

Technische Anlage ASV (Vertragsärztliche Abrechnung)

Anlage 2a zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV)

Stand der Technischen Anlage:	17.03.2014
Anzuwenden ab:	01.04.2014
Version:	0.1

Inhalt

1	Allgemeines	3
2	Durchführung der Datenübermittlung	5
2.1	<i>Grundsätze</i>	5
2.2	<i>Verschlüsselung</i>	6
2.3	<i>KKS-Auftragssatz</i>	7
2.4	<i>Übermittlungsarten</i>	7
2.5	<i>Dateiname und Übermittlungskontrolle</i>	8
2.5.1	<i>Dateiname</i>	8
2.5.2	<i>Übermittlungskontrolle</i>	8
2.6	<i>Institutionskennzeichen</i>	9
2.7	<i>Datenannahmestellen der Krankenkassen und Entschlüsselungsbefugte Stellen</i>	9
3	Testverfahren	10
4	Aufbau und Inhalt der Dateien	11
4.1	<i>Erläuterung der Datensatzbeschreibungen</i>	11
4.2	<i>Nachrichtenstruktur / Segmente</i>	12
4.3	<i>Nachrichtenaufbaudiagramm ASV-Abrechnung</i>	13
4.4	<i>Datensatzbeschreibung für Service-Sätze</i>	14
4.5	<i>Datensatzbeschreibung ASV-Abrechnung</i>	17
4.6	<i>Datensatzbeschreibung ASV-Fehlernachricht</i>	19
5	Fehlerverfahren	22
5.1	<i>Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur</i>	22
5.2	<i>Stufe 2: Prüfung der Syntax</i>	22
5.3	<i>Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte</i>	23
5.4	<i>Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen</i>	23
6	Verfahren nach Feststellung von Fehlern	24
6.1	<i>Fehlerfeststellung durch Rechnungssteller</i>	24
6.2	<i>Fehlerfeststellung durch Rechnungsempfänger</i>	24
7	Schlüsselverzeichnisse	25
7.1	<i>Fehlercodes</i>	25
8	Offene Punkte	26

1 Allgemeines

Die noch offenen Punkte zu Details der technischen Umsetzung dieser Technischen Anlage sind bis zum 30.04.2014 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband zu regeln.

Diese Technische Anlage regelt organisatorische und technische Sachverhalte zur elektronischen Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V.

Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe eines Abrechnungsfalles, ohne dass dies dem Vertragsarzt bei der Behandlung bekannt ist, so hat die Krankenkasse die Vergütung für die bis zum Zeitpunkt der Unterrichtung des Vertragsarztes erbrachten Leistungen zu entrichten. Dasselbe gilt für den Fall des Kassenwechsels, solange der Versicherte dem Vertragsarzt die elektronische Gesundheitskarte bzw. den Anspruchsnachweis der neuen Krankenkasse nicht vorgelegt hat. Legt der Versicherte noch während des laufenden Kalendervierteljahres die neue elektronische Gesundheitskarte bzw. den neuen Anspruchsnachweis vor, gilt dieser rückwirkend zum Tage des Kassenwechsels; bereits bis dahin ausgestellte Verordnungen oder Überweisungen des Vertragsarztes bleiben davon unberührt.

Die Pflege der Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte durch den GKV-Spitzenverband. Die Technische Anlage wird in Ihrer aktuellen Fassung durch den GKV-Spitzenverband im Internet veröffentlicht unter www.gkv-datenaustausch.de.

Für das Verfahren ist der Zeichencode ISO 8859-15 festgelegt. Es sind nur die darstellbaren Zeichen zu verwenden.

Sofern im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt wird oder Einschränkungen vorgenommen werden, gelten die Standards und Normen zum Datenaustausch mit der gesetzlichen Krankenversicherung in den jeweils aktuellen Versionen. Diese sind:

- Für Kassenärztliche Vereinigungen die in den Abschnitten 1 bis 3 sowie 8 bis 10 enthalten Ausführungen zu Standards und Normen zum Datenaustausch mit der gesetzlichen Krankenversicherung der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern, vereinbart zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Version 1.15 mit Stand 26.09.2007). Als abschließlicher Transportweg ist die Datenfernübertragung (DFÜ) vorgesehen.
- Für Direktabrechner und andere Stellen die mit der ASV-Leistungsabrechnung nach § 116 b SGB V beauftragt wurden sollen als Grundlage verwendet werden:
 - "Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen"
 - "Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen"
 - "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E-Mail)"
 - "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Dateien mittels File-Transfer-Protocol (FTP)" (beinhaltet SFTP)

Anpassungen zu Spezifikationen zur technischen Konkretisierung werden zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband vereinbart.

2 Durchführung der Datenübermittlung

2.1 Grundsätze

Um eine ASV-Rechnung zu stellen, werden Daten in dem nachfolgend beschriebenen Format und unter Einhaltung der beschriebenen Rahmenvorgaben von der abrechnenden Stelle (Direktabrechner, KV oder andere beauftragte Stelle) an die Datenannahmestellen der Krankenkassen gemäß der Regelungen der ASV-AV übermittelt.

Erfolgreiche Datenannahmen werden seitens der Datenannahmestelle quittiert.

Im Rahmen der Datenannahme wird in einem mehrstufigen Verfahren Form und Inhalt der Datenlieferung geprüft und auffällige Fehler im Rahmen des festgelegten Fehlerverfahrens behoben.

Hierbei wird zwischen formalen Fehlern und inhaltlichen Beanstandungen unterschieden. Datenübermittlungen (und damit ASV-Rechnungen) mit formalen Fehlern werden anhand der vereinbarten Fehlermeldung ("ASVFEH") automatisiert an die abrechnende Stelle zurückgemeldet (oder falls die Datei korrupt oder nicht lesbar ist, erfolgt eine Rückmeldung per Telefon/E-Mail). Solche Rechnungen werden zurückgewiesen und gelten als nicht gestellt. Erneute Datenlieferungen für nicht angenommene Datenlieferungen sind jederzeit möglich.

Regelungen zum Fehlerverfahren bei Rechnungen mit inhaltlichen Beanstandungen werden zwischen den Vertragsparteien gemäß der Anforderungen nach Vorliegen der automatisierbaren Prüfungsalgorithmen vereinbart.

Bei jeder Übermittlung werden eine Auftragsdatei gemäß KKS Auftragsdatensatz und eine dazugehörige Nutzdatendatei übertragen. Eine Nutzdatendatei enthält beliebig viele, mindestens jedoch eine ASV-Nachricht (Nachrichtentypen Abrechnung "ASVREC" oder Fehlernachricht "ASVFEH").

2.2 Verschlüsselung

Für die Verschlüsselung wird das Verschlüsselungsverfahren PKCS#7, wie in der aktuellen Fassung der "Security Schnittstelle für das Gesundheits- und Sozialwesen" beschrieben, angewendet.

Folgende Parameter sind dabei vorzusehen:

Datenformate

PKCS#7 (für verschlüsselte Nachrichten und für die Zertifizierungsantworten; gemäß Comon ISIS-MailTrust Specifications für Interoperable OKI Applications; ISIS-MTT Specification; Part3: Message Formats)

Session Key

Als Session-Key ist tripleDES (X9.17) vorzusehen.

Interchange Key

Als Interchange Key ist RSA mit den unten beschriebenen Parametern einzusetzen.

Hashfunktion/Signaturalgorithmus

Die Hashfunktion wird im DTA grundsätzlich zum Signieren von Zertifikaten und Daten verwendet.

Als Hashfunktion ist SHA-256 (256Bit) vorzusehen. Gültig ab 01.05.2014.

RSA-Schlüssellänge

Die RSA-Schlüssellänge beträgt:
Teilnehmer - 2048 bit (Standard)

Öffentlicher Exponent des RSA-Algorithmus

Als RSA-Exponent soll die Fermat -4 Zahl ($2^{16}+1$) gewählt werden (siehe X.509)

2.3 KKS–Auftragssatz

Es wird verwiesen auf die "Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV–Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung" Version 1.15, Abschnitt 9.5.

Im Feld VERFAHREN_KENNUNG ist "ASV" zu übertragen.

Im Feld ABSENDER_EIGNER ist ein IK zu übertragen.

2.4 Übermittlungsarten

Die Datenübermittlung erfolgt ausschließlich per Datenfernübertragung (DFÜ). Als Übermittlungsart ist E–Mail oder SFTP zu verwenden. Als Grundlage für das E–Mail–Verfahren kann die "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E–Mail)" verwendet werden. Details sind bilateral zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren.

Für SFTP wird verwiesen auf die "Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV–Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung" Version 1.15, Abschnitt 3.2.1. Details sind bilateral zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren.

Die Übermittlungsart ist mit dem Empfänger abzustimmen.

2.5 Dateiname und Übermittlungskontrolle

2.5.1 Dateiname

Der physikalische Dateiname wird in der Auftragsdatei angegeben.

Stelle 1–5:

"EASV0" für Echtdaten DTA ASV

"TASV0" für Testdaten DTA ASV

Stelle 6 – 11:

Dateikennzeichnung

Die Dateikennzeichnung muss für Sender und Empfänger eindeutig sein.

Beispiel: EASV0123456

Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem vorstehend beschriebenen Transferdateinamen mit dem Zusatz '.AUF'.

2.5.2 Übermittlungskontrolle

Um eine fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien zwischen Absender und Empfänger sicherzustellen wird entweder im Dateinamen oder mittels eines separaten Zählers (in beiden Fällen im Feld UNB 0020 auszuweisen) eine eindeutige fortlaufende Kennzeichnung festgelegt, die es sowohl dem Absender als auch dem Empfänger erlaubt die fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien zu prüfen.

Für ein Absender–Empfänger–Paar ist die Dateinummer fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf ist mit „000001“ (999999+1 = 000001) neu aufzusetzen.

2.6 Institutionskennzeichen

Voraussetzung für die datenübermittelnde Stelle und für den Zahlungsempfänger ist der Besitz eines Institutionskennzeichens (IK). Dieses kann bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen der DGUV (ARGE IK) beantragt werden. Das jeweils gültige IK ist den Kostenträgern mitzuteilen bzw. dieser Vereinbarung zu entnehmen (siehe 2.7) .

2.7 Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungs- befugte Stellen

Die Kostenträger haben jeweils zentrale Datenannahme- und -verteilstellen eingerichtet, welche in den folgenden Übersichten aufgeführt sind.

Es wird verwiesen auf die "Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung" Version 1.15, Abschnitt 6.2.3.

3 Testverfahren

Bevor der produktive Datenaustausch mit den Gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Datenannahme- und Verteilstellen beginnt, kann ein Testverfahren zwischen den Teilnehmern vereinbart werden.

Ein solcher Test kann bei jeder am Testverfahren teilnehmenden Datenannahmestelle nach vorheriger Abstimmung erfolgen. Inhalte und Umfang des Tests sind ebenfalls zwischen den Beteiligten bilateral zu vereinbaren.

Testdateien müssen gemäß Abschnitt 2.5.1 "Dateiname" als solche gekennzeichnet sein.

4 Aufbau und Inhalt der Dateien

4.1 Erläuterung der Datensatzbeschreibungen

Anzahl Stellen (Anz. Stell.):

Wenn eine Zahl angegeben wird (z. B. 5), dann handelt es sich um eine fixe Stellenanzahl für das Datenfeld. Sofern eine Zahl nach zwei vorangestellten Punkten angegeben wird (z. B. ..35), handelt es sich um die höchstmögliche Stellenbelegung für das Datenfeld.

Anzahl Dezimalstellen (davon Dez.-stel.):

Hier wird die Anzahl der Dezimalstellen angegeben. Das Dezimalzeichen ist als eigene Stelle innerhalb eines numerischen Inhalts in Form eines Kommas zu übermitteln. Die Dezimalstellen und das Dezimalzeichen werden bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes mitgezählt.

Feldtyp:

an = alphanumerischer Inhalt

n = numerischer Inhalt

Feldart:

M = Muss-Feld

Muss-Felder sind in den zu liefernden Datensätzen immer zu füllen.

K = Kann-Feld

Kann-Felder sind in den Datensätzen unter bestimmten Bedingungen zu füllen. Die Bedingungen sind in der Erläuterung zum Datenfeld beschrieben. Sofern die Bedingung für ein Kann-Feld erfüllt wird, ist es wie ein Muss-Feld zwingend zu füllen. Falls für ein Kann-Feld keine Bedingung formuliert ist, ist es zu füllen, wenn die dafür benötigte Information dem Absender der Nachricht vorliegt.

Trennzeichen

Die Trennzeichen werden im Segment UNA in Abschnitt 4.4 "Datensatzbeschreibung für Service-Sätze" definiert.

4.2 Nachrichtenstruktur / Segmente

a) Generelle Struktur: Die Zusammenfassung von Fällen mehrerer Kassen in einer Datei erfolgt nicht, pro Kasse wird eine Datei erstellt.

UNA	Optionales Segment mit Trennzeichenvorgaben
UNB	Übertragungskopfsegment zur Identifikation der absenden und empfangenden Stellen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner und Nutzer sowie des Nachrichtentyps Nutzdaten, abhängig vom Nachrichtentyp (eine Nachricht pro Fall)
UNT	Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket und Nachrichtentyp
...	Weitere Eigner-/Nutzerpakete mit UNH/UNT (eine Nachricht pro Fall)
UNZ	Übertragungsendesegment

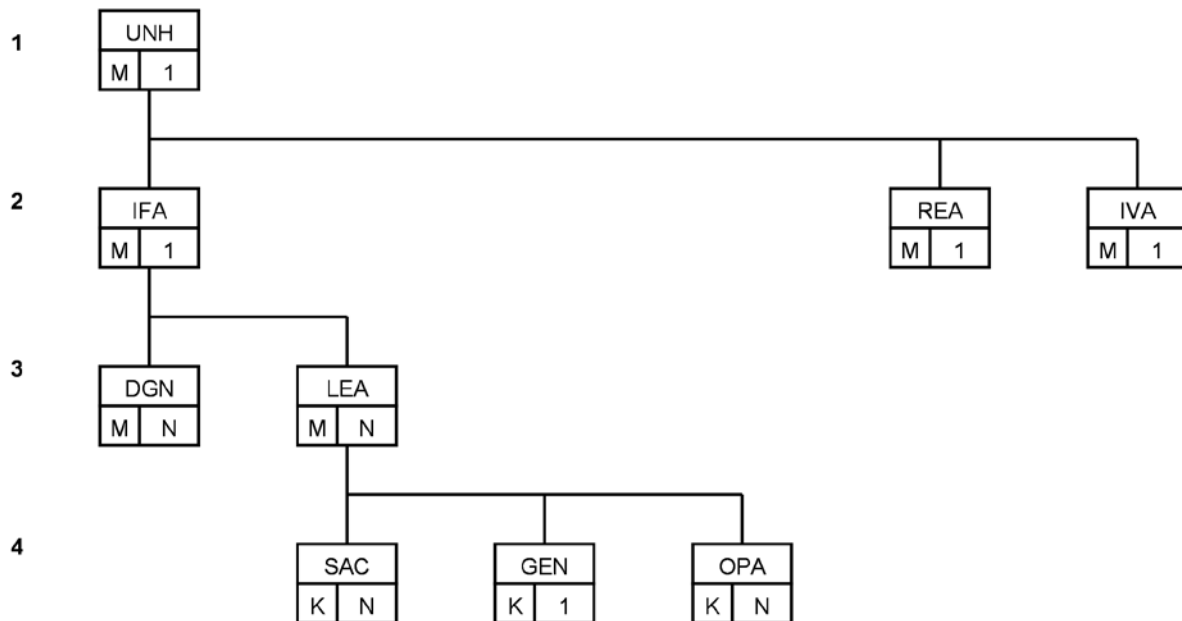
Hinweis: Die Sortierung der Nachrichten innerhalb einer Datei ist willkürlich.

b) ASV-Struktur (Beispiel):

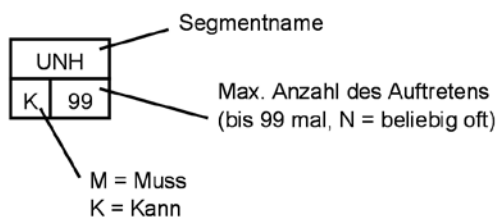
UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps ASVREC
IFA	Fall, Arzt: Erbringer, Überweiser
DGN	Diagnosen pro Fall
LEA	1. GO-Nummer des Falls
SAC	Sachkosten
GEN	Gennummer der 1. GOP
OPA	1. OP-Schlüssel der 1. GOP
LEA	2. GO-Nummer des Falls
OPA	1. OP-Schlüssel der 2. GOP
OPA	2. OP-Schlüssel der 2. GOP
REA	Fallwert über den Fall
IVA	Versicherteninformation
UNT	Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

4.3 Nachrichtenaufbaudiagramm ASV-Abrechnung

Ebene



Legende:



4.4 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze

Segment- kürzel	Datenelementname	Anz. Stell.	Feld- typ	Feld- art	Inhalt	Erläuterungen
UNA	Trennzeichenvorgabe	3	AN	M	UNA	Segment ist optional
	TZ innerhalb Datenelemente	1	AN	M	IS 1	
	TZ Datenelemente	1	AN	M	IS 3	
	Dezimalzeichen	1	AN	M	,	Komma
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	Leerzeichen	
	Reserviert	1	AN	M	Leerzeichen	
	Segmentendezeichen	1	AN	M	IS 4	
UNB	Übertragungskopfsegment	3	AN	M	UNB	
S001	Syntax-Bezeichner			M		
0001	- Syntax-Kennung	4	AN	M	UNOC	
0002	- Syntax-Versionsnummer	1	N	M	3	
S002	Absender der Übertragungsdatei			M		
0004	Identifikation des Senders	9	AN	M	IK Absender	IK der Absendenden Stelle
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	L: Leistungserbringer K: Kostenträger
S003	Empfänger der Übertragungsdatei			M		
0010	Identifikation des Empfängers	9	AN	M	IK Empfänger	Zertifizierungs-IKs des Empfängers
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	L: Leistungserbringer K: Kostenträger
S004	Datum/Uhrzeit			M		
0017	- Datum	8	N	M	JJJJMMTT	
0019	- Uhrzeit	4	N	M	HHMM	
0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateinr.	Dateinummer, fortlaufend
0035	Testindikator	1	N	C	Testübertragung	Nur für Testzwecke nötig; 1: Test
UNZ	Übertragungsendesegment	3	AN	M	UNZ	

0036	Anzahl Nachrichten	..6	N	M	Segment- zähler	Anzahl der UNH- Segmente (Nach- richten) in der Übertragungsdatei
0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateinr.	analog UNB_0020 (Dateinummer)

Segment- kürzel	Datenelementname	Anz. Stell.	Feld- typ	Feld- art	Inhalt	Erläuterungen
UNH	Nachrichtenkopf- segment	3	AN	M	UNH	Eigner- /Nutzerpaket
0062	Nachrichtenreferenz- Nr.	..14	AN	M	Eigner-/ Nutzer- Identifikati- on	Laufende Nummer der Nachricht in- nerhalb einer Datei
S009	Nachrichtenennung			M		
0065	- Nachrichten-Typ	..6	AN	M	Nachrich- ten- typkennung	Nachrichtentyp AS- VREC oder ASVFEH
0052	- Versionsnummer	..3	N	M	Hauptversi- on der Nachrich- tenstruktur	Major-Version, z.B. 1 bei TA-Version 1.01
0054	- Releasenummer	..3	N	M	Release der Nachrich- tenstruktur	Minor-Version, z.B. 1 bei TA-Version 1.01 z.B. 11 bei TA- Version 1.11
0051	- Verwaltende Organi- sation	2	AN	M	SV	(Ambulante) Spezi- alfachärztliche Ver- sorgung
UNT	Nachrichtenende- segment	3	AN	M	UNT	
0074	Anzahl Segmente	..10	N	M	Anzahl der Segmente in Nachricht	Anzahl der Seg- mente im UNH- Paket inklusive der UNH- und UNT- Segmente
0062	Nachrichtenreferenz- Nr.	..14	AN	M	Identifikati- on	paarig zu DE 0062 im UNH

4.5 Datensatzbeschreibung ASV-Abrechnung

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anz. Stell.	davon Dez.- stel.	Feld- typ	Feld- art	Bemerkungen
0/	Header-Segment Nachrichtenkennung			an an	M M	"UNH" "ASVREC"
1/	Information Fall				M	Fallinformation (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH))
1/1.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"IFA"
1/1.2	Erbringer				M	Teamnummer
1/1.2.1	Teamnummer	9		an	M	Betriebsstättennummer (Erbringer)
1/1.2.2	Betriebsstätte BSNR	9		an	M	Lebenslange Arztnummer (Erbringer)
1/1.2.3	Arztnummer-LANR	9		an	M	Erkrankungs-/Leistungsbereich (siehe Anlage4 zur ASV-AV)
1/1.2.4	Erkrankungs-/Leistungs- bereich	6		an	M	1=Teamleiter(in)
1/1.2.5	Teamebene	1		n	M	2=Mitglied Kernteam 3=Hinzugezogene(r)
1/1.3	Überweiser				C	bei Vorlage einer Überweisung
1/1.3.1	Betriebsstätte BSNR	9		an	C	Betriebsstättennummer (externer Überweiser)
1/1.3.2	Teamnummer	9		an	C	Teamnummer (interner Überweiser)
1/1.3.3	Arztnummer-LANR	9		an	C	Lebenslange Arztnummer (Überweiser)
1/1.3.4	Beginn ASV-Behandlung	8		an	C	Datum des ersten Behandlungstages (zu belegen, wenn 1.3.1 gefüllt ist) Format JJJJMMTT
2/	Diagnosedaten				M	Diagnosedaten des Falls (Vorkommen: 1 - n mal pro Fall (IFA)) s. Hinweis 1
2/2.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"DGN"
2/2.2	Diagnose				C	Mussfeld bei Diagnoseart 1, im Überweisungsfalle soweit vorhanden
2/2.2.1	Diagnose, codiert	..12		an	M	ICD-Schlüssel (<u>Schlüssel nach § 295 SGB V</u>)
2/2.2.2	Diagnosesicherheit	1		an	M	A=ausgeschlossene Diagnose G=gesicherte Diagnose, V=Verdachtsdiagnose, Z=(symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
2/2.2.3	Seitenlokalisierung	1		an	C	R=rechts; L=links; B=beidseitig
2/2.2.4	Leistungsdokumentation	..70		an	C	Leistungsdokumentation (b.a.w. ist hier der TNM-Status zu dokumentieren)
2/2.2.5	Diagnoseart	1		n	M	1=Behandlungsdiagnose 2=Diagnose der Überweisung (Lieferung von 2 nur wenn 1.3 gefüllt ist)
3/	Leistungsdaten				M	Gebührenordnungspositionen des Falls (Vorkommen: mehrmals pro Fall (IFA))
3/3.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"LEA"
3/3.2	Leistung				M	s. Hinweis 2
3/3.2.1	Gebührenordnungsposition	..7		an	M	GOP (s. Hinweis 6, 7)
3/3.2.2	Datum	8		an	M	logisches Datum im Format JJJJMMTT
3/3.2.3	Anzahl_GOP	..6		n	M	Multiplikator GOP
3/3.2.4	Preis_GOP	..12	2	n	M	Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung für eine GOP
3/3.2.5	Dokumentation	..70		an	C	Abrechnungsbegründung/Uhrzeit(en)

4/	Sachkosten				C	Sachkosten zur GOP (Vorkommen 0–n mal pro GOP (LEA))
4/4.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"SAC"
4/4.2	Sachkosten	..12	2	n	M	Sachkosten innerhalb der ASV in Euro
4/4.3	Sachkostenbezeichnung	..70		an	M	Sachkostenbezeichnung
4/4.4	Anzahl_Sachkosten	..6		n	M	Anzahl Sachkosten Position
5/	Gennummer				C	Gennummer zur GOP (Vorkommen: 0 – 1 mal pro GOP (LEA))
5/5.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"GEN"
5/5.2	Gennummer				M	GEN zur GOP
5/5.2.1	Gennummer	..12		an	M	Gennummer, codiert
6/	OP-Schlüssel				C	OP-Schlüssel zur GOP (Vorkommen: 0 – n mal pro GOP (LEA))
6/6.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"OPA"
6/6.2	Operationsschlüssel				M	
6/6.2.1	Operationsschlüssel codiert	..9		an	M	OPS (gültige Fassung des DIMDI)
6/6.2.2	Seitenlokalisierung	1		an	C	R=rechts; L=links; B=beidseitig
6/6.2.3	OPS-Datum	8		n	C	OPS-Datum (JJJJMMTT) (siehe Hinweis 5)
7/	Rechnungsdaten				M	Rechnungsdaten (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH))
7/7.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	„REA“
7/7.2	Rechnung				M	
7/7.2.1	Rechnungsbetrag	..12	2	n	M	
7/7.2.2	Leistungserbringungsquartal	5		an	M	JJJQ (siehe Hinweis 4)
7/7.2.3	Rechnungsnummer	..12		an	M	Rechnungsnummer je Rechnungssteller je Fall
7/7.2.4	Rechnungskennzeichen	1		n	M	"0" Rechnung; "1" Storno Rechnung
7/7.2.5	Rechnungsdatum	8		n	M	Datum der Rechnungserstellung (JJJJMMTT)
7/7.2.6	IK_logischer Absender	9		an	C	IK des direktabrechnenden Arztes (ggf. über Dienstleister)
7/7.2.7	IK_physischer. Absender	9		an	M	IK des Absenders (Dienstleister, KV, ggf. Direktabrechner)
7/7.2.8	IK_Abrechnender_Kostentraeger	9		an	M	Abrechnungs-İK der Krankenkasse
7/7.2.9	IK_Zahlungsempfaenger	9		an	M	IK des Zahlungsempfängers

8/	Information Versicherter				M	Informationen zum Versicherten (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH))
8/8.1	<u>Segmentkennung</u>				M	„IVA“
8/8.2	Versichertenstatus				M	
8/8.2.1	Versichertenart	1		n	M	1/3/5 = Mitglied/ Familienangeh./ Rentner
8/8.2.2	Besondere Personengruppe	1		n	C	4/6/7/8 = Tabelle für "Besondere Personengruppe eGK"
8/8.3	Versichertenbezug Nummer				C	Anzugeben bei eingeleiteter eGK/KVK (optional auch im Ersatzverfahren)
8/8.3.1	Versichertennummer	..12		an	M	Versichertennummer (s. Hinweis 3)
8/8.4	Versichertenbezug Name				C	Muss-Feld bei Ersatzverfahren
8/8.4.1	Nachname	..45		an	M	Nachname des Versicherten
8/8.4.2	Vorname	..45		an	M	Vorname des Versicherten
8/8.4.3	Datum	8		n	M	Geburtsdatum des Versicherten (s. Hinweis 4)

Hinweise:

- 1 Wenn mehr als eine Diagnose übermittelt werden soll, muss das Segment DGN entsprechend wiederholt werden.
- 2 Wenn mehr als Gebührenordnungsposition übermittelt werden soll, muss das Segment "LEA" entsprechend wiederholt werden.
- 3 Die Versichertennummer ist von der KV-Karte oder von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu übernehmen. Die Versichertennummer beinhaltet ausschließlich die Ziffern 0–9; führende Nullen sind zu übermitteln.
Die Versichertennummer der eGK ist im Format zu übermitteln:
1. Stelle: Alpha-Zeichen (Wertebereich A – Z, ohne Umlaute), 2. bis 9. Stelle: 8-stellige lfd. Zählnummer, 10. Stelle: Prüfziffer.
- 4 Im Datumsfeld 8/8.4.3 (Geburtsdatum im Ersatzverfahren) können beliebige numerische Werte im Format JJJJMMTT stehen (der numerische Inhalt braucht nicht immer einem logischen Datum zu entsprechen). In den Ausnahmefällen, in denen kein gültiges logisches Kalenderdatum ermittelt werden kann, sind ebenso die Einträge „00“ für nicht bekannte Geburtstage oder „0000“ für nicht bekannte Geburtstage und Geburtsmonate sowie „00000000“ zulässig.
- 5 Wird erst geliefert, wenn vertraglich vereinbart.
- 6 In Fällen, die nur Sachkosten enthalten, ist die Pseudo-GOP "88999" mit Anzahl "1" und Preis "0" zu übertragen.
- 7 Je GOP kann nur eine Gennummer angegeben werden. Werden mehrere Gene untersucht, so ist je Gen eine GOP anzugeben. Sollte ein Gen an mehr als einer Stelle untersucht worden sein, kann der Multiplikator GOP (3/3.2.3) auch einen Wert > 1 annehmen.

4.6 Datensatzbeschreibung ASV-Fehlernachricht

Die nachfolgende Datensatzbeschreibung der ASV-Fehlernachricht gilt in der aktuellen Form ausschließlich für formale Fehlerprüfungen. Gegebenenfalls werden für die Übermittlung inhaltlicher Fehlerprüfungsergebnisse der Stufe 4 noch zusätzliche Datenfelder erforderlich. Die Vereinbarung der Fehlercodes nach Stufe 4 und ggf zusätzlicher erforderlicher Datenfelder in ASVFEH kann erst nach Vorliegen der Anforderungen auf Basis der geplanten Prüfungsalgorithmen erfolgen und soll bis zum 30.06.2014 abgeschlossen

werden. Für die Implementierung des Fehlerverfahrens nach Stufe 4 sind 9 Monate vereinbart, beginnend ab dem 01.07.2014.

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anz. Stell.	davon Dez.- stel.	Feld- typ	Feld- art	Bemerkungen
0/	Header-Segment Nachrichtenkennung			AN AN	M M	"UNH" "ASVFEH"
1	Originalnachricht					Originalnachricht ohne UNH, UNT
2	Segment Fehlermeldung				M	maximal 99 mal möglich
2/2.1	Segmentkennung	3		AN	M	„FHL“
2/2.2	Segment	3		AN	C	Name des Segmentes, dem der Fehler zuzuordnen ist
2/2.3	Segmentposition	3		AN	C	Nummer des Segmentes des gleichen Segmenttyps (innerhalb der Nachricht), dem der Fehler zuzuordnen ist; bei Segmentgruppen ist fortlaufend innerhalb der Nachricht weiterzuzählen
2/2.4	Feldposition	2		AN	C	Nummer des Feldes (innerhalb des Segmentes), dem der Fehler zuzuordnen ist
2/2.5	Text	..70		AN	C	Fehlertext
2/2.6	Fehlercode	..6		AN	C	Schlüsselverzeichnis 7.1 "Fehlercodes"
2/2.7	Anwendungsreferenz (Dateiname)	..11		AN	C	Physikalischer Dateiname gemäß Abschnitt 0 " Dateiname "
2/2.8	Ersteller-IK der Originaldatei	9		N	M	Der Erzeuger-IK der Abrechnungsdaten-datei aus UNB (0004) / Wird von jeder routende Stelle benötigt
2/2.9	Ersteller-IK der Fehlermeldung	9		N	M	
2/2.10	Datum/Uhrzeit der Erstellung	8		N	C	Der Ersteller-IK der Fehlermeldung / Wird von jede routende Stelle benötigt aus UNB (S004)
	- Datum der Erstellung	4		N	C	
2/2.11	- Uhrzeit der Erstellung					JJJJMMTT
	Nachrichtenreferenznummer	..14		AN	C	HHMM
	Übertragungsreferenz (Dateinummer)	..14		AN	C	aus UNH (0062)
						aus UNB (0020)

Hinweis:

Sind Inhalte der Kann-Datenelemente des FHL-Segmentes bei der Fehlerprüfung ermittelbar, werden die Kann-Datenelemente zu Muss-Datenelementen.

5 Fehlerverfahren

Die ASV–Abrechnungsdaten (Nachrichtentyp "ASVREC") und ASV–Fehlernachrichten (Nachrichtentyp „ASVFEH“) werden vom jeweiligen Datenempfänger einer mehrstufigen Prüfung unterzogen.

5.1 Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur

Übertragungsdateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit, korrekte Reihenfolge und Syntax der Service–Segmente (UNA, UNB, UNH, UNT, UNZ) sowie auf Gültigkeit der Kommunikationspartner geprüft.

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei nicht lesbar sein, erfolgt eine Klärung unmittelbar zwischen Datensender und –empfänger.

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei lesbar sein und Fehler in den Service–Segmenten oder falsche Absender– bzw. Empfängerangaben enthalten, so wird eine eigene Übertragungsdatei, die als Nachrichtentyp ausschließlich "ASVFEH" (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält, erzeugt (Struktur der Datei: UNB, UNH mit Nachrichtentyp–Kennung "ASVFEH", Datensegment(e) FHL; UNT, UNZ) und an den Absender zurückübermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht.

Die Übertragungsdatei wird in diesem Falle als nicht übermittelt betrachtet, bei der nächsten Übermittlung wird deshalb die Dateinummer (Datenaustauschreferenz UNB 0020) nicht hochgezählt.

5.2 Stufe 2: Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente geprüft, innerhalb eines Segmentes erfolgen die Prüfungen auf Feldebene in Bezug auf Typ, Länge und Vorkommen (Kann– oder Muss–Feld).

Wenn die Syntax verletzt ist, z. B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen, ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurückzuweisen.

Es wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "ASVFEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

5.3 Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte

Die einzelnen Felder eines Segmentes werden formal geprüft (z. B. Datum, Uhrzeit).

Schlüsselausprägungen müssen korrekt sein im Hinblick auf die Schlüsselverzeichnisse bzw. auf die Informationsstrukturdaten (IK, ICD, OPS etc.).

Es wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "ASVFEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

5.4 Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen

Die Vertragspartner definieren die Anforderungen an die Prüfstufe 4 bis 30.04.2014.

6 Verfahren nach Feststellung von Fehlern

6.1 Fehlerfeststellung durch Rechnungssteller

Identifiziert der Rechnungssteller eine bereits übertragene Rechnung (Abrechnungsfall) als fehlerhaft, muss die Rechnung storniert werden, indem er das Rechnungskennzeichen für Storno setzt und die ursprüngliche Rechnungsnummer übermittelt.

Eine eventuelle neue Abrechnung des selben Abrechnungsfalls wird mit einer neuen Rechnungsnummer und dem Ursprungsquartal übertragen.

Der Rechnungssteller kann eine Fehlermeldung auch mit einer Stornierung beantworten und die Abrechnung somit beenden.

6.2 Fehlerfeststellung durch Rechnungsempfänger

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitt 5.1 "Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur" als fehlerhaft identifizierte Datei muss vom Rechnungssteller komplett neu übertragen werden. Eine Stornierung durch den Rechnungssteller ist nicht zulässig.

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitte 5.2 "Stufe 2: Prüfung der Syntax" und 5.3 "Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte" als fehlerhaft identifizierte Nachricht wird vom Rechnungssteller unter Angabe einer neuen oder der ursprünglichen Rechnungsnummer erneut übermittelt.

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitt 5.4 "Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen" als fehlerhaft identifizierte Nachricht ist vom Rechnungssteller zu stornieren und mit neuer Rechnungsnummer zu übermitteln.

7 Schlüsselerzeichnisse

7.1 Fehlercodes

Nachfolgend sind Fehlercodes für technische Fehler aufgelistet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit weitere fachliche Fehlercodes zu vereinbaren und damit diese Liste individuell zu erweitern.

10001 – 19999	Fehler Prüfstufe 1
20001 – 29999	Fehler Prüfstufe 2
30001 – 39999	Fehler Prüfstufe 3

Die Details zu den zu meldenden Fehlern der Prüfstufen 1 bis 3 sind bis zum 30.04.2014 abzustimmen.

8 Offene Punkte

- Eingangsbestätigung seitens der DAV ist zu liefern. Details sind noch festzulegen. Quittung per E-Mail. Kontaktinfo im Auftragsatz?
- Festlegung, ob die Datenlieferung nach Abschnitt 6 als separate Datei zwischen den Quartalslieferungen erfolgt oder im Zuge der nächsten Quartalslieferung. => Stufen 1-3 schnellstmöglich
- Verfahrensbeschreibung zum Umgang mit einem entstandenen Guthaben
- Die Datenannahmestellen sind noch zu ergänzen.