

Anlage 5
Technische Anlage

Inhaltsverzeichnis

1	Änderungshistorie	4
2	Allgemeines	5
2.1	Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches	5
3	Technischer Ablauf des Datenaustauschs.....	6
3.1	Grundsätzliche Festlegungen zur Wahl des Übertragungsmediums.....	6
3.2	Transportsicherung	6
3.3	Verschlüsselung.....	7
3.4	Dokumentation	7
3.5	CD-ROM	8
3.6	DVD-ROM.....	8
4	Arztteilnahmen	8
4.1	Dateinamen.....	8
4.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	9
5	Teilnehmerverzeichnisse.....	14
5.1	Dateinamen.....	14
5.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	14
5.3	TVZ: Teilnehmerverzeichnis der eingeschriebenen Versicherten	14
5.4	PVZ: Verzeichnis der sich in Prüfung befindlichen Teilnahmeerklärungen	16
5.5	AVZ: Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmeerklärungen	18
6	Abrechnungsinhalt.....	20
7	Abrechnungsdateien.....	21
7.1	Dateinamen.....	21
7.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	21
8	Datenübermittlung zur Vergütung der AZM-Leistungspauschale	26
8.1	Dateinamen.....	26
8.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	26
9	Datenübermittlung zur Verifizierung der AZM-Leistungspauschale.....	27

10	Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung	28
10.1	Fehlerverfahren	28
10.2	Fehlerbehandlung.....	28

1 Änderungshistorie

Version	Datum	Autor/ Redaktion	Erläuterung zu den Änderungen
1.0	06.08.2010	AOK PLUS M. Dietze	Grundlagen: bestehende Technische Anlagen in der gültigen Fassung

2 Allgemeines

- (1) Besteht nach Auffassung der Vertragspartner eine Notwendigkeit zur Änderung dieser Technischen Anlage, so kann die Anpassung durch eine Beschlussfassung der Vertragspartner vorgenommen werden.
- (2) Diese Ermächtigung erstreckt sich auf die EDV-technischen Umsetzungsmaßnahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. Die Beschlüsse sind allen Vertragspartnern des Vertrages schriftlich zuzuleiten. Eine EDV-technische Umsetzungsmaßnahme gilt als beschlossen, wenn keiner der Vertragspartner des Vertrages der Umsetzungsmaßnahme innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung schriftlich widersprochen hat.
- (3) Zur inhaltlichen Fortschreibung dieser Technischen Anlage können die Vertragspartner der Vereinbarung Vorschläge erarbeiten und den Vertragspartnern der Vereinbarung mit dem Ziel einer vertraglichen Regelung zuleiten.
- (4) Die Pflege der Technischen Anlage erfolgt durch Austausch der kompletten Anlage 13.

2.1 Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches

- (1) Die nach dieser Technischen Anlage zu übermittelnden Daten müssen inhaltlich den Regelungen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung entsprechen.
- (2) Die Übermittlung der Daten erfolgt gemäß § 295 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 295 Abs. 1b SGB V.
- (3) Über den Datenaustausch ist auf Sender- und Empfängerseite ein Protokoll zu führen. Dabei sind alle Schritte - von der Initiierung über die Quittierung der Übernahme bis zum Beginn der Weiterverarbeitung - zu erfassen. Die Dokumentation ist mindestens zwei Jahre aufzubewahren.
- (4) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfung ist in Punkt 6 festgelegt.
- (5) Der Absender hat die Lieferung der Datenbestände bis zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Fristen sicherzustellen. Eine Kopie der Daten ist durch den Absender noch mindestens drei Monate vorzuhalten.

- (6) Falls zu einem bestimmten Versandtermin für einen einzelnen Empfänger keine Datenträger zu übermitteln sind, ist dieser Sachverhalt dem Empfänger mitzuteilen.
- (7) Werden bei oder nach dem Austausch Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden keine Daten übernommen. In diesem Fall ist die Fehlerbehandlung, welche in Abschnitt „Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung“ geregelt wurde, anzuwenden.

3 Technischer Ablauf des Datenaustauschs

3.1 Grundsätzliche Festlegungen zur Wahl des Übertragungsmediums

- (1) Die für die Übermittlung von Daten verwendeten Medien werden einvernehmlich zwischen Absender und Empfänger vereinbart.
- (2) Anzustreben ist die Verwendung von Verfahren zur Datenfernübertragung zwischen Sender und Empfänger. Diese sind vor der ersten Datenlieferung zu vereinbaren.
- (3) Alternativ kann als Datenträger auch CD-ROMs oder DVD-ROMs verwendet werden.
- (4) Der Bezugscode für den Austausch digitaler Daten ist der Code gemäß ISO 8859-1: 1987. Dieser Code enthält die Ziffern, die Groß- und Kleinbuchstaben, Sonderzeichen sowie nationale Buchstaben, so dass eine korrekte deutschsprachige Namensschreibung ermöglicht wird.

3.2 Transportsicherung

- (1) Datenträger sind zu beschriften bzw. mit Etiketten zu versehen, aus denen Name und Adresse des Absenders sowie das Datenträgerkennzeichen hervorgehen. Unmittelbar nach der Erstellung des Datenträgers ist der Schreibschutz zu aktivieren.
- (2) Falls das Transportunternehmen besondere Möglichkeiten zur Transportsicherung bietet, sind diese unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zu nutzen.

3.3 Verschlüsselung

- (1) Als Verschlüsselung wird das Verfahren „openssl“ bestimmt. Die Verwendung von anderen Verschlüsselungsverfahren kann bilateral zwischen Sender und Empfänger vereinbart werden.
- (2) Für eine Datenübertragung im Internet ist OpenSSL mit DES3-Algorithmus oder SMime zu verwenden.

3.4 Dokumentation

Für den Datenträgeraustausch werden Transportbegleitzettel in Anlehnung an die DIN 31632 verwendet. Eine Durchschrift des Begleitzettels geht mit getrennter Post zum Empfänger. Für Datenfernübertragung ist kein Transportzettel notwendig.

- (1) Der Transportbegleitzettel muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:
 - Überschrift: Datenträgerbegleitzettel
 - Datenaustauschverfahren: XXXX
 - Absender
 - Empfänger
 - Art des Datenträgers: z. B. CD-ROM oder DVD-ROM nach ISO 9660
 - Volumename
 - Erstellungsdatum
 - Datum/Unterschrift
 - Name und Telefonnummer des Bearbeiters.
- (2) Der Empfänger muss dem Absender spätestens acht Kalendertage nach Eingang der Daten eine Eingangsbestätigung per E-Mail zukommen lassen. Alternativ kann der Eingang auch schriftlich bestätigt werden.
- (3) Für jedes Transportmedium sind geeignete Mechanismen zur Zugriffskontrolle zu vereinbaren, um den Absender und Empfänger zu identifizieren und authentifizieren.
- (4) Solange Softwareprodukte für eine normgerechte Dateiübertragung nicht zur Verfügung stehen, kann bilateral andere Software vereinbart werden. In diesen Fällen muss die gleiche Datensicherheit gewährleistet sein, wie beim Einsatz von genormter Software.

3.5 CD-ROM

- (1) Es sind Recordable-CD-ROMs mit 12 cm Durchmesser gemäß ISO-9660 Standard und einer Datenkapazität von mind. 650 MB zu verwenden.
- (2) Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer CD-ROM befinden. Eine Datei darf sich nur über eine CD-ROM erstrecken. Siehe dazu auch Punkt 3.3. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1 vereinbarten Regelungen einzuhalten.
- (3) Der Absender stellt sicher, dass die CD-ROM und die darauf übermittelten Daten frei von Viren sind.
- (4) Auf der CD dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf dem Datenträger befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.

3.6 DVD-ROM

- (1) Es sind Recordable-DVD-ROMs mit 12 cm Durchmesser gemäß ISO-9660 Standard und einer Datenkapazität von 4,7 GB (Single-Layer) zu verwenden.
- (2) Es dürfen sich mehrere Dateien auf einer DVD-ROM befinden. Eine Datei darf sich nur über eine DVD-ROM erstrecken. Siehe dazu auch Punkt 3.3. Auf die Kennsätze nach DIN wird deshalb verzichtet. Es sind die in Abschnitt 4.1 vereinbarten Regelungen einzuhalten.
- (3) Der Absender stellt sicher, dass die DVD-ROM und die darauf übermittelten Daten frei von Viren sind.
- (4) Auf der DVD dürfen keine Unterverzeichnisse eingerichtet werden. Alle auf dem Datenträger befindlichen Dateien müssen sich im Wurzelverzeichnis befinden.

4 **Arztteilnahmen**

4.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention. Die Bezeichnung der Dateien ist im Punkt 4.2 geregelt.

Arzt-Meldungen werden vom Vertragspartner in Form einer kommaseparierten (Trennzeichen Semikolon) an das Rechenzentrum der AOK angeliefert.

4.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

Jede Lieferdatei umfasst

- (1) Metainformationen zur Lieferung
- (2) Meldungen zu allen Teilnahmen im Arztbestand des Vertragspartners, auch zu schon beendeten und stornierten, mit den aktuellen dem Vertragspartner bekannten beschreibenden Attributen insbesondere immer mit aktuell dem Vertragspartner bekanntem Nachnamen und BSNR (letzte bekannte BSNR)
- (3) Meldungen zu neuen Arzt-Teilnahmen.

Diese Lieferdatei besteht aus einem Vorlaufsatz mit Metainformationen zur Lieferung, mehreren Hauptlaufätzen (den eigentlichen Teilnahmemeldungen) und einem Nachlaufsatz mit Metainformationen zur Lieferung. Die Struktur der Inputdatei ist in der folgenden Tabelle abgebildet.

Struktur der **Input-Datei** HzV-Teilnahmen

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF“ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV1 bzw. EHZV1 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Inhalt ist der Liefer-Zähler des Vertragspartners
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MISS	Zeitpunkt der Erzeugung der Input-Datei.
<i>Kopfzeile Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR(158)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Hauptlaufsatzes
<i>Hauptlaufsatz</i>			
<u>VERTRAGSNUMMER</u>	NUMBER(7)		
<u>ARZT TEILNAHME ID</u>	NUMBER(15)		Muss bei Ersatzverfahren Arzt-Teilnahme-ID leer gelassen werden und wird in der Anwendung generiert.
ARZT_ID	NUMBER(7)		Leere ARZT_IDs werden bei Ersatzverfahren Arzt-Teilnahme-ID mit der LANR belegt.
LANR	NUMBER(7)		

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
ARZTGRUPPENSCHLUESSEL	NUMBER(2)		
BSNR	NUMBER(7)		Die letzte dem Vertragspartner bekannte BSNR des Arztes.
NAME	VARCHAR2(200)		
VORNAME	VARCHAR2(80)		
GESCHLECHT	CHAR(1)		w – weiblich m - männlich
TEILNAHMEBEGINN	DATE	DD.MM.YYYY	
TEILNAHMEENDE	DATE	DD.MM.YYYY	Bei offenem Ende Leer oder Default-Nulldatum 31.12.2999.
ENDEGRUND	NUMBER(3)		
TEILNAHMESTATUS	NUMBER(3)		1 - angefragt 2 - zugewiesen 3 - beendet
<i>Nachlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners.
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV1 bzw. EHZV1 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Inhalt ist der Liefer-Zähler des Vertragspartners
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Ist die Anzahl der gelieferten Teilnahmemeldungen.

Struktur der Rückmeldedatei HzV-Arztteilnahmen

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV1 bzw. EHZV1 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Inhalt ist der Liefer-Zähler, welcher durch den Vertragspartner übermittelt wurde.
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MIS S	Zeitpunkt der Erzeugung der Rückmeldedatei.
<i>Kopfzeile Tabellenüberschrift „Fehler zur Lieferung“</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR(49)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Fehler zur Lieferung“
<i>Fehler zur Lieferung</i>			
Liefer-Zaehler	NUMBER(6)		Zähler der aktuellsten

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
			Lieferung des Vertragspartners
<u>VP-Meldedatum</u>	DATE(15)	YYYYMMDD_HH24MIS S	
Rueckmeldungs-IDs	VARCHAR2(30)		Enthält kommasepariert alle Fehlerschlüssel, die zu der Lieferung vorliegen. Liegen keine Fehler zu der Lieferung vor, wird „Lieferung OK“ ausgegeben.
<i>Kopfzeile Tabellenüberschrift „Fehler zu den Teilnahmemeldungen“</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR(60)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Fehler zu den Teilnahmemeldungen“
<i>Fehler zu den Teilnahmemeldungen</i>			
Liefer-Zaehler	NUMBER(6)		Liefer-Zähler der aktuellsten Lieferung des Vertragspartners
Vertragsnummer	NUMBER(7)		Wird nicht ausgegeben, falls keine Fehler zu Teilnahmemeldungen vorliegen.
LANR	NUMBER(7)		Wird nicht ausgegeben, falls keine Fehler zu Teilnahmemeldungen vorliegen.
AGS	NUMBER(2)		Wird nicht ausgegeben, falls keine Fehler zu Teilnahmemeldungen vorliegen.
Teilnahmebeginn	DATE	DD.MM.YYYY	Wird nicht ausgegeben, falls keine Fehler zu Teilnahmemeldungen vorliegen
Rueckmeldungs-IDs	VARCHAR2(100)		Enthält kommasepariert alle Fehlerschlüssel, die zu den Teilnahmemeldungen vorliegen. Liegen keine Fehler zu den Teilnahmemeldungen vor und sind keine zu prüfenden Teilnahmemeldungen vorhanden, wird „Meldungen OK“ ausgegeben.
<i>Zeilentrenner für die fehlenden Teilnahmen (bei entsprechender Konfiguration)</i>			
Zeilentrenner	VARCHAR(26)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist „Folgende Teilnahmen fehlen“.
<i>Fehlende Teilnahmemeldungen (bei entsprechender Konfiguration)</i>			
Liefer-Zaehler	NUMBER(6)		Liefer-Zähler der aktuellsten Lieferung des Vertragspartners
Vertragsnummer	NUMBER(7)		
LANR	NUMBER(7)		LANR der nicht gemeldeten Arzt-Teilnahme des Vertragspartners
AGS	NUMBER(2)		Arztgruppenschlüssel der nicht gemeldeten Arzt-Teilnahme des Vertragspartners
Teilnahmebeginn	DATE	DD.MM.YYYY	Teilnahmebeginn der

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
			nicht gemeldeten Arzt-Teilnahme des Vertragspartners
Rueckmeldungs-IDs	VARCHAR2(100)		Wird nicht befüllt.
<i>Zeilentrenner für offene, zu prüfende Teilnahmen (bei entsprechender Konfiguration)</i>			
Zeilentrenner	VARCHAR(50)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist „Folgende Teilnahmen werden durch AOK geprüft“.
<i>Offene Teilnahmemeldungen (bei entsprechender Konfiguration)</i>			
Liefer-Zaehler	NUMBER(6)		Liefer-Zähler der aktuellsten Lieferung des Vertragspartners
Vertragsnummer	NUMBER(7)		
LANR	NUMBER(7)		
AGS	NUMBER(2)		
Teilnahmebeginn	DATE	DD.MM.YYYY	
Rueckmeldungs-IDs	VARCHAR2(100)		Enthält kommasepariert alle Schlüssel, die zu der zu prüfenden Teilnahmemeldung vorliegen.
<i>Zeilentrenner für beendete Teilnahmen (bei entsprechender Konfiguration)</i>			
Zeilentrenner	VARCHAR(50)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist „Folgende Teilnahmen wurden durch AOK beendet“.
<i>Beendete Teilnahmemeldungen (bei entsprechender Konfiguration)</i>			
Liefer-Zaehler	NUMBER(6)		Liefer-Zähler der aktuellsten Lieferung des Vertragspartners
Vertragsnummer	NUMBER(7)		
LANR	NUMBER(7)		
AGS	NUMBER(2)		
Teilnahmebeginn	DATE	DD.MM.YYYY	
Rueckmeldungs-IDs	VARCHAR2(100)		Enthält kommasepariert alle Schlüssel, die zu der Beendigung der Teilnahmemeldung geführt haben.
Beendet zum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum zu welchem die Arztteilnahme beendet wird. Wird in der Regel das folgende Quartalsendedatum sein.
<i>Nachlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV1 bzw. EHZV1 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Inhalt ist der Liefer-Zähler, welcher durch den Vertragspartner übermittelt wurde.
Anzahl der zurückgelieferten Datensätze	NUMBER(8)		Ist die Summe aus den zurückgelieferten Fehlereinträgen zur Lieferung und zu den Teilnahmen.

Rückmeldungen je Lieferung

ID	MELDUNG_TEXT	MELDUNG_TYP
1	Lieferung: LIEFER_ZAEHLER nicht vorhanden.	FEHLER
2	VP_MELDEDATUM nicht vorhanden.	FEHLER
3	LIEFER_ZAEHLER bereits vergeben oder es existiert eine Lieferung mit größerem Liefer-Zähler.	FEHLER
4	Kombination Vertragsnummer/Teilnahme-ID nicht eindeutig.	FEHLER
5	VERTRAGSNUMMER nicht vorhanden.	FEHLER
6	VERTRAGSNUMMER nicht zulässig.	FEHLER
33	Absender-IK nicht vorhanden.	FEHLER

Rückmeldungen je Arztteilnahmemeldung

ID	MELDUNG_TEXT
7	ARZT_TEILNAHME_ID nicht vorhanden.
8	ARZT_ID nicht vorhanden.
9	ARZTGRUPPENSCHLUESSEL nicht vorhanden.
10	BSNR nicht vorhanden.
11	TEILNAHMEBEGINN nicht vorhanden.
12	TEILNAHMEBEGINN wurde verschoben.
13	TEILNAHMEENDE nicht vorhanden.
14	LANR nicht vorhanden.
15	LANR wurde verändert.
16	Unzulässige LANR.
17	Unzulässiger KV-Bezirk.
18	Teilnahmeende kein Quartalsende.
19	Endgrund bei offener Teilnahme nicht zulässig.
20	Unzulässiger oder fehlender Endgrund.
21	Kein Eintrag in den ASD zu LANR, Arztgruppenschlüssel und Betriebsstätte vorhanden.
22	BSNR keine Hauptbetriebsstätte.
23	Teilnahmezeitraum kollidiert mit ASD.
24	Verlängerung nicht möglich.
25	Kein gültiger Arztgruppenschlüssel für diesen Vertrag.
26	Zur Stornierung existieren schon abhängige IV-Einschreibungen/Betreuungen.
27	HzV-Teilnahme zum gleichen Arzt mit überschneidendem oder identischem Zeitraum vorhanden.
28	IV-Teilnahme zum gleichen Arzt mit überschneidendem oder identischem Zeitraum vorhanden.
29	Teilnahmemeldung zum gleichen Arzt mit überschneidendem oder identischem Zeitraum in Lieferung enthalten.
30	Unzulässiger Teilnahmestatus.

ID	MELDUNG_TEXT
31	ARZT-ID wurde verändert.
32	Die Verwendung der LANR 9999998 ist nicht gestattet.
34	Vertrag für Absender-IK nicht bekannt.

5 Teilnehmergeverzeichnisse

5.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention. Die Bezeichnung der Dateien ist im Punkt 5.2 geregelt.

5.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

Es werden jeweils insgesamt drei Verzeichnisse von Versicherten erstellt:

(1) Verzeichnis der erfolgreichen Teilnahmen (TVZ)

Dieses Verzeichnis beinhaltet stets alle Einschreibezwischenräume von Versicherten in HzV, auch die bereits beendeten.

(2) Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmen (AVZ)

Hier werden die zum Stichtag neuen Ablehnungen übertragen.

(3) Verzeichnis der noch in Prüfung befindlichen Teilnahmen (PVZ)

Dieses Verzeichnis enthält alle am Stichtag zu prüfenden TEs, unabhängig davon, in welchem Quartal die TE eingegangen ist und erstmalig zu einer Prüfung führte. Ein und dieselbe TE kann also in mehreren aufeinanderfolgenden Quartalen im PVZ auftauchen.

Jedes dieser Verzeichnisse enthält neben der Teilnahmeerklärungs-ID (TE_ID) sowohl die Nummer des HzV-Vertrags der TE, die Kasse/Krankenversicherungsnummer der TE als auch die von der AOK ermittelte aktuelle Kasse/Krankenversicherungsnummer, ferner ggf. den Einschreibezwischenraum sowie ggf. einen Ablehnungs- bzw. Endgrund gemäß noch zu fixierender Schlüsselverzeichnisse.

5.3 TVZ: Teilnehmergeverzeichnis der eingeschriebenen Versicherten

Übermittelt werden alle „historischen“ Datensätze, die zum Erstellungszeitpunkt des Vertragspartner-TVZ vorliegen. Die Datei enthält also alle Einschreibungen (bzw. Betreuungen bei Betreuungspflicht), die im Quartal, für das das Vertragspartner-TVZ

erstellt wird, gültig sind. Dies sind Einschreibungen/Betreuungen, die aufgrund einer genehmigten TE für das Quartal angelegt wurden oder bereits in einem Vorquartal angelegt wurden und weiterhin gültig sind. Auch Einschreibungen/Betreuungen, die inzwischen beendet oder storniert sind, werden im Vertragspartner-TVZ mit einem entsprechenden Endedatum und Endegrund ausgegeben.

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV2 bzw. EHZV2 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Wird beginnend mit 1 hochgezählt
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24 MISS	Zeitpunkt der Erzeugung der Datei
<i>Kopfzeile Gültigkeit</i>			
Überschrift „TVZ gültig von“	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Kopfzeile Gültigkeit“
Gültigkeit TVZ	VARCHAR2(10)	Konstante Feldlänge	Gültigkeit TVZ von [tt.mm.jjjj] bis [tt.mm.jjjj], gefüllt mit erstem und letztem Tag des Quartals, auf das sich das TVZ bezieht.
<i>Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Versicherteneinschreibungen“
<i>Versicherteneinschreibungen</i>			
VERTRAG-NR	NUMBER(7)		Nummer des Vertrags nach §73b/c
TE-ID	NUMBER(15)		TeilnahmeerklärungsID Eindeutige ID pro gemeldeter Teilnahmeerklärung
Betreuungs-ID	NUMBER(15)		Eindeutige ID für jeden Betreuungszeitraum. Zu jeder Teilnahmeerklärung gehört die Einschreibung eines Versicherten, Diese kann über die Zeit durch mehrere Betreuungen abgedeckt werden. Die Betreuung durch den Pseudo-Arzt erhält ebenfalls eine eindeutige ID. ¹
gemeldete KV-Nummer	VARCHAR2(10)		gemeldete KV-Nummer
Identifikation	NUMBER(1)		Identifikation anhand KV-Nummer erfolgt: 0 = Nein

¹ Beispiel:

- Lieferung einer TE, sie wird im 1. Quartal im PVZ gemeldet:
TE-ID = 1
- Genehmigung der TE, sie wird im 2. Quartal im TVZ gemeldet:
TE-ID = 1, Betreuung-ID = 42, echter Arzt, von 01.01.09 bis offen
- Der Arzt beendet seine HzV-Teilnahme, die TE wird im 3. Quartal ebenfalls im TVZ gemeldet (mit 2 Einträgen):
TE-ID = 1, Betreuung-ID = 42, echter Arzt, von 01.01.09 bis 10.02.09
TE-ID = 1, Betreuung-ID = 43, Pseudo-Arzt, von 11.02.09 bis 31.03.09

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
			Mit der gemeldeten KV-Nummer konnte der Versicherte nicht identifiziert werden. Die Identifizierung des Versicherten erfolgte über Name, Vorname, Die aktuelle KV-Nummer wird im Feld „KV-Nummer aktuell (s.u.)“ übermittelt. 1 = Ja Der Versicherte wurde über die gemeldete KV-Nummer identifiziert
Kasse	NUMBER(9)		IK der AOK
KV Nummer-aktuell	VARCHAR2(10)		Aktuelle KV-Nummer, mit der der Versicherte identifiziert wurde. Das Feld ist immer gefüllt. Im Fall Identifikation = 1 ist das Feld identisch mit dem Feld „gemeldete KV-Nummer“
Vers_Nachname	VARCHAR2(30)		Nachname des Versicherten laut Versichertenbestand
Vers_Vorname	VARCHAR2(30)		Vorname des Versicherten laut Versichertenbestand
Geschlecht	CHAR(1)		m/w
LANR	NUMBER(7)		7stelliger Teil der LANR, d.h. ohne Arztgruppenschlüssel auf den letzten beiden Stellen
Gültig von	DATE	DD.MM.YYYY	Gültigkeitsbeginn der Zugehörigkeit des Versicherten zur LANR
Gültig bis	DATE	DD.MM.YYYY	Gültigkeitsende der Zugehörigkeit des Versicherten zur LANR Ist gleich Gültig-Von – 1 wenn die Zugehörigkeit des Versicherten zur LANR (Betreuung) storniert wurde.
Endegrund	NUMBER(7)		
<i>Nachlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV2 bzw. EHZV2 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	s.o.
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Anzahl der gelieferten Datensätze

5.4 PVZ: Verzeichnis der sich in Prüfung befindlichen Teilnahmeerklärungen

Dieses Verzeichnis enthält alle Teilnahmeerklärungen, die sich zum Zeitpunkt der Erstellung des Vertragspartner-TVZ für ein Quartal Q in Prüfung befinden. Dies können sein

- TEs, deren Zielquartal (Q+1) ist.
- TEs, die schon bei der Prüfung der Teilnahmeerklärung durch das Regelwerk auffällig geworden sind oder durch einen Sachbearbeiter auf „zu prüfen (P)“ gesetzt wurden.

- TEs, die bei der Prüfung der Teilnahmeerklärung durch das Regelwerk oder durch den Sachbearbeiter als „vorläufig positiv (V)“ markiert wurden, aber vor der erstmaligen Aufnahme in das TVZ auffällig geworden sind und durch den Sachbearbeiter erneut zu prüfen sind.

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF“ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV3 bzw. EHZV3 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Wird beginnend mit 1 hochgezählt
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MI SS	Zeitpunkt der Erzeugung der Datei
<i>Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Zu prüfende TEs“
<i>Zu prüfende TEs</i>			
VERTRAG-NR	NUMBER(7)		Name des HzV-Vertrags
TE-ID	NUMBER(12)		TeilnahmeerklärungID Eindeutige ID pro gemeldeter Teilnahmeerklärung
gemeldete KV-Nummer	VARCHAR2(10)		gemeldete KV-Nummer
Identifikation	NUMBER(1)		Identifikation anhand KV-Nummer erfolgt: 0 = Nein Mit der gemeldeten KV-Nummer konnte der Versicherte nicht identifiziert werden. Die Identifizierung des Versicherten erfolgte über Name, Vorname, Die aktuelle KV-Nummer wird im Feld „KV-Nummer aktuell (s.u.)“ übermittelt. 1 = Ja Der Versicherte wurde über die gemeldete KV-Nummer identifiziert
Kasse	NUMBER(9)		IK der AOK
KV Nummer-aktuell	VARCHAR2(10)		Aktuelle KV-Nummer, mit der der Versicherte identifiziert wurde. Das Feld ist immer gefüllt. Im Fall Identifikation = 1 ist das Feld identisch mit dem Feld „gemeldete KV-Nummer“
Vers_Nachname	VARCHAR2(30)		Nachname des Versicherten laut Versichertenbestand
Vers_Vorname	VARCHAR2(30)		Vorname des Versicherten laut Versichertenbestand
Vers_Geburtsdatum	DATE	DD.MM.YYYY	Geburtsdatum des Versicherten laut Versichertenbestand
Geschlecht	CHAR(1)		m/w
LANR	NUMBER(7)		
Beleglesedatum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum der Verarbeitung des Beleges im Belegleser
<i>Nachlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV3 bzw. EHZV3 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	s.o.
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Anzahl der gelieferten Datensätze

5.5 AVZ: Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmeerklärungen

Dieses Verzeichnis enthält die endgültig abgelehnten Teilnahmeerklärungen (Status „endgültig abgelehnt (Z)“), die nie in das Vertragspartner-TVZ gekommen sind und auch niemals dort hineinkommen werden.

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV4 bzw. EHZV4 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Wird beginnend mit 1 hochgezählt
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MI SS	Zeitpunkt der Erzeugung der Datei
<i>Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „abgelehnte TEs
<i>Abgelehnte TEs</i>			
VERTRAG-NR	NUMBER(7)		Nummer des HzV-Vertrags
TE-ID	NUMBER(12)		TeilnahmeerklärungsID Eindeutige ID pro gemeldeter Teilnahmeerklärung
gemeldete KV-Nummer	VARCHAR2(10)		gemeldete KV-Nummer
Identifikation	NUMBER(1)		Identifikation anhand KV-Nummer erfolgt: 0 = Nein Mit der gemeldeten KV-Nummer konnte der Versicherte nicht identifiziert werden. Die Identifizierung des Versicherten erfolgte über Name, Vorname, Geburtsdatum. Die aktuelle KV-Nummer wird im Feld „KV-Nummer aktuell (s.u.)“ übermittelt. 1 = Ja Der Versicherte wurde über die gemeldete KV-Nummer identifiziert
Kasse	NUMBER(9)		IK der AOK
KV Nummer-aktuell	VARCHAR2(9)		Aktuelle KV-Nummer, mit der der Versicherte identifiziert wurde. Das Feld ist nur dann gefüllt, wenn

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
			der Versicherte erfolgreich identifiziert wurde, also der Ablehnungsgrund ungleich 101 ist. Im Fall Identifikation = 1 ist das Feld identisch mit dem Feld „gemeldete KV-Nummer“
Vers_Nachname	VARCHAR2(30)		Nachname des Versicherten laut Versichertenbestand. Falls der Versicherte nicht identifiziert werden konnte (Ablehnungsgrund 101) oder sein Nachname aus dem Bestand nicht ermittelt werden konnte, wird der mit der TE gemeldete Nachname verwendet.
Vers_Vorname	VARCHAR2(30)		Vorname des Versicherten (wird analog zum Nachnamen ermittelt)
Vers_Geburtsdatum	DATE	DD.MM.YYYY	Geburtsdatum des Versicherten (wird analog zum Nachnamen ermittelt)
Geschlecht	CHAR(1)		Geschlecht (m/w) des Versicherten laut Versichertenbestand. Falls der Versicherte nicht identifiziert werden konnte (Ablehnungsgrund 101) oder sein Geschlecht aus dem Bestand nicht ermittelt werden konnte, bleibt dieses Feld leer.
LANR	NUMBER(7)		LANR des identifizierten Arztes. Konnte der Arzt nicht identifiziert werden (Ablehnungsgrund 102), so wird die auf der TE gemeldete LANR verwendet.
Beleglesedatum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum der Verarbeitung des Beleges im Belegleser
Ablehnungsdatum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum der Ablehnung (=Datum der Erstellung dieses AVZs)
Ablehnungsgrund	NUMBER(7)		Primärer Ablehnungsgrund (Priorisierung maschinell ablehnend > Sachbearbeiterprüfung, bei mehreren Sachbearbeitergründen Auswahl durch Sachbearbeiter)
<i>Nachlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV4 bzw. EHZV4 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	s.o.
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Anzahl der gelieferten Datensätze

Ablehnungsgründe TE

Kürzel	Bezeichnung	Text
TE001	Versicherter nicht identifizierbar	Der Versicherte konnte anhand der KVNR nicht ermittelt werden.
TE002	Arzt nicht identifizierbar	Der Arzt konnte nicht ermittelt werden bzw. ist kein HzV-Arzt.
TE003	Versicherter verstorben	Der Versicherte ist verstorben.
TE004	Teilnahme an Hausarztprogramm	Der Versicherte nimmt an einem anderen Hausarztprogramm teil.
TE005	Auftragsfall	Es handelt sich um einen Auftragsfall.

TE007	Kein versicherungsrechtlicher Anspruch	Der Versicherte hat am ersten Tag der Einschreibung keinen versicherungsrechtlichen Anspruch,
TE008	Doppelte Teilnahmeerklärung	Zum Versicherten liegt eine weitere Teilnahmeerklärung zum aktuellen Quartal vor.
TE009	Fehlende Unterschrift des Arztes	Auf der Teilnahmeerklärung fehlt die Unterschrift des Arztes.
TE010	Fehlende Unterschrift des Versicherten	Auf der Teilnahmeerklärung fehlt die Unterschrift des Versicherten.
TE011	Keine Teilnahme des Arztes	Der Arzt nimmt zwar an der HzV teil, aber nicht für das aktuelle Quartal.
TE012	Beitragsschuldner	Der Versicherte ist Beitragsschuldner.
TE013	Vormund	Der Versicherte hat einen Vormund.
TE014	Fehlverhalten	Der Versicherte wurde bereits wegen Fehlverhaltens von einer HzV-Teilnahme ausgeschlossen.
TE015	Versicherter bei anderem Arzt eingeschrieben	Der Versicherte ist bereits bei einem anderen Arzt in der HzV eingeschrieben.
TE016	Versicherter bei demselben Arzt eingeschrieben	Der Versicherte ist bereits bei demselben Arzt in der HzV eingeschrieben.
TE017	Auffälliger BESO	Der Versicherte hat mindestens einen auffälligen BESO (gemäß HZV_S_BESOS_SONST).
TE018	Keine HzV-Teilnahme	Für den Versicherten gibt es keine gültige HzV-Teilnahmeerklärung
TE019	Versicherter bereits eingeschrieben	Der Versicherte ist bereits in denselben Vertrag eingeschrieben
TE020 a	Versicherter wohnt im Ausland	Der Wohnort des Versicherten liegt im Ausland
TE020 e	Wohnort des Versicherten ist nicht ermittelbar	Der Wohnort des Versicherten konnte nicht ermittelt werden
TE020 f	Der Versicherte wohnt nicht im Vertragsgebiet.	Der Wohnort des Versicherten befindet sich außerhalb des Vertragsgebiets
TE022 2	Handlungsfähigkeit	Der Versicherte war am Tag der Belegung noch nicht handlungsfähig (15.Lebensjahr noch nicht vollendet)

6 Abrechnungsinhalt

Inhalt der Abrechnung sind alle Felder entsprechend des § 295 Abs. 1 SGB V.
Insbesondere:

IK des Absenders

IK der Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer

Vertragskennzeichen

Rechnungsnummer

Rechnungsdatum

Abrechnungszeitraum von

Abrechnungszeitraum bis

Arztnummer des behandelnden Arztes

Betriebsstättennummer

Art der Inanspruchnahme

Diagnoseschlüssel

Lokalisation

Diagnosesicherheit

Tag der Behandlung

Gebührenordnungsposition

7 Abrechnungsdateien

7.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention. Die Bezeichnung der Dateien ist im Punkt 7.2 geregelt.

Ist der Inhalt der Dateien für das Medium der Übertragung zu groß, so sind die Dateien zu splitten und erhalten eine fortlaufende Nummer hinter dem Dateinamen.

Als Dateiendung ist „txt“ zu verwenden.

7.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

ANCLIE

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	AN	M	Erstellungsdatum der Datei
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei
Verarbeitungsdatum	13	8	N	M	
Datenaustauschreferenz	21	14	N	M	Dateinummer
Anwendungsreferenz	35	14	AN	M	Dateiname
IK-Absender	49	9	N	M	Direktabrechner oder Abrechnungsstelle
IK-Erfänger (UNB)	58	9	N	M	abrechnende Kasse

ANCEFN

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Schlüssel/ Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	N	M	Erstellungsdatum der Datei (UNB)
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei (UNB)
Datenaustauschreferenz	14	14	N	M	Dateinummer (UNB)
Anwendungsreferenz	27	14	AN	M	Dateiname (UNB)
EFN-ID	41	6	N	M	Eindeutige EFN-ID pro Lieferung
Nachrichtentyp	47	4	AN	M	Nachrichtentyp (FKT) z.B. DIAE, DIZE
Verarbeitungskennzeichen	51	2	N	M	Schlüssel 1 (FKT)
IK-Absender	53	9	AN	M	Leistungserbringer (FKT)
IK-Empfänger	62	9	AN	M	abrechnende Kasse (FKT)
Währungskennzeichen	71	3	AN	M	EUR
ICD-Version	74	6	AN	K	Versionskennung des Diagnoseschlüssels (DPV)
Rechnungsnummer	80	20	AN	M	Rechnungsnummer (RDA)
Rechnungsdatum	100	8	AN	M	Rechnungsdatum (RDA)
Rechnungsart	108	2	AN	M	Rechnungsart (RDA)
Tag des Zugangs	110	8	AN	M	Tag des Zugangs (RDA)
Gesamtbruttobetrag	118	10	N2	M	Gesamtbruttobetrag (inkl. Minderungsbeträge) (RDA)
Gesamtbetrag aller geleisteten Minderungen	128	10	N2	M	Gesamtbetrag aller geleisteten Minderungen (RDA)
Gesamtrechnungsbetrag	138	10	N2	M	Gesamtrechnungsbetrag (RDA)
Debitoren-Kontonummer Leistungserbringer	148	9	AN	K	Debitoren-Kontonummer Leistungserbringer (RDA)
Referenznummer Leistungserbringer	157	20	AN	K	Referenznummer Leistungserbringer (RDA)
IK Leistungserbringer für Zahlungsweg	177	9	AN	K	wenn abweichend von FKT (RDA)
KV-Nummer	186	12	AN	K	Krankenversicherten-Nr. (INV)
Versichertenstatus	198	5	AN	K	Schlüssel 2, „99999“ bei Auslandsversicherten (INV)
Gültigkeit Versichertenkarte	203	4	AN	K	bis Datum (JJMM) (INV)
internes Kennzeichen	207	15	AN	M	internes Kennzeichen des Versicherten (INV)

Vertragskennzeichen	222	25	AN	K	Vertragskennzeichen (INV)
Titel	247	17	AN	K	Titel des Versicherten (NAD)
Name	264	47	AN	M	Name des Versicherten (NAD)
Vorname	311	30	AN	M	Vorname des Versicherten (NAD)
Geschlecht	341	1	AN	M	Schlüssel 3 (NAD)
Geburtsdatum	342	8	AN	K	JJJJMMTT (NAD)
Straße	350	30	AN	K	Straße des Versicherten (NAD)
PLZ	380	7	AN	K	PLZ des Versicherten (NAD)
Ort	387	25	AN	K	Ort des Versicherten (NAD)
Länderkennzeichen	412	3	AN	M	Schlüssel 4, LKZ des Versicherten (NAD)
Nachrichtenreferenznr.	415	6	AN	M	UNH-Segment - Nachrichtenversion

ANCRZD

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Schlüssel/ Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	N	M	Erstellungsdatum der Datei (UNB)
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei (UNB)
Datenaustauschreferenz	13	14	N	M	Dateinummer (UNB)
Anwendungsreferenz	27	14	AN	M	Dateiname (UNB)
EFN-ID	41	6	N	M	Eindeutige EFN-ID pro Lieferung
RZD-ID	47	6	N	M	Eindeutige RZD-ID pro Einzelfallnachweis
Abrechnungszeitraum von	53	8	AN	M	JJJJMMTT
Abrechnungszeitraum bis	61	8	AN	M	JJJJMMTT
Leistungserbringergruppe	69	2	AN	M	Schlüssel 9
Fachabteilung	71	4	AN	M	Schlüssel 10
Zusatzkennzeichen FAB	75	2	AN	M	Zusatzkennzeichen FAB
KNZ_Abrechnungsbereich	77	2	AN	M	Kennzeichen des Abrechnungsbereiches
Arztnummer behandelnder Arzt / Zahnarzt	79	9	AN	K	Sofern vorhanden und vertraglich vereinbart ist die 7- oder 9-stellige Arztnummer einzutragen
Betriebsstättennummer	88	9	AN	K	Sofern vorhanden und vertraglich vereinbart ist die Betriebsstättennummer anzugeben
Art der Inanspruchnahme	97	2	AN	M	Schlüssel 11

KNZ_Genehmigung	99	70	AN	M	Genehmigungskennzeichen bei genehmigungspflichtigen Leistungen
KNZ_Unfall	169	2	AN	K	Schlüssel 12
Arztnummer überweisender Arzt	171	9	AN	K	KV-Nummer des Arztes
Betriebsstättennummer überweisender Arzt/Zahnarzt	180	9	AN	K	Sofern vorhanden und vertraglich vereinbart ist die Betriebsstättennummer anzugeben
Überweisungsdiagnose	189	9	AN	K	ICD-Schlüssel
Ü-Lokalisation	198	1	AN	K	Schlüssel 13
Ü-Sicherheit	199	1	AN	K	Schlüssel 14
Sekundärdiagnose	200	9	AN	K	ICD-Schlüssel
S-Lokalisation	209	1	AN	K	Schlüssel 13
S-Sicherheit	210	1	AN	K	Schlüssel 14

ANCBDG

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Schlüssel/ Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	N	M	Erstellungsdatum der Datei (UNB)
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei (UNB)
Datenaustauschreferenz	13	14	N	M	Dateinummer (UNB)
Anwendungsreferenz	27	14	AN	M	Dateiname (UNB)
EFN-ID	41	6	N	M	Eindeutige EFN-ID pro Lieferung
BDG-ID	47	6	N	M	Eindeutige BDG-ID pro Einzelfallnachweis
Diagnose	53	9	AN	M	ICD-Schlüssel
Ü-Lokalisation	62	1	AN	K	Schlüssel 13
Ü-Sicherheit	63	1	AN	K	Schlüssel 14
Sekundärdiagnose	64	9	AN	K	ICD-Schlüssel
S-Lokalisation	73	1	AN	K	Schlüssel 13
S-Sicherheit	74	1	AN	K	Schlüssel 14

ANCMND

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Schlüssel/ Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	N	M	Erstellungsdatum der Datei (UNB)
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei (UNB)
Datenaustauschreferenz	13	14	N	M	Dateinummer (UNB)
Anwendungsreferenz	27	14	AN	M	Dateiname (UNB)
EFN-ID	41	6	N	M	Eindeutige EFN-ID pro Lieferung

MND-ID	47	6	N	M	Eindeutige MND-ID pro Einzelfallnachweis
Minderungsart	53	2	AN	K	Schlüssel 7
Minderungsbetrag	55	6	N2	K	9999,99
Zuzahlungskennzeichen	61	2	AN	K	Schlüssel 8
Datum der Zuzahlung	63	8	AN	K	JJJJMMTT

ANCEND

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Schlüssel/
					Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	N	M	Erstellungsdatum der Datei (UNB)
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei (UNB)
Datenaustauschreferenz	13	14	N	M	Dateinummer (UNB)
Anwendungsreferenz	27	14	AN	M	Dateiname (UNB)
EFN-ID	41	6	N	M	Eindeutige EFN-ID pro Lieferung
END-ID	47	6	N	M	Eindeutige END-ID pro Einzelfallnachweis
Entgeltklasse	53	2	AN	M	Schlüssel 17
Entgeltnummer	55	12	AN	M	es ist die jeweilige Nummer zur entsprechenden Entgeltklasse zu übermitteln, z. B. Gebührenordnungsnummer entsprechend EBM, Bema, vertragsindividuell usw. Bei einer Pauschale ohne Pseudo-Ziffer ist 00000 zu übermitteln
Zusatzkennzeichen EBM	67	3	AN	K	Schlüssel 18
Punktzahl	70	6	N1	K	99999,9
Punktwert	76	8	N6	K	99,999999
Entgeltbetrag	84	10	N2	M	99999999,99 (Einzelbetrag)
Entgeltanzahl	94	3	N	M	
Tag der Behandlung	97	8	AN	M	JJJJMMTT
OPS-Version	105	6	AN	K	Versionskennung des Prozedurenschlüssels

ANCLEI

Element-Bezeichnung	Pos.	Länge	Format	Kann/ Muss-Feld	Schlüssel/
					Beschreibung
Erstellungsdatum	1	8	N	M	Erstellungsdatum der Datei (UNB)
Erstellungsuhrzeit	9	4	N	M	Erstellungsuhrzeit der Datei (UNB)
Datenaustauschreferenz	13	14	N	M	Dateinummer (UNB)

Anwendungsreferenz	27	14	AN	M	Dateiname (UNB)
EFN-ID	41	6	N	M	Eindeutige EFN-ID pro Lieferung
END-ID	47	6	N	M	Eindeutige END-ID pro Einzelfallnachweis
LEI-ID	53	6	N	M	Eindeutige LEI-ID pro Entgelt
Leistungsart	59	2	AN	K	Schlüssel 17
Prozedurenschlüssel	61	11	AN	K	Amtlicher OP-Schlüssel
Lokalisation	72	1	AN	K	Schlüssel 13
Erbrachte Leistung	73	5	AN	K	es ist die jeweilige Nummer zur entsprechenden Leistungsart zu übermitteln, z.B. Gebührenordnungsnummer entsprechend EBM, Bema usw.
Zusatzkennzeichen EBM	78	3	AN	K	Schlüssel 18
Tag der Behandlung	81	8	AN	M	JJJJMMTT

8 Datenübermittlung zur Vergütung der AZM-Leistungspauschale

8.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention. Die Bezeichnung der Dateien ist im Punkt 8.2 geregelt.

Ist der Inhalt der Dateien für das Medium der Übertragung zu groß, so sind die Dateien zu splitten und erhalten eine fortlaufende Nummer hinter dem Dateinamen.

Als Dateiendung ist „xml“ zu verwenden.

8.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

Dateikopf

document_type_cd	DN="Arzneimittelpauschale"
gueltigkeitszeitraum	Gültigkeitszeitraum der Datei
erstellungsdatum	Erstellungsdatum
version	Version

Lieferant

lieferant	Lieferant
lieferant_name	Name Lieferant
adresse	Adresse Lieferant
str	Straße
plz	Postleitzahl
ort	Ort
mitarbeiter	verantwortlicher Mitarbeiter bei Rückfragen
telefon	
absend_ik	Absender-IK der Kasse

Fall

ik_der_kasse	IK der Kasse für den Fall
vers_nr	Versicherten-Nr.
geburtsdatum	"jjjj-mm-tt"
behandlungstag	Behandlungstag (fiktiv)
pauschale	GOP (vereinbarte Pauschale)
lanr	lebenslange Arztnummer
bsnr	Betriebsstättennummer

9 Datenübermittlung zur Verifizierung der AZM-Leistungspauschale

Die Datensätze werden mit dem Datensatz zur Vergütung der Arzneimittel-leistungspauschale geliefert und enthalten:

- (1) LANR
- (2) DDD im jeweiligen Indikationsbereich nach Anlage 9 Punkt 2.2.3 (differenziert nach Präferenz- und Nichtpräferenz-Wirkstoffen) und Gesamtquote über alle Indikationsbereiche
- (3) DDD nach Generikakennung (ohne Spezialpräparate gemäß WIdO) und Gesamtquote nach Anlage 9 Punkt 2.2.2
- (4) Ist-Wert Arzneimittelvolumen in DDD des aktuellen Quartals und der 3 Vorquartale

- (5) „Jahresmittelwert“ des verordneten Arzneimittelvolumens nach Anlage 9 Punkt 2.4.2
- (6) Geglätteter „Ist-Wert“ des verordneten Arzneimittelvolumens in DDD nach Anlage 9 Punkt 2.4.2
- (7) Steigerungsfaktor Geglätteter „Ist-Wert“ versus „Jahresmittelwert“ nach Anlage 9 Punkt 2.4.2

10 Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung

10.1 Fehlerverfahren

Die nachfolgend aufgeführten Prüfungen werden in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Datensätze im Sinne eines Fehlererkennungsverfahrens durchgeführt. Die Prüfung der eingehenden Daten erfolgt in drei Abstufungen, aus denen sich der Grad der Fehler und die darauf folgende Reaktion ableitet.

Stufe 1	Die Stufe 1 umfasst die technischen und logistischen Prüfungen, z. B. die Feststellung der Lesbarkeit des Datenträgers allgemein und die Prüfung auf zulässige Kommunikationspartner usw.
Stufe 2	Die Stufe 2 beinhaltet die Prüfung gegen den Dateiaufbau. Der Dateiaufbau muss jeweils bei Änderungen in dieser Technischen Anlage entsprechend angepasst werden.
Stufe 3	In Stufe 3 werden mögliche formalen Prüfungen durchgeführt, z. B. Prüfungen gegen Stammdateien.

Die Stufen 1 - 3 stellen maschinelle Prüfungen dar, die auch ohne direkte Sachbearbeitung durchführbar sind, also eine maschinelle Reaktion möglich machen. Diese Stufen laufen grundsätzlich gleichartig bei allen Datenannahmestellen ab. Systematische Fehler führen grundsätzlich zur Abweisung der gesamten Datenlieferung.

10.2 Fehlerbehandlung

- (1) Grundsätzlich erfolgt der Austausch fehlerhafter Daten durch den Austausch der gesamten Datei. Im Falle der Zurückweisung darf der Datenträger nicht gelöscht werden, damit die Fehlerursache beim Absender festgestellt werden kann.
- (2) Zur eindeutigen Fehleridentifizierung teilt der Empfänger dem Absender die Information über das/die fehlerhafte/n Element/e mit.