherten  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC436</b>	m	m		010	
48					6		Laenderkennzeichen  Länderkennzeichen (LDKZ) des Wohnortes des Mitgliedes gemäß Anlage 8 des gemeinsamen Rundschreibens " Meldeverfahren zur Sozialversicherung" (z.B. „D“ für Deutschland)	m	m	an	003	

Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
			Der angegebene Wert ist unzulässig. <b>Fehlernummer: DSKC437</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC438</b>				
49		Strasse	gemäß Vorgaben der DEÜV Straße des Versicherten  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC440</b>	m	m	an	033
50		Hausnummer	gemäß Vorgaben der DEÜV  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC442</b>	m	m	an	009
51		Adresszusatz	gemäß Vorgaben der DEÜV  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig: <b>Fehlernummer: DSKC444</b>	m	m	an	040
52		VSNR	Versicherungsnummer der betreffenden Person in der Form: <b>bbttmmjjassp</b>  Prüfung auf Vollständigkeit und zulässige Zeichen. Im numerischen Teil (Stellen 1–8 und 10–12) sind nur Ziffern und für den Anfangsbuchstaben des Namens (Stelle 9) nur ein Großbuchstabe (ohne Umlaute) zugelassen. <b>Fehlernummer: DSKC450</b>	M	M	an	012

Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
			<p>Die Bereichsnummer (Stellen 1-2) ist auf Zulässigkeit zu prüfen. Zulässig sind die Nummern „02“ – „04“, „08“ – „21“, „23“ – „26“, „28“, „29“, „38“, „39“, „42“ – „44“, „48“ – „61“, „63“ – „66“, „68“, „69“, „78“ – „82“ oder „89“.</p> <p><b>Fehlernummer: DSK460</b></p> <p>Das Geburtsdatum muss grundsätzlich logisch richtig sein. Zum Aufbau des Geburtsdatums siehe Gemeinsames Rundschreiben "Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung" in der gültigen Fassung.</p> <p><b>Fehlernummer: DSK470</b></p> <p>Die letzte Ziffer der Versicherungsnummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer der Versicherungsnummer wird wie folgt gebildet: Der Buchstabe wird durch eine zweistellige Zahl ersetzt, welche die Position des Buchstabens im Alphabet (01 bis 26) kennzeichnet. Die Ziffern der damit zwölfstelligen Nummer werden an der ersten Stelle beginnend – mit den Faktoren 2, 1, 2, 5, 7, 1, 2, 1, 2, 1, 2 und 1 multipliziert. Von den Produkten werden die Quersummen gebildet. Die Quersummen werden addiert. Die Summe wird durch 10 dividiert. Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer. Die zweistellige Verschlüsselung des Buchstabens wird</p>				

Z#	Ebene	Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
			wieder durch den Buchstaben ersetzt; die Versicherungsnummer besteht damit aus elf Informationsstellen und einer Prüfziffer, zusammen zwölf Stellen. <b>Fehlernummer: DSKC480</b>				
53		Personengleichheit_festgestellt	<b>J für Ja (Fall 1)</b> <b>N für Nein (Fall 2)</b> <b>K für Klärungsbedarf (Fall 3)</b> <b>S für Stillgelegt (Fall 4)</b>  Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 muss das Feld gefüllt sein, ansonsten ist nur Grundstellung zulässig. <b>Fehlernummer: DSKC490</b>		M	an	001
54		<b>Ansprechpartner_Kasse</b>					
55		Ansprechpartner_Vorname	Ansprechpartner der Kasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V  Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ = „J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. <b>Fehlernummer: DSKC510</b>	M	m	an	030
56		Ansprechpartner_Nachname	Ansprechpartner der Kasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V  Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ = „J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. <b>Fehlernummer: DSKC512</b>	M	m	an	030
57		Ansprechpartner_Telefonnummer	Telefonnummer des Ansprechpartners - Kasse bzw. des weiteren Kostenträgers nach § 362 SGB V	M	m	an	020

Z#	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
									Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ = „J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein. <b>Fehlernummer: DSK514</b>				

278

## 279 4.2.3 Sendungsbody – Verarbeitungsergebnis

Z#	Ebene							Name	Inhalt / Erläuterung	ART federführende Kasse	ART angefragte Kasse	Typ	Länge
12			3					<b>Verarbeitungsergebnis</b>					
13				4				Response_ID	Response_ID / Tracking_ID des jeweiligen Kommunikationsservers bzw. nach dem Muster der Kommunikationsserver oder eine im Verfahren festgelegte Identifikationsnummer.	m	m	an	023
14				4				<b>Weiterleitungsbestätigung</b>	<b>(keine Anwendung im KVC-Verfahren)</b>				
15					5			Dateifolgennummer_Original	Dateifolgennummer auf die sich die Meldung bezieht.	m	m	n	006
16					4			<b>Fehlermeldungen</b>					
17					5			Parser_Fehler	<b>Datenfeldgruppe zur Übermittlung von Validierungsfehlern</b>				
18						6		Fehlertext_Parser	Übermittlung des Fehlertextes bei der Validierung des Schemas.	m	m		1000
19						5		<b>Dateifehler</b>	<b>Datenfeldgruppe zur Übermittlung von Fehlern auf Dateiebene</b>				
20						6		Dateifolgennummer_Original	Dateifolgennummer auf die sich die Meldung bezieht.	m	m	n	006
21						6		<b>Fehlercode</b>	<b>Datenfeldgruppe</b>				
22							7	Fehlernummer	Wert aus der Spalte „Fehlernummer“ gemäß Tabelle im Kapitel 5.1	m	m	an	007
23							7	Fehlertext	Zur Fehlernummer gehörender Wert aus der Spalte „Fehlertext“ gemäß Tabelle in Kapitel 5.1	m	m	an	064

Z#	Ebene					Name	Inhalt / Erläuterung	ART feder- führende Kasse	ART ange- fragte Kasse	Typ	Länge	
24				5		<b>Datensatzabweisung</b>	<b>Datenfeldgruppe zur Übermittlung der festgestellten Kernprüffehler</b>					
25					6	Dateifolgennummer_Original	Dateifolgennummer auf die sich die Meldung bezieht.	m	m	n	006	
26					6	<b>Kernprüfung</b>	<b>Datenfeldgruppe</b>					
27						7	Datensatz_ID	Datensatz_ID der fehlerhaften Meldung.	m	m	an	032
28						7	BBNR	Absendernummer aus dem fachlichen Datensatz.	m	m	an	008
29						7	<b>Fehlercode</b>	<b>Datenfeldgruppe</b>				
30						8	Fehlernummer	Fehlernummer der Kernprüfung	m	m	an	007
31						8	Fehlertext	Fehlertext der Kernprüfung	m	m	an	064

280

281

## 282 5. Fehlerprüfungen und Fehlerverfahren

283 Eine Schemavalidierung ist vor Übertragung der Datei von der absendenden und vor Verarbeitung  
284 der Datei von der annehmenden Krankenkasse bzw. von dem annehmenden Kostenträger nach §  
285 362 SGB V durchzuführen. Im Falle von Fehlern bei der Schemavalidierung darf kein Versand er-  
286 folgen. Dateien mit fehlerhaftem Schema müssen von der annehmenden Krankenkasse bzw. dem  
287 annehmenden Kostenträger nach § 362 SGB V abgelehnt werden. Sie dürfen nicht weiterverarbei-  
288 tet werden.

289

### 290 5.1 Parserfehler

291 Um dem Ersteller der Nachricht das Auffinden des Fehlers zu erleichtern, ist bei einer Annahme-  
292 verweigerung auf Grund einer fehlgeschlagenen Schemavalidierung der Parser-Fehlertext zu  
293 übermitteln.

294

Fehlertext	Art der Prüfung
Es ist der Fehlertext des Parsers zu übermitteln	XSD-Validierung

295

### 296 5.2 Dateifehler

297 Zudem können Dateifehler mit folgenden V-Fehler auftreten. Diese müssen individuell bei der  
298 Datenannahme abgefangen werden. Sie werden über die in Kapitel 4.2 beschriebene Fehlerstruk-  
299 tur zurückgemeldet.

300

Fehlernummer	Fehlerlangtext Fehlerkurztext	Art der Prüfung
DSKcV10	Das Verfahrensmerkmal ist ungültig.	V-Fehler
DSKcV15	Absendernummer fehlerhaft.	V-Fehler
DSKcV20	Empfängernummer fehlerhaft.	V-Fehler
DSKcV25	Empfängernummer muss BBNR der annehmenden Stelle sein.	V-Fehler
DSKcV30	Erstellungsdatum falsch.	V-Fehler
DSKcV40	Dateifolgennummer falsch.	V-Fehler
DSKcV50	Betriebsnummer der Stelle nicht an DAV angeschlossen.	V-Fehler

301

302



303 **5.3 Kernprüfungen**

304 Es sind Kernprüfungen durchzuführen. Es gelten die Vorgaben in Kapitel 4 bzgl. der durchzuführen  
 305 Art der Prüfung.

306

Fehlernummer	Fehlerlangtext Fehlerkurztext	Art der Prüfung
DSKC200	Zulässig ist nur der Wert 1.0.0	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC210 DSKC212	Die Betriebsnummer bzw. gesonderte Absendernummer ist gemäß Ziffer 1.3.2.2 bzw. gemäß Ziffer 1.3.2.4 des Gemeinsamen Rundschreibens „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ in der gültigen Fassung zu prüfen.  Die Betriebsnummer ist unzulässig.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC220 DSKC230	Es sind nur Buchstaben (ohne Umlaute), Ziffern, Leerzeichen, Punkte, Bindestriche oder Schrägstriche zulässig.  Verwendung unzulässiger Zeichen.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC225	Stellen 1–4 der Datensatz-ID müssen den Stellen 5–8 (Seriennummer) des IK der meldenden Stelle entsprechen.  Stellen 1–4 der Datensatz-ID sind unzulässig.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC240	Nur zulässig bei Art der Meldung = 02 mit Bezug zur Datensatz_ID (AdM = 01)  DS-IDU nur bei AdM=02 zulässig.	Kernprüfung Steuerungsdaten
DSKC310	Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 dann nur ‚N‘ zulässig.  Wenn AdM=02, dann nur N zulässig.	Kernprüfung Meldedaten
DSKC320 DSKC325	Die letzte Ziffer des Institutionskennzeichens ist die Prüfziffer; sie ist gemäß „Gemeinsames Rundschreiben Institutionskennzeichen (IK)“ unter gkv-datenaustausch.de vom 24.03.2015 auf Richtigkeit zu prüfen.  Die Prüfziffer des Institutionskennzeichens ist falsch.	Kernprüfung Meldedaten
DSKC330	Es ist nur eine gültige Krankenversichertennummer zulässig. Prüfzifferberechnung siehe Anlage 1 der „Richtlinie zum Aufbau und Verfahren zur Vergabe einer Krankenversichertennummer nach § 290 SGB V“.  Feld KVNR muss eine gültige Krankenversichertennummer beinhalten.	Kernprüfung Meldedaten

DSKC340	<p>Nur durch angefragte Stelle zu übermitteln, wenn Personengleichheit = J und GD_Gesamtsystem_KVNR = 27 vorliegt.</p> <p>Nur zu übermitteln, wenn Personengleichheit = J und GD = 27.</p>	Kernprüfung Meldedaten
DSKC410 DSKC412 DSKC414 DSKC416 DSKC418 DSKC420 DSKC422 DSKC424 DSKC426 DSKC428 DSKC430 DSKC432 DSKC434 DSKC436 DSKC438 DSKC440 DSKC442 DSKC444	<p>Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 und „Personengleichheit_festgestellt“ = J, dann nur Grundstellung zulässig:</p> <p>Es ist nur Grundstellung zulaessig.</p>	Kernprüfung Personendaten
DSKC413 DSKC415 DSKC417 DSKC427 DSKC429 DSKC437	<p>Der angegebene Wert ist unzulaessig.</p> <p>Wert ist unzulaessig.</p>	Kernprüfung Personendaten
DSKC450	<p>Prüfung auf Vollständigkeit und zulässige Zeichen. Im numerischen Teil (Stellen 1–8 und 10–12) sind nur Ziffern und für den Anfangsbuchstaben des Namens (Stelle 9) nur ein Großbuchstabe (ohne Umlaute) zugelassen.</p> <p>VSNR unvollständig/enthält unzulaessige Zeichen</p>	Kernprüfung Personendaten
DSKC460	<p>Die Bereichsnummer (Stellen 1–2) ist auf Zulässigkeit zu prüfen.</p> <p>Zulässig sind die Nummern „02“ – „04“, „08“ – „21“, „23“ – „26“, „28“, „29“, „38“, „39“, „42“ – „44“, „48“ – „61“, „63“ – „66“, „68“, „69“, „78“ – „82“ oder „89“.</p> <p>VSNR unzulaessige Bereichsnummer</p>	Kernprüfung Personendaten

DSKC470	<p>Das Geburtsdatum muss grundsätzlich logisch richtig sein. Zum Aufbau des Geburtsdatums siehe Gemeinsames Rundschreiben "Gemeinsames Meldeverfahren der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung" in der gültigen Fassung.</p> <p>VSNR (Geburtsdatum) unzulässig</p>	Kernprüfung Personendaten
DSKC480	<p>Die letzte Ziffer der Versicherungsnummer ist die Prüfziffer; sie ist auf Richtigkeit zu prüfen. Die Prüfziffer der Versicherungsnummer wird wie folgt gebildet:          Der Buchstabe wird durch eine zweistellige Zahl ersetzt, welche die Position des Buchstabens im Alphabet (01 bis 26) kennzeichnet. Die Ziffern der damit zwölfstelligen Nummer werden an der ersten Stelle beginnend – mit den Faktoren 2, 1, 2, 5, 7, 1, 2, 1, 2, 1, 2 und 1 multipliziert. Von den Produkten werden die Quersummen gebildet. Die Quersummen werden addiert. Die Summe wird durch 10 dividiert. Der verbleibende Rest ist die Prüfziffer. Die zweistellige Verschlüsselung des Buchstabens wird wieder durch den Buchstaben ersetzt; die Versicherungsnummer besteht damit aus elf Informationsstellen und einer Prüfziffer, zusammen zwölf Stellen.</p> <p>VSNR – Pruefziffer falsch</p>	Kernprüfung Personendaten
DSKC490	<p>Wenn „Art_der_Meldung“ = 02 muss das Feld „Personengleichheit_festgestellt“ gefüllt sein, ansonsten ist nur Grundstellung zulässig.</p> <p>Wenn AdM=02, muss Feld gefuellt sein, sonst nur Grundstellung zulaessig.</p>	Kernprüfung Personendaten
DSKC510 DSKC512 DSKC514	<p>Wenn „Art_der_Meldung“ = „02“ und „Personengleichheit_festgestellt“ =„J“ nur Grundstellung zulässig. In anderen Fällen muss das Feld gefüllt sein.</p> <p>Nur bei AdM=02 und Personengleichheit=J Grundstellung zulaessig.</p>	Kernprüfung Anspruchpartner_Kasse

## 309 **6. Übermittlungsart und Datenstruktur**

310 Die Übermittlung der Daten erfolgt durch eine gesicherte und verschlüsselte sftp-Datenübertra-  
311 gung (nach Vorgaben „Gemeinsame Grundsätze Technik für die elektronische Datenübermittlung  
312 gemäß §95 SGB IV“) über die etablierten Wege durch die Datenannahme- und -weiterleitungsstel-  
313 len in der direkten, unmittelbaren Kommunikation der Krankenkassen und weiteren Kostenträger  
314 nach § 362 SGB V miteinander. Die federführende Krankenkasse und die weiteren Kostenträger  
315 nach § 362 SGB V kommunizieren auf diesem Weg direkt mit der angefragten Krankenkasse bzw.  
316 dem weiteren Kostenträger nach § 362 SGB V. Das Gesamtsystem KVNR ist am Informationsaus-  
317 tausch nicht beteiligt. Der Datenaustausch im KVC-Verfahren innerhalb der GKV folgt dem Muster  
318 der Verfahrens FAMI, KVKV sowie KWR. Somit sind die DAVen auch im KVC-Verfahren eingebun-  
319 den.

320 Grundlage ist die Übertragung per KKS mit Auftragsatz als flache Datei sowie die Nutzdatei als  
321 xml-Datei.

322

323 Für den xml-Datenaustausch zwischen Krankenkassen und den weiteren Kostenträger nach § 362  
324 SGB V werden Vorgaben aus anderen xml-Verfahren mit einem einheitlichen Header verwendet.  
325 Der xml-Header enthält einen Vorlaufsatz. Der xml-Body enthält die Daten für das Clearingver-  
326 fahren sowie das Fehlerverfahren. Das in dieser Anlage genannte XML-Schema ist verbindlich zu  
327 nutzen.

328 Die zu übermittelnden XML-Dateien dürfen ausschließlich im Encoding ISO-8859-1 erstellt wer-  
329 den.

330

331 **7. Anhang A – Normative Vorgaben zur Umsetzung europäischer**  
 332 **Sonderzeichen**

Sonderzeichen		Abbildung auf	
Buchstabe	Code-Punkt		Code-Punkt(e)
À	0xc0	A	0x41
Á	0xc1	A	0x41
Â	0xc2	A	0x41
Ã	0xc3	A	0x41
Ä	0xc4	AE	0x410x45
Å	0xc5	AA	0x410x41
Æ	0xc6	AE	0x410x45
Ç	0xc7	C	0x43
È	0xc8	E	0x45
É	0xc9	E	0x45
Ê	0xca	E	0x45
Ë	0xcb	E	0x45
Ì	0xcc	I	0x49
Í	0xcd	I	0x49
Î	0xce	I	0x49
Ï	0xcf	I	0x49
Ð	0xd0	D	0x44
Ñ	0xd1	N	0x4E
Ò	0xd2	O	0x4F
Ó	0xd3	O	0x4F
Ô	0xd4	O	0x4F
Õ	0xd5	O	0x4F
Ö	0xd6	OE	0x4F0x45
Ø	0xd8	OE	0x4F0x45
Ù	0xd9	U	0x55
Ú	0xda	U	0x55
Û	0xdb	U	0x55
Ü	0xdc	UE	0x550x45
Ý	0xdd	Y	0x59
Þ	0xde	TH	0x540x48
ß	0xdf	SS	0x530x53
ÿ	0xFF	Y	0x59

335 **8. Anhang B – Migration vom manuellen auf das maschinelle Verfah-**  
336 **ren**

337 Der Wechsel vom Verfahren nach Anlage 5a auf das in dieser Anlage beschriebene Verfahren fin-  
338 det zu dem in Kapitel 1.1 beschriebenen Zeitpunkt statt. Alle bis zu diesem Zeitpunkt nach An-  
339 lage 5a begonnen Verfahren müssen in dem Verfahren nach Anlage 5a abgeschlossen werden,  
340 d.h. der GKVSecMailer ist für die bezeichneten Fälle bis zu deren Abschluss zu verwenden. Eine  
341 Migration der Fälle in das maschinelle Verfahren wird nicht durchgeführt. Für alle ab dem in Kapi-  
342 tel 1.1 genannten Zeitpunkt auftretenden Fälle ist das maschinelle Verfahren durchzuführen.