Technische Anlage

zu den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes

über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V

- Regelungen zu §§ 64d, 73b, 132 e, 132f und 140a SGB V

sowie für Verträge nach 73c SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung, die bis auf Weiteres fortgeführt werden können

Version: 11.0
Stand: 27.03.2026
Gültig ab: Abrechnungsmonat 01.01.2026 bzw. Abrechnungsquartal 1/2026

0 Historie

Abschnitt 0

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
11.0	abgestimmt	27.03.2026	GKV-SV	6.1.14	Hinweis zu Seitenlokalisation präzisiert
11.0	abgestimmt	09.03.2026	GKV-SV	6.1.20	Wert "12" umbenannt und Wert "13" ergänzt
11.0	abgestimmt	03.03.2026	GKV-SV	6.1.14	Hinweis zu Seitenlokalisation eingefügt
10.0	abgestimmt	02.04.2025	GKV-SV	6.1.20	Werte "12" bis "99" ergänzt
10.0	abgestimmt	15.11.2024	GKV-SV	4.4.1	Felder 9/9.16 bis 9/9.18 eingefügt
9.0	abgestimmt	04.10.2023	GKV-SV	4.4.1	Segment IBZ: Abrechnungsnummer eingefügt, Zahnarztnummer aktualisiert
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	4.1	Klassifikation "DRM" und "Abrechnungszeitraum" ergänzt
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	4.2 (5) 4.2 (8) b), c), e), f)	Nachrichtentypen "DIR64D", "RGS64D" und "FEH64D" ergänzt; Nachrichtentypen "DI132E, "DI132F", "RG132E", "RG132F", "FE132E" und "FE132F" aktualisiert
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	4.4.1	Segment UNH: Nachrichtenkennung "DIR64D" ergänzt; "DI132E" und "DI132F" aktualisiert Segment IVK, Felder 2, 2/2.2 und 2/2.3: Bemerkungen ergänzt
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	4.4.2	Segment UNH: Nachrichtenkennung "RGS64D" ergänzt; "RG132E" und "RG132F" aktualisiert
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	5.2 (3)	Stufen 1 und 2: "FEH64D" ergänzt; "FE132E" und "FE132F" aktualisiert
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	5.3	Segment UNH: Nachrichtenkennung "FEH64D" ergänzt; "FE132E" und "FE132F" aktualisiert
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	6.1.1	Nachrichtentypen "DIR64D", "RGS64D" und "FEH64D" ergänzt
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	6.1.21	Abschnitt eingefügt
8.0	abgestimmt	07.07.2023	GKV-SV	9.5	VERFAHREN_KENNUNG: "DRM" ergänzt VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION: Beschreibung aktualisiert
7.0	abgestimmt	30.06.2020	GKV-SV	4.2	Absatz 5: redaktionelle Korrekturen
7.0	abgestimmt	30.06.2020	GKV-SV	6.1.1	Redaktionelle Korrekturen
7.0	abgestimmt	30.06.2020	GKV-SV	6.1.4	Schlüsselwerte "7" und "8" entfernt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	4.1	Dateinamen: Klassifikation "DRS" ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	4.2 (5)	Nachrichtentypen "DI132e", "DI132f", "RG132e", "RG132f", "FE132e" und "FE132f" ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	4.2 (8)	c): Überschrift aktualisiert und Nachrichtentypen "DI132e" und "DI132f" ergänzt e): Überschrift aktualisiert und Nachrichtentypen "RG132e" und "RG132f " ergänzt f): Nachrichtentypen "FE132e" und "FE132f" ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	4.4.1	Segment UNH, Feld 0 Nachrichtenkennung: "DI132e" und "DI132f" ergänzt

					Segment IBH: "§ 132e/f und" ergänzt Segment INF, Feld 5/5.5 Vertragsnummer nach §293a SGB V ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	4.4.2	Segment UNH, Feld 0 Nachrichtenkennung: "RG132e" und "RG132f" ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	5.2	Stufe 1 und 2: Nachrichtentypen "FE132e" und "FE132f" ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	5.3	Segment UNH, Feld 0 Nachrichtenkennung: "FE132e" und "FE132f" ergänzt
7.0	abgestimmt	10.03.2020	GKV-SV	6.1.1	Nachrichtentypen "DI132e", "DI132f", "RG132e", "RG132f", "FE132e" und "FE132f" ergänzt
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	1	Punkt (6) aktualisiert
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	3.1	Erster Absatz aktualisiert
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	4.2	Bei (8) b), c) und d) Hinweis bei Segment MND eingefügt und Bemerkung aktualisiert; Punkt (9) eingefügt
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	4.4.1	Segment 4 IBZ: Beschreibung aktualisiert
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	6.1.11	Geschlecht "divers" aufgenommen
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	6.1.20	DMP-Kennzeichen "07", "08" und "09" ergänzt
6.0	abgestimmt	08.04.2019	GKV-SV	9.5	ZEICHENSATZ (Stellen 203-204): Schlüsselwerte aktualisiert
5.0	abgestimmt	12.12.2017	GKV-SV	Deckblatt	Dokumententitel aktualisiert
5.0	abgestimmt	12.12.2017	GKV-SV	4.4.1	Segment IVK, 1/1.5 IK des Kostenträgers: Erläuterung präzisiert
5.0	abgestimmt	12.12.2017	GKV-SV	4.4.1 / 6.1.19 / 6.1.20	6/6.2.2 Besondere Personengruppe: 2-stellig, Mussfeld, führende Nullen; 6/6.2.3 DMP-Kennzeichen: 2-stellig, Mussfeld, führende Nullen
5.0	abgestimmt	12.12.2017	GKV-SV	4.4.1	Segment INV, 6/6.3.1 Versichertennummer: Stellenzahl an eGK angepasst
5.0	abgestimmt	12.12.2017	GKV-SV	4.4.1	Segment INV, 6/6.6 Gültigkeit der Krankenversichertenkarte: Erläuterung aktualisiert (Feld nicht zu füllen)
5.0	abgestimmt	12.12.2017	GKV-SV	6.1.19	Schlüsselwert "09" ergänzt

Inhaltsübersicht	Abschnitt 0	

0. Historie
Inhaltsübersicht – Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines

2. Grundsätzliche Festlegungen zum Datenaustausch

3. Praktische Durchführung des Datenaustauschs und Eigenschaften der Transport-medien

4. Dateien

5. Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung

6. Informationsstrukturdaten

7. Testverfahren

8. Datensicherheit

9. Datenübermittlung

Inhaltsverzeichnis	Abschnitt 0

0 HISTORIE 2

1 ALLGEMEINES 7

2 GRUNDSÄTZLICHE FESTLEGUNGEN ZUM DATENAUSTAUSCH 8

3 PRAKTISCHE DURCHFÜHRUNG DES DATENAUSTAUSCHS UND EIGENSCHAFTEN DES TRANSPORTMEDIUMS 10

3.1 Grundsätze 10

3.2 Technischer Ablauf des Datenaustauschs 10
3.2.1 Grundsätzliche Festlegungen zur Wahl des Übertragungsmediums 10
3.2.2 Transportsicherung 12
3.2.3 Dokumentation 13

4 DATEIEN 15

4.1 Logische Dateinamen 15

4.2 Aufbau und Inhalt der Dateien 17

4.3 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze 22

4.4 Datensatzbeschreibung für vertraglich vereinbarte Dateien / Einzelfallrechnung 26
4.4.1 Datensatz Einzelfallrechnung 26
4.4.2 Datensatzbeschreibung Sammelrechnung (optional) 38

5 FEHLERVERFAHREN UND FEHLERBEHANDLUNG 41

5.1 Fehlerverfahren 41

5.2 Fehlerbehandlung (optional) 43

5.3 Datensatzbeschreibung Fehlernachricht (optional) 45

6 INFORMATIONSSTRUKTURDATEN 47

6.1 Schlüsselverzeichnisse 47
6.1.1 Kennungen der Nachrichtentypen 47
6.1.2 Segmentkennungen 49
6.1.3 Versichertenstatus 50
6.1.4 Art der Inanspruchnahme 51
6.1.5 Minderungsart 51
6.1.6 Internationales Länderkennzeichen 52
6.1.7 Fehlercodes 52
6.1.8 Kennzeichen für Vertragsbereich Arzt 54
6.1.9 Verarbeitungskennzeichen 54
6.1.10 Unfallkennzeichen 54
6.1.11 Geschlecht 55
6.1.12 Zuzahlungsstatus 55

6.1.13 Diagnosesicherheit 55
6.1.14 Seitenlokalisation 55
6.1.15 Information zur Rechnung 55
6.1.16 Statuskennzeichen 57
6.1.17 Kennzeichen für Vertragsbereich Zahnarzt 57
6.1.18 Versichertenart 57
6.1.19 Besondere Personengruppe 58
6.1.20 DMP-Kennzeichen 58
6.1.21 Verfahren_Kennung_Spezifikation 60

7 TESTVERFAHREN (OPTIONAL) 61

8 DATENSICHERHEIT 62

9 DATENÜBERMITTLUNG 63

9.1 Datenschutz des Transportweges 63

9.2 Übertragungs-Dateistruktur 65

9.3 Verfahrensbeschreibung 66

9.4 Format der Auftragsdatei 68

9.5 Auftragssatzbeschreibung 69

1 Allgemeines	Abschnitt 1

(1) Diese Technische Anlage zu den Richtlinien über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V mit Leistungserbringern nach den §§ 64d, 73b, 73c sowie 140a SGB V regelt organisatorische und technische Sachverhalte, die zur Erfüllung der Vorgabe einer Regelung bedürfen.

(2) Die Pflege der Anlage erfolgt durch Austausch/Ergänzung einzelner Seiten oder Abschnitte.

(3) Die Regelungen dieser Technischen Anlage entsprechen den „Grundsätzen für Datenübermittlung und Datenträgeraustausch“ in der Fassung von Dezember 1990, die von der Koordinierungs- und Beratungsstelle der Bundesregierung für Informationstechnik in der Bundesverwaltung (KBSt) herausgegeben wurde.

(4) Für den Abschnitt zur Datenübermittlung wird des Weiteren auf das EPHOS-Handbuch der KBSt, Stand 1992, Bezug genommen.

(5) Bei der Datenübermittlung werden die relevanten internationalen, EU-weiten und nationalen Normen und ggf. Standards zur Anwendung gebracht.

(6) Es gelten die "Gemeinsamen Grundsätze Technik" nach § 95 SGB IV, insbesondere die Anlage 16 "Security Schnittstelle (SECON)" (www.gkv-datenaustausch.de).

2 Grundsätzliche Festlegungen zum Datenaustausch	Abschnitt 2

Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung der Datenübermittlung

(1) Die Einzelheiten zur Durchführung der Datenübermittlung sind rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung oder Änderung zwischen dem Absender und dem Empfänger der Daten abzustimmen. Hierzu gehört auch die Abstimmung des Transportweges entsprechend Abschnitt 3, sofern der Vertrag keine gesonderte Regelung enthält.

(2) Durch ein zwischen Absender und Empfänger abgestimmtes Testverfahren vor der erstmaligen Durchführung und vor Änderung des Verfahrens der Datenübermittlung ist die ordnungsgemäße Verarbeitung sicherzustellen.

(3) Die nach dieser Technischen Anlage zu übermittelnden Daten müssen inhaltlich den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über den Datenaustausch nach § 295 Abs. 1b SGB V entsprechen.

(4) Die Datenannahmestellen sind von den Vertragspartnern zu benennen. Veränderungen sind zwischen dem Sender und Empfänger abzustimmen.

(5) Ein Geschäftsvorfall ist jeweils in einer eigenen Nachricht gemäß DIN EN 29735 (UNH bis UNT) zu übermitteln.

(6) Über die Datenübermittlung ist auf Sender- und Empfängerseite ein Protokoll zu führen. Dabei sind alle Schritte – von der Initiierung über die Quittung der Übernahme bis zum Beginn der Weiterverarbeitung – zu erfassen. Die Dokumentation ist gemäß § 304 Abs. 1 Nr. 2 mindestens 4 Jahre aufzubewahren.

(7) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfungen ist in Abschnitt 5 festgelegt.

(8) Der Absender hat die Datenübermittlung gemäß den vertraglichen Vereinbarungen vorzunehmen. Er hat für die Möglichkeit der Rekonstruktion der Daten im Falle eines Dateiverlustes auf dem Transportweg oder einer Dateirückweisung Sorge zu tragen.

(9) Der Empfänger hat die Übernahme der Daten zu bestätigen. Bei elektronischer Übermittlung erfolgt dies durch die systemseitige Quittierung der fehlerfreien Datenübertragung. Abweichende Regelungen sind bilateral zu vereinbaren.

(10) Werden bei oder nach der Übermittlung Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, wird die fehlerhafte Datei oder, sofern vereinbart, eine Fehlernachricht an den Absender zurückgeschickt. Die Möglichkeit der Abweisung einzelner fehlerhafter Datensätze ist zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.

(11) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten. Dieser ist verpflichtet, die Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln. Die Datenübermittlung erfolgt analog der Inhalte, Struktur und Format der Erstlieferung. Jede erneute Datenlieferung nach Rückweisung fehlerhafter Daten hat ggf. eine erneute Terminsetzung zur Folge.

3 Praktische Durchführung des Datenaustauschs und Eigenschaften des Transportmediums

Abschnitt 3

3.1 Grundsätze

Abschnitt 3.1

Sämtliche technischen Spezifikationen zum Datenaustausch, zu möglichen Datenübertraungsverfahren, Datenträgern, Zeichenvorrat, etc. finden Sie in den

- Gemeinsamen Grundsätze Technik nach § 95 SGB IV

Diese sind in der jeweils aktuellen Fassung auf www.gkv-datenaustausch.de veröffentlicht. Hierzu gehören auch die Spezifikationen zu den einzelnen Datenübertragungsverfahren:

- Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Dateien mittels File-Transfer-Protocol (FTP)
- Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E-Mail)
- Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels FTAM
- Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels http und https (Hypertext Transfer Protocol)
- Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels X.400

3.2 Technischer Ablauf des Datenaustauschs

Abschnitt 3.2

3.2.1 Grundsätzliche Festlegungen zur Wahl des Übertragungsmediums

Abschnitt 3.2.1

(1) Die für die Übermittlung von Daten verwendeten Medien werden einvernehmlich zwischen Absender und Empfänger vereinbart.

(2) Die Datenfernübertragung (DFÜ) ist vorrangig als Austauschart zu verwenden. Die Verwendung anderer Medien ist zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren.

(3) Soweit für die Datenübermittlung anstelle der vorgesehenen Medien andere, besonders vereinbarte, maschinell verwertbare Datenaustauschmedien ver-

wendet werden, müssen diese mindestens die gleiche Datenübermittlungssicherheit bieten. Ferner muss eine maschinelle Weiterverarbeitung mit gleicher Qualität durch die Empfänger bei vergleichbarer Wirtschaftlichkeit möglich sein.

(4) Grundsätzlich wird auf die Komprimierung verzichtet. Abweichende Vereinbarungen sind zwischen Sender und Empfänger möglich. Das Komprimierungsverfahren ist vor der ersten Übermittlung bilateral zwischen dem Absender und dem Empfänger abzustimmen.

3.2.2 Transportsicherung

Abschnitt 3.2.2

(1) Datenträger sind 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) Bei Datenfernübertragung übernimmt stets der Absender die Initiative für den Kommunikationsvorgang.

3.2.3 Dokumentation

Abschnitt 3.2.3

(1) Für den Datenträgeraustausch werden Transportbegleitzettel in Anlehnung an die DIN 31 632 verwendet. Eine Durchschrift des Begleitzettels geht mit getrennter Post zum Empfänger. Für Datenfernübertragung ist kein Transportzettel notwendig.

(2) Der Transportbegleitzettel muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Überschrift: Datenträgerbegleitzettel

- Datenaustauschverfahren: Leistungserbringer - Krankenkasse
  Krankenkasse - Leistungserbringer

- Absender

- Empfänger

- Art des Datenträgers : z. B.
  CD-ROM nach ISO 9660

- Bandnummer des 1. - n. Datenträgers (Volumename)

- Erstellungsdatum

- Datum / Unterschrift

- Name und Telefonnummer des Bearbeiters.

(3) Die Dokumentation für die Datenfernübertragung muss die folgenden Mindestinhalte umfassen:

- Inhalt der Datenlieferung (Dateiname)
- lfd. Nummer der übermittelten Datenlieferung
- eindeutige Bezeichnung der Kommunikationspartner
- Beginn und Ende der Datenübermittlung
- Übermittlungsmedium
- Dateigröße
- Verarbeitungshinweise
- Senden/Empfangen
- Verarbeitungskennzeichen (fehlerfrei/fehlerhaft)

- Abrechnungszeitraum.

4 Dateien

Abschnitt 4

4.1 Logische Dateinamen

Abschnitt 4.1

Die Dateinamen haben über alle Medien folgenden Aufbau:

Stellen	Status	Inhalt
1	M	E = Echtdaten T = Testdaten
2 – 4	M	Klassifikation DRB = Verträge nach § 73b SGB V DRC = Verträge nach § 73c SGB V DRI = Verträge nach § 140a SGB V DRS = Verträge nach § 132e,f SGB V DRM = Modellvorhaben nach § 64d SGB V
5	M	0 = Abrechnungsdatei A–Z = Korrekturdatei
6–7	M	Laufende Nummer (Pro Absender und Empfänger). Die Verwendung, z. B. „pro Jahr“, wird von den Vertragspartnern verein-bart.
8 – 9	M	Abrechnungszeitraum Jahresangabe im Format JJ
10–11	M	Abrechnungszeitraum Quartal Q1 bis Q4 oder Monat 01 bis –12

Zum Aufbau der physikalischen Dateinamen siehe Abschnitt 9.3.

Laufende Nummer im logischen Dateinamen:

Die laufende Nummer im logischen Dateinamen beginnt mit „01“ und ist je Datenlieferung zwischen demselben Sender und Empfänger lückenlos fortlaufend hochzuzählen. Auf den Wert „99“ folgt der Wert „01“. Sie dient der Zuordnung von Datenlieferungen zwischen Rechnungssteller und Kostenträger, also den i.d.R. mittelbaren Kommunikationspartnern, nämlich den Vertragspartnern.

4.2 Aufbau und Inhalt der Dateien

Abschnitt 4.2

(1) Die Datenbeschreibung erfolgt für den Einzelnachweis mittels der EDIFACT-Syntax.

(2) Die Strukturierung der Daten erfolgt gemäß den Abschnitten 4.3 und 4.4. Nach jeweiliger Abstimmung der Vertragspartner wird angestrebt, die Ergebnisse des Normungsprozesses in die Technische Anlage einzuarbeiten.

(3) Die Daten werden in mehreren Hierarchiestufen strukturiert: Übertragungsdatei, Nachricht, Segmentgruppe oder Segment, Datenelementgruppe und Datenelement. Dabei kann jede Übertragungsdatei nur Nachrichten eines Nachrichtentyps enthalten.

(4) Eine Übertragungsdatei auf magnetischen Datenträgern besteht physikalisch aus Sätzen fester Länge, die 8192 Zeichen beträgt. Unabhängig davon sind die logischen Satzlängen (Segmentlängen) variabel.

(5) Für die vertraglich vereinbarten Datenmengen werden folgende Nachrichtentypen (siehe Abschnitt 6.1.1) definiert:

DIR73B	-	Einzelfallrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
DIR73C	-	Einzelfallrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
DIR140	-	Einzelfallrechnung Integrierte Versorgung
DI132E	-	Einzelfallrechnung Versorgung mit Schutzimpfungen
DI132F	-	Einzelfallrechnung Versorgung durch Betriebsärzte
DIR64D	-	Einzelfallrechnung Modellvorhaben nach § 64d SGB V

Darüber hinaus werden folgende optionale Nachrichtentypen definiert:

DR73BL	-	Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
DR73CL	-	Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
DR140L	-	Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung
RGS73B	-	Sammelrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
RGS73C	-	Sammelrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
RGS140	-	Sammelrechnung Integrierte Versorgung
RG132E	-	Sammelrechnung Versorgung mit Schutzimpfungen

RG132F	-	Sammelrechnung Versorgung durch Betriebsärzte
RGS64D	-	Sammelrechnung Modellvorhaben nach § 64d SGB V
RG73BL	-	Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
RG73CL	-	Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
RG140L	-	Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung
FEH73B	-	Fehlernachricht Hausarztzentrierte Versorgung
FEH73C	-	Fehlernachricht Besondere ambulante ärztliche Versorgung
FEH140	-	Fehlernachricht Integrierte Versorgung
FE132E	-	Fehlernachricht Versorgung mit Schutzimpfungen
FE132F	-	Fehlernachricht Versorgung durch Betriebsärzte
FEH64D	-	Fehlernachricht Modellvorhaben nach § 64d SGB V
FH73BL	-	Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
FH73CL	-	Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
FH140L	-	Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung

(6) Bei der Übertragung wird der "Level C"-Zeichensatz (8 Bit) gemäß ISO 8859-1: 1987 verwendet. Folgende Zeichen dienen dann als Trennzeichen (in Klammern: der Dezimalcode des Zeichens):

Segmentende:	' (Hochkomma)
Trennung zwischen Datenelementen:	+ (Plus)
Trennung innerhalb zusammengesetzter Datenelementen:	: (Doppelpunkt)
Dezimalzeichen:	, (Komma)
Aufhebungszeichen (Maskierung)	? (Fragezeichen)

Wie in EDIFACT üblich, wird bei der Beschreibung der Daten das Dezimal- und Aufhebungszeichen für die maximale Feldlänge nicht mitgezählt.

(7) Zur Definition negativer Werte ist dem Datenelement das Minuszeichen (-) voranzustellen. Es belegt eine eigene Stelle.

(8) Die Strukturierung der Übertragung geschieht in folgenden Hierarchiestufen und Paketen:

Segmente in Hierarchiestufe			Bemerkung
a) Generelle Struktur:			
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
	UNT		Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket und Nachrichtentyp
	...		Weitere Eigner-/Nutzerpakete mit UNH/UNT
UNZ			Übertragungsendesegment

b) Datensatzbeschreibung Einzelfallrechnung Hausarztzentrierte/ Modellvorhaben nach § 64d SGB V

UNH			Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps DIR73B oder DIR64D
	IVK		Information Verarbeitung
	IBH		Information behandelnder Arzt
	IBZ		Information behandelnder Zahnarzt
Und/ oder[1]	IBL		Information Leistungserbringer
	INF		Fallinformation + BSNR/LANR des Überweisers
	INV		Versicherteninfomation
		DIA	Diagnosedaten des Falls (max. 999 mal je IBH/IBZ)
		OPS	OPS-Schlüssel des Falls (max. 999 mal je IBH/IBZ)
		ABR	Abrechnungsinformation des Falls (max. 999 mal je IBH/IBL/IBZ)
		MND	Minderung (max. 1 mal je ABR); siehe Hinweis unterhalb von d)
	FKI		Fallkosteninformation
	RGI		Information Rechnung (bei Einzelfallrechnung)
UNT			Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

[1] Sofern vertraglich vereinbart, kann die Angabe des IBH/IBZ-Segmentes und des IBL-Segmentes parallel erfolgen.

c) Datensatzbeschreibung Einzelfallrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung (Integrierte Versorgung), Versorgung mit Schutzimpfungen und Versorgung durch Betriebsärzte

UNH			Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps DIR73C, DIR140, DI132E und DI132F
	IVK		Information Verarbeitung
	IBH		Information behandelnder Arzt
	IBZ		Information behandelnder Zahnarzt
	IBL		Information Leistungserbringer
Und/ oder[2]			
	INF		Fallinformation + BSNR/LANR des Überweisers
	INV		Versicherteninfomation
		DIA	Diagnosedaten des Falls (max. 999 mal je IBH)
		OPS	OPS-Schlüssel des Falls (max. 999 mal je IBH)
		ABR	Abrechnungsinformation des Falls (max. 999 mal je IBH)
		MND	Minderung (max. 1 mal je ABR); siehe Hinweis unterhalb von d)
	FKI		Fallkosteninformation
	RGI		Information Rechnung (bei Einzelfallrechnung)
UNT			Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

d) Datensatzbeschreibung Leistungserbringerbezogene (versichertenunabhängige) Abrechnung[3]

UNH			Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/ Nutzer sowie des Nachrichtentyps DR73BL, DR73CL oder DR140L
	IVK		Information Verarbeitung
	IBH		Information behandelnder Arzt
	IBZ		Information behandelnder Zahnarzt
Und/ oder[4]	IBL		Information Leistungserbringer
	INF		Fallinformation + BSNR/LANR des Überweisers
		ABR	Abrechnungsinformation d. Falls (max. 999 mal je IBH/IBZ/IBL)
		MND	Minderung (max. 1 mal je ABR); siehe Hinweis unterhalb von d)
	FKI		Fallkosteninformation
	RGI		Information Rechnung (bei Einzelfallrechnung)
UNT			Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

[2] Sofern vertraglich vereinbart, kann die Angabe des IBH/IBZ -Segmentes und des IBL-Segmentes parallel erfolgen.

[3] Aufbau der aufgeführten Segemente entsprechend Abschnitt 4.4.1

[4] Sofern vertraglich vereinbart, kann die Angabe des IBH/IBZ-Segmentes und des IBL-Segmentes parallel erfolgen.

Hinweis:
Sofern Minderungen zu übertragen sind, ist eine Minderung immer direkt nach der jeweiligen Abrechnungsposition zu übertragen.
Beispiel für Segmentfolge: ABR1;MND1;ABR2;MND2; usw.

e) Datensatzbeschreibung Sammelrechnung (optional) Hausarztzentrierte/ Besondere ambulante ärztliche Versorgung, Modellvorhaben nach § 64d SGB V, Integrierte Versorgung, Versorgung mit Schutzimpfungen und Versorgung durch Betriebsärzte

UNH		Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps RGS64D, RGS73B, RGS73C, RG132E, RG132F, RGS140, RG73BL, RG73CL oder RG140L
	IVK	Information Verarbeitung
	RGI	Information zur Rechnung
	RGD	Information Rechnungsdaten
UNT		Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

f) Datensatzbeschreibung Fehlernachricht (optional)

UNH		Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps FEH64D, FEH73B, FEH73C, FE132E, FE132F, FEH140, FH73BL, FH73CL oder FH140L
	…	Segemente aus der Originalnachricht
	FHL	Information Fehlermeldung (maximal 99 mal)
UNT		Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

(9) Bei der Abrechnung nach § 295 1b SGB V ist pro zugrundeliegendem Vertrag eine separate Abrechnungsdatei zu erstellen.

4.3 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze

Abschnitt 4.3

Segment-kürzel	Datenelementname	Max. Stel-lenzahl	Feld-typ	Feld-art	Inhalt	Erläuterungen
UNA	**Trennzeichenvorgabe**	3	AN	C	UNA	Segment ist optio-nal
	TZ innerhalb Daten-elemente	1	AN	M	:	Doppelpunkt
	TZ Datenelemente	1	AN	M	+	Plus
	Dezimalzeichen	1	AN	M	,	Komma
	Aufhebungszeichen	1	AN	M	?	Fragezeichen
	Reserviert	1	AN	M	Leerzeichen	
	Segmentendezeichen	1	AN	M	'	Hochkomma
UNB	**Übertragungskopfseg-ment**	3	AN	M	UNB	
S001	Syntax-Bezeichner			M		
0001	- Syntax-Kennung	4	AN	M	UNOC	
0002	- Syntax-Versions-nummer	1	N	M	3	
0004	Identifikation des Sen-ders	9	AN	M	IK der Daten versenden-den Stelle	
0010	Identifikation des Empfängers	9	AN	M	IK der Daten empfangen-den Stelle	Im Falle einer Da-tenlieferung an ei-nen Kostenträger: Datenannahmestelle mit Entschlüsse-lungsbefugnis
S004	Datum/Uhrzeit			M		
0017	- Datum	8	N	M	JJJJMMTT	
0019	- Uhrzeit	4	N	M	HHMM	
0020	Übertragungsreferenz	..14	AN	M	Dateinum-mer	Genutzt werden die ersten 5 Stellen; einzutragen ist die lückenlos fortlau-fende Nummer der Lieferungen zwi-schen Absender und Empfänger mit führenden Nullen beginnend mit „00001“ („je Kalen-

						derjahr“ kann vereinbart werden). Auf den Wert „99999“ folgt der Wert „00001“. Die Übertragungsreferenz dient der Vollständigkeitskontrolle.
0026	Anwendungsreferenz	11	AN	M	Dateiname	Einzutragen ist der logische Dateiname s. Abschnitt 4.1 (ist ohne Punkt zu liefern).
0035	Testindikator	1	N	C	Testübertragung	Ausschließlich für Testzwecke nötig; 1: Test; für Echtdatenlieferung keine Nutzung.

UNZ	**Übertragungsendesegment**	3	AN	M	UNZ	
0036	Anzahl Nachrichten	..6	N	M	Segmentzähler	Anzahl der UNH-Segmente (Nachrichten) in der Übertragungsdatei
0020	Übertragungsreferenz	..14	AN	M	Dateinummer	wie UNB (0020)

4.3 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze

Abschnitt 4.3

Segment-kürzel	Datenelementname	Max. Stel-lenzahl	Feld-typ	Feld-art	Inhalt	Erläuterungen
UNH	**Nachrichtenkopfseg-ment**	3	AN	M	UNH	Eigner-/Nutzerpa-ket
0062	Nachrichtenreferenz-Nr.	..14	AN	M	Eigner-/ Nutzer-Identifika-tion	Genutzt werden die Stellen 1 bis 10. Stelle 1 und 2: Information über den Vertrags-Be-reich (Schlüssel 6.1.8 bzw. 6.1.17) Stelle 3 bis 4: Einzutragen ist 00 Stellen 5 bis 10: Einzutragen ist die fortlaufende Num-mer der UNH-Segmente zwischen UNB und UNZ mit führenden Nullen, z. B. 000001 für 1. UNH.
S009	Nachrichtenkennung			M		
0065	- Nachrichten-Typ	..6	AN	M	Nachrich-tentypken-nung	Nachrichtentyp lt. Schlüsselverz. 6.1.1, z. B. DIR73B
0052	- Versionsnummer	..3	N	M	Hauptver-sion der Nachrich-tenstruktur, z.B. 4	entsprechend der Version der Techni-schen Anlage, z. B. 4 bei TA-Version **4**.0
0054	- Releasenummer	..3	AN	M	Release der Nachrich-tenstruktur, z.B. 0	Z.B. 0 bei TA-Version 4.**0**; zusammen mit Ver-sionsnummer ergibt sie den Stand der TA
0051	- Verwaltende Organi-sation	2	AN	M	DR	Direktabrechner

UNT	**Nachrichtenendeseg-ment**	3	AN	M	UNT	
0074	Anzahl Segmente	..10	N	M	Anzahl der Segmente in Nachricht	Anzahl der Segmente im UNH-Paket inklusive der UNH- und UNT-Segmente
0062	Nachrichtenreferenz-Nr.	..14	AN	M	Identifikation	wie UNH (0062)

4.4 Datensatzbeschreibung für vertraglich vereinbarte Dateien / Einzelfallrechnung

Abschnitt 4.4

4.4.1 Datensatz Einzelfallrechnung

Abschnitt 4.4.1

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stellenzahl	davon Dez.-stel.	Feldtyp	Feldart	Bemerkungen
0/	**Header-Segment** Nachrichtenkennung	3 6		AN AN	M M	"UNH" „DIR64D“, "**DIR73B**", „**DIR73C**“, „DI132E“, „DI132F“, „**DIR140“, "DR73BL", "DR73CL" oder "DR140L"**
1	**Information Verarbeitung**				M	
1/1.1	Segmentkennung	3		AN	M	„IVK“
1/1.2	Verarbeitungskennzeichen	2		AN	M	Schlüssel 6.1.9 Standardwert: 10
1/1.3	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls	2		AN	M	Standardwert '01'
1/1.4	Identifikation des Senders	9		AN	M	IK der Daten versendenden Stelle
1/1.5	Identifikation des Kostenträgers	9		AN	M	IK der Krankenkasse
1/1.6	Sammelrechnungs-ID	..14		N	C	Anzugeben ist eine eindeutige Nummer, die die Zuordnung von Einzelfallrechnung und Sammelrechnung ermöglicht.
1/1.7	Identifikation der Datenannahmestelle	9		AN	M	IK der Datenannahmestelle (aus UNB 0010)

2	Information behandelnder Arzt				C	Zwingend im Falle der Abrechnung nach §§ 64d, 73b, c SGB V zu übermitteln und/oder bei §§ 132e/f und 140a SGB V, wenn keine Übermittlung des Segmentes „IBL“ (3) erfolgt. Sofern vertraglich vereinbart, kann parallel die Angabe des IBL-Segmentes erfolgen.
2/2.1	Segmentkennung	3		AN	M	„IBH“
2/2.2	Lebenslange Arztnummer	9		AN	M	Lebenslange Arztnummer des Behandlers Im Falle der Abrechnung nach § 64d SGB V ist hier anstelle der Lebenslangen Arztnummer die Beschäftigtennummer nach § 293 Abs. 8 SGB V anzugeben.
2/2.3	Betriebsstättennummer	9		AN	M	Betriebsstättennummer (Ort der Leistungserbringung) Im Falle der Abrechnung nach § 64d SGB V ist hier Betriebsstättennummer der/des anstellenden Vertragsärztin/Vertragsarztes anzugeben.
3	**Information Leistungserbringer**				C	Zwingend zu übermitteln, wenn keine Übermittlung des Segmentes „IBH“ (2) oder "IBZ" (4) erfolgt. Sofern vertraglich vereinbart, kann parallel die Angabe des IBH bzw. des IBZ-Segmentes erfolgen.
3/3.1	Segmentkennung	3		AN	M	„IBL“
3/3.2	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers	9		AN	M	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stellenzahl	davon Dez.-stel.	Feldtyp	Feldart	Bemerkungen
4	**Information behandelnder Zahnarzt**				C	Sofern im Rahmen von Verträgen nach § 73c SGB V (bestehende Altverträge) oder § 140a SGB V vereinbart, erfolgt die Angabe des Segementes. Falls vertraglich vereinbart, kann parallel die Angabe des IBL-Segmentes erfolgen.
4/4.1	Segmentkennung	3		AN	M	„IBZ“
4/4.2	Vertragsbereich Zahnarzt	2		AN	M	Schlüsselverzeichnis Abschnitt 6.1.17
4/4.3	Abrechnungsnummer	9		AN	M	Abrechnungsnummer <0><KZV-Nummer, 2-stellig><Praxis-Abrechnungsnummer, 6-stellig>
4/4.4	Zahnarztnummer	9		AN	M	Zahnarztnummer (wie vertraglich geregelt)
5	**Information Fall**				M	Fallinformation
5/5.1	Segmentkennung	3		AN	M	"INF"
5/5.2	Vertragskennzeichen	..25		AN	M	Anzugeben ist das von der Krankenkasse vergebene und mitgeteilte Vertragskennzeichen
5/5.3	Überweiser				C	Wird im Rahmen der Verträge nach §§ 73b/c SGB V nicht befüllt. Zwingend anzugeben sofern vertraglich vereinbart.
5/5.3.1	Betriebsstätte BSNR	9		AN	C	Betriebsstättennummer (Überweiser)
5/5.3.2	Arztnummer-LANR	9		AN	C	Lebenslange Arztnummer (Überweiser)
5/5.3.3	Institutionskennzeichen Leistungserbringer	9		AN	C	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers (Überweiser)
5/5.4	Zusatzinformationen					
5/5.4.1	Unfallkennzeichen/BVG	1		N	M	Schlüssel 6.1.10
5/5.4.2	Art der Inanpruchnahme	1		AN	M	Schlüssel 6.1.4
5/5.5	Vertragsnummer nach § 293a SGB V	..25		AN	C	Die Vertragsnummer ist ausschließlich bei Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V existent und in den Abrechnungsdaten anzugeben.

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
6	**Information Versicherter**				M	Information Versicherter
6/6.1	Segmentkennung	3		AN	M	„INV“
6/6.2	Versichertenstatus eGK					
6/6.2.1	Versichertenart	1		N	M	Schlüssel 6.1.18
6/6.2.2	Besondere Personengruppe	2		AN	M	Sofern die Informationen auf der eGK gespeichert sind, sind diese zwingend anzugeben. Schlüssel 6.1.19
6/6.2.3	DMP-Kennzeichen	2		N	M	Sofern die Informationen auf der eGK gespeichert sind, sind diese zwingend anzugeben. Schlüssel 6.1.20
6/6.3	Versichertenbezug Nummer					
6/6.3.1	Versichertennummer	10		AN	M	Versichertennummer
6/6.3.2	Institutionskennzeichen	9		AN	M	IK der Krankenkasse von der KV-Karte/eGK
6/6.4	Versichertenbezug Name					
6/6.4.1	Nachname	..45		AN	M	Nachname des Versicherten
6/6.4.2	Vorname	..45		AN	M	Vorname des Versicherten
6/6.4.3	Datum	8		N	M	Geburtsdatum des Versicherten im Format JJJJMMTT
6/6.5	Geschlecht des Versicherten	1		N	M	Schlüssel 6.1.11
6/6.6	Gültigkeit der Krankenversichertenkarte	4		N	C	Feld nicht zu befüllen, da KVK nicht mehr gültig ist
6/6.7	Zuzahlungsstatus Versicherte/r	1		N	C	Lieferung sofern vertraglich vereinbart: Schlüssel 6.1.12
6/6.8	Postleitzahl Wohnort des Versicherten	..7		AN	C	Anzugeben ist die Postleitzahl des Versicherten
6/6.9	Länderkennzeichen	3		AN	C	Schlüssel 6.1.6
6/6.10	Teilnehmer ID	..15		AN	C	Identifikationsmerkmal des Teilnehmers laut Vertrag, sofern vereinbart.

7	Diagnosedaten				C	Diagnosedaten des Falls (Segment ist immer zu liefern, sofern nichts Abweichendes vereinbart) (max. 999 mal je IBH und/oder IBL)
7/7.1	Segmentkennung	3		AN	M	"DIA"
7/7.2	Diagnose					
7/7.2.1	Diagnose, codiert	..12		AN	M	ICD-Schlüssel (grundsätzlich Schlüssel nach dem ICD-Katalog in der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung unter Beachtung von § 295 Abs. 3 SGB V). Der ICD-Schlüssel ist mit Punkt (Beispiel: J45.0 oder S73.0-)zu übermitteln.
7/7.2.2	Diagnosesicherheit	1		AN	M	Schlüssel 6.1.13
7/7.2.3	Seitenlokalisation	1		AN	C	Schlüssel 6.1.14
7/7.2.4	Diagnosedatum	8		N	C	Sofern vereinbart ist das Datum der Feststellung der Diagnose im Format JJJJMMTT anzugeben.

4.4.1 Datensatz Einzelfallrechnung	Abschnitt 4.4.1

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
8	**OPS**				C	Operationen- und Prozedurenschlüssel des Falls (max. 999 mal je IBH und/oder IBL)
8/8.1	Segmentkennung	3		AN	M	„OPS“
8/8.2	Operationsschlüssel					
8/8.2.1	Operationsschlüssel codiert	..12		AN	M	OP-Schlüssel in der jeweils zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Fassung des OPS-Kataloges.
8/8.2.2	Seitenlokalisation	1		AN	C	Schlüssel 6.1.14
8/8.2.3	OPS-Datum	8		N	C	Sofern vereinbart ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der Prozedur im Format JJJJMMTT anzugeben.

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen

9	**Abrechnungsinformation**				M	Abrechnungsinformation des Falls (max. 999 mal je IBH und/oder IBL)
9/9.1	Segmentkennung	3		AN	M	"ABR"
9/9.2	Überweiser				C	Angabe sofern vertraglich vereinbart
9/9.2.1	Betriebsstätte BSNR	9		AN	C	Betriebsstättennummer (Überweiser)
9/9.2.2	Arztnummer-LANR	9		AN	C	Lebenslange Arztnummer (Überweiser)
9/9.2.3	Institutionskennzeichen Leistungserbringer	9		AN	C	Institutionskennzeichen des Leistungserbringers (Überweiser)
9/9.3	Gebührennummer	..12		AN	M	Anzugeben ist die abgerechnete Gebührennummer gemäß Vertrag
9/9.4	Gebührennummer-ID	..30		N	C	sofern vertraglich vereinbart zum Zwecke des Fehler-/Korrekturverfahrens
9/9.5	Text	..70		AN	C	Abrechnungsbegründung
9/9.6	Anzahl	..6		N	M	Anzugeben ist die Anzahl, wie oft die Gebührennummer abgerechnet wurde.
9/9.7	Wert der Gebührennummer	..12	2	AN	C	Anzugeben ist der Wert der Gebührennummer in EURO (exklusive Dialysesachkosten und Sachkosten).
9/9.8	Punktzahl der Gebührennummer	..12	1	N	C	Ergänzend zum Wert der Gebührennummer, sofern vertraglich vereinbart.
9/9.9	Dialyse-Sachkosten	..12	2	N	C	Anzugeben sind die Dialysesachkosten in EURO.
9/9.10	Sachkosten[5]	..12	2	N	C	Anzugeben sind die Sachkosten exklusive Dialysesachkosten in EURO
9/9.11	Sachkostenbezeichnung	..70		AN	C	Anzugeben ist die Sachkostenbezeichnung.
9/9.12	Datum der Leistungserbringung	8		N	M	Anzugeben ist das Datum je Gebührennummer im Format: JJJJMMTT Bei Pauschalen ist der 1. Behandlungstag im Format JJJJMMTT anzugeben. Bei kontaktunabhängigen Quartalspauschalen ist der erste Tag des jeweiligen Quartals im Format JJJJMMTT anzugegeben.
9/9.13	Uhrzeit der Leitungserbringung	4		N	C	sofern vertraglich vereinbart: Uhrzeit bei dringenden Hausbesuchen SSMM
9/9.14	Datum der Leistungserbringung	8		N	C	sofern vertraglich vereinbart, ist der letzte Tag der Leistungserbringung im Format JJJJMMTT anzugeben

9/9.15	Information zur DRG zur Gebührennummer (9/9.3)	4		AN	C	sofern vertraglich vereinbart: Information zur DRG zur Gebührennummer (9/9.3)
9/9.16	ID Meldebestätigung	10		AN	C	ID Meldebestätigung Implantateregistergesetz[6]
9/9.17	Hashwert	64		AN	C	Hashwert Implantateregistergesetz[6]
9/9.18	Hash-String	..512		AN	C	Hash-String Implantateregistergesetz[6]

[5] Sofern vertraglich vereinbart, sind die Angaben „Wert der Gebührennummer“, „Dialyse-Sachkosten“ und „Sachkosten“ in jeweils getrennten ABR-Segmenten zu liefern.

[6] Zwingend anzugeben, wenn die abgerechnete Leistung der Meldepflicht nach § 36 des Implantateregistergesetzes unterliegt. In diesem Fall ist die Befüllung von 9/9.6 Anzahl > "1" unzulässig.

4.4.1 Datensatz Einzelfallrechnung	Abschnitt 4.4.1

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
10	**Minderungsart**				C	Segment ist optional (max.999 mal)
10/10.1	Segmentkennung	3		AN	M	„MND“
10/10.2	Minderungsbetrag	..12	2	AN	M	Anzugeben ist der Minderungsbetrag in EURO mit Minuszeichen
10/10.3	Minderungsart	2		N	M	Schlüssel 6.1.5
10/10.4	Datum der Zuzahlung/Minde-rung	8		N	M	JJJJMMTT

11	Fallkosteninformation				M	Fallkosteninformation
11/11.1	Segmentkennung	3		AN	M	„FKI“
11/11.2	Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern ohne Abzug von Zuzahlungen (Bruttobetrag)	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Gebührennummern in EURO (exklusive Dialysesachkosten und Sachkosten). Das Feld ist zwingend zu füllen, wenn im Abrechnungsfall das Feld 9/9.7 mindestens einmal einen Wert enthält. Zwingend anzugeben bei Verträgen nach § 73b SGB V.
11/11.3	Gesamtbetrag der abgerechneten Dialysesachkosten ohne Abzug von Zuzahlungen (Bruttobetrag)	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Dialysesachkosten in EURO. Das Feld ist zwingend zu füllen, wenn im Abrechnungsfall das Feld 9/9.9 mindestens einmal einen Wert enthält.
11/11.4	Gesamtbetrag der abgerechneten Sachkosten ohne Abzug von Zuzahlungen (Bruttobetrag)	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Sachkosten exklusive Dialysesachkosten in EURO. Das Feld ist zwingend zu füllen, wenn im Abrechnungsfall das Feld 9/9.10 mindestens einmal einen Wert enthält.
11/11.5	Gesamtbetrag aller geleisteten gesetzlichen Zuzahlungen	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller gesetzlichen geleisteten Zuzahlungen in EURO. Die Angaben im MND-Segment sind hier nicht zu berücksichtigen.
11/11.6	Gesamtbetrag aller geleisteten vertraglich vereinbarten Zuzahlungen	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag der einbehaltenen vertraglich vereinbarten Zuzahlungen in Euro. Die Angaben im MND-Segment sind hier nicht zu berücksichtigen.
11/11.7	Gesamtbetrag aller Minderungsbeträge	..12	2	N	C	Summe aller Minderungen aus dem Segment MND ohne Minuskennzeichen.
11/11.8	Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern nach Abzug von Zuzahlungen (Nettobetrag/Zahlbetrag)	..12	2	N	M	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Gebührennummern in EURO nach Abzug der Zuzahlungen und Minderungen

4.4.1 Datensatz Einzelfallrechnung | Abschnitt 4.4.1

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
12	**Information Rechnung**				M	
12/12.1	Segmentkennung	3		AN	M	„RGI“
12/12.2	Abrechnungszeitraum					
12/12.2.1	Erster Tag des Abrech-nungszeitraums	8		N	M	Anzugeben ist der erste Tag des Abrech-nungszeitraumes im Format JJJJMMTT
12/12.2.2	Letzter Tag des Abrech-nungszeitraums	8		N	M	Anzugeben ist der letzten Tag des Ab-rechnungszeitraumes im Format JJJJMMTT
12/12.3	Information zur Rechnung	1		N	M	Anzugeben ist die Information zur Rech-nung gemäß Schlüssel 6.1.15
12/12.4	Rechnungssteller	9		AN	M	Anzugeben ist das IK des Rechnungsstel-lers
12/12.5	Rechnungsnummer	..20		AN	M	Anzugeben ist die eindeutige Rech-nungsnummer, die der Rechnungssteller vergibt. Eine Rechnungsnummer ist ein-deutig, wenn sie über alle Rechnungs-jahre hinweg – ohne Kombination mit an-deren identifizierenden Schlüsseln oder Merkmalen (z. B. IK des Leistungserbrin-gers, Rechnungsdatum) – für eine Kran-kenkasse nur einer einzigen Rechnung zugeordnet werden kann.
12/12.6	Rechnungsdatum	8		N	M	Anzugeben ist das Datum, an dem die Rechnung erstellt wurde, im Format JJJJMMTT.
12/12.7	IK des Zahlungsempfängers	9		AN	C	IK des Zahlungsempfängers Anzugeben, sofern abweichend vom IK des Rechnungsstellers (12/12.4)
12/12.8	Korrekturzähler	3		N	M	Informiert über die Anzahl der Korrektu-ren des Abrechnnungsfalls. Die erste Ab-rechnung wird mit „000“ gekennzeichnet.

4.4 Datensatz Einzelfallrechnung	Abschnitt 4.4

4.4.2 Datensatzbeschreibung Sammelrechnung (optional)	Abschnitt 4.4.2

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stellenzahl	davon Dez.-stel.	Feldtyp	Feldart	Bemerkungen
0	**Header-Segment** Nachrichtenkennung			AN AN	M M	"UNH" „RGS64D“, "**RGS73B**", „**RGS73C**“, „RG132E“, „RG132F“, **„RGS140“,** "**RG73BL**", "**RG73CL**" oder "**RG140L**"
1	**Information Verarbeitung**				M	
1/1.1	Segmentkennung	3		AN	M	„IVK“
1/1.2	Verarbeitungskennzeichen	2		AN	M	Schlüssel 6.1.9 Standardwert: 10
1/1.3	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalls	2		AN	M	Standardwert '01'
1/1.4	Identifikation des Senders	9		AN	M	IK der Daten versendenden Stelle
1/1.5	Identifikation des Kostenträgers	9		AN	M	IK des Kostenträgers
1/1.6	Sammelrechnungs-ID	..14		N	C	Anzugeben ist eine eindeutige Nummer, die die Zuordnung von Einzelfallrechnung und Sammelrechnung ermöglicht.
1/1.7	Identifikation der Datenannahmestelle	9		AN	M	IK der Datenannahmestelle (aus UNB 0010)

2	**Information Rechnung**				M	
2/2.1	Segmentkennung	3		AN	M	„RGI“
2/2.2	Abrechnungszeitraum					
2/2.2.1	Erster Tag des Abrechnungs-zeitraums	8		N	M	Anzugeben ist der erste Tag des Abrechnungszeitraumes im Format JJJJMMTT
2/2.2.2	Letzter Tag des Abrechnungs-zeitraums	8		N	M	Anzugeben ist der letzten Tag des Abrechnungszeitraumes im Format JJJJMMTT
2/2.3	Information zur Rechnung	1		N	M	Anzugeben ist die Information zur Rechnung gemäß Schlüssel 6.1.15
2/2.4	Rechnungssteller	9		AN	M	Anzugeben ist das IK des Rechnungsstellers
2/2.5	Rechnungsnummer	..20		AN	M	Anzugeben ist die eindeutige Rechnungsnummer, die der Rechnungssteller vergibt. Eine Rechnungsnummer ist eindeutig, wenn sie über alle Rechnungsjahre hinweg – ohne Kombination mit anderen identifizierenden Schlüsseln oder Merkmalen (z. B. IK des Leistungserbringers, Rechnungsdatum) – für eine Krankenkasse nur einer einzigen Rechnung zugeordnet werden kann.
2/2.6	Rechnungsdatum	8		N	M	Anzugeben ist das Datum, an dem die Rechnung erstellt wurde, im Format JJJJMMTT.
2/2.7	IK des Zahlungsempfängers	9		AN	C	IK des Zahlungsempfängers Anzugeben, sofern abweichend vom IK des Rechnungsstellers (2/2.4)
2/2.8	Korrekturzähler	3		N	M	Informiert über die Anzahl der Korrekturen des Abrechnnungsfalls. Die erste Abrechnung wird mit „000“ gekennzeichnet.

4.4.2 Datensatzbeschreibung Sammelrechnung (optional) | Abschnitt 4.4.2

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
3	**Information Rechnungsdaten**				M	
3/3.1	Segmentkennung	3		AN	M	"RGD" Das Segment ist je Statuskennzeichen entsprechend zu wiederholen.
3/3.2	Statuskennzeichen	1		N	M	Schlüssel 6.1.16
3/3.3	Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern ohne Abzug von Zuzahlungen (Bruttobetrag) je Versichertenstatus	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Gebührennummern in EURO (exklusive Dialysesachkosten und Sachkosten) ohne Abzug von Zuzahlungen.
3/3.4	Gesamtbetrag der abgerechneten Dialysesachkosten ohne Abzug von Zuzahlungen (Bruttobetrag)	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Dialysesachkosten in EURO
3/3.5	Gesamtbetrag der abgerechneten Sachkosten ohne Abzug von Zuzahlungen (Bruttobetrag)	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Sachkosten in EURO exklusive Dialysesachkosten.
3/3.6	Gesamtbetrag aller geleisteten gesetzlichen Zuzahlungen	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller gesetzlichen geleisteten Zuzahlungen in EURO .
3/3.7	Gesamtbetrag aller geleisteten vertraglich vereinbarten Zuzahlungen	..12	2	N	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag der einbehaltenen vertraglich vereinbarten Zuzahlungen in Euro.
3/3.8	Gesamtbetrag aller Minderungsbeträge	..12	2	AN	C	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller Minderungsbeträge.
3/3.9	Gesamtbetrag der abgerechneten Gebührennummern nach Abzug von Zuzahlungen (Nettobetrag/Zahlbetrag)	..12	2	N	M	Anzugeben ist der Gesamtbetrag aller abgerechneten Gebührennummern und Kosten in EURO nach Abzug der Zuzahlungen

5 Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung

Abschnitt 5

5.1 Fehlerverfahren

Abschnitt 5.1

Um die Datenübermittlung ohne zeitliche Verzögerung durchzuführen, ist bei Fehlern eine sofortige Reaktion erforderlich. Da bedeutet, dass im Fehlerfall der Absender umgehend zu informieren ist.

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

Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur

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

Stufe 2 – Prüfung der Syntax

Die Stufe 2 beinhaltet die syntaktischen Prüfungen. 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).

Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte

In Stufe 3 werden die formalen Prüfungen, z. B. Prüfungen gegen Infrastruktur-Dateien wie GO-Stammdateien durchgeführt. Die einzelnen Felder eines Segmentes werden auf plausiblen Inhalt geprüft (z. B. Datum, Uhrzeit). Schlüsselausprägungen müssen im Hinblick auf das Schlüsselverzeichnis bzw. auf Informationsstrukturdaten (z. B. IK, ICD) korrekt sein. Weiter finden Kombinationsprüfungen über mehrere Felder statt.

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.

Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen

Die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen werden individuell bei den einzelnen Krankenkassen durchgeführt. Für diesen Bereich werden keine kassenartenübergreifenden Regelungen vereinbart. Ein als fehlerhaft erkannter Geschäftsvorfall kann auch aus dem Fachverfahren abgewiesen werden.

5.2 Fehlerbehandlung (optional)	Abschnitt 5.2

(1) Der Absender ist über die festgestellten Mängel unverzüglich zu unterrichten; die Begründungen für die Zurückweisung sind dem Absender soweit wie möglich in nachvollziehbarer Form mitzuteilen. Dieser ist verpflichtet, seinerseits unverzüglich die zurückgewiesenen Daten zu berichtigen und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln.

(2) Bilateral kann der Austausch fehlerhafter Daten durch den Austausch der gesamten Datei vereinbart werden.

(3) Bilateral kann der Austausch fehlerhafter Einzelfälle vereinbart werden.

Die nach der mehrstufigen Prüfung als fehlerhaft erkannten Daten, werden in Form einer Fehlermeldung an den Absender zurückgesandt. Entsprechend der Prüfstufen wird wie folgt vorgegangen:

Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur

Sollte die übermittelte Übertragungsdatei (DFÜ) nicht lesbar sein, erfolgt die Klärung unmittelbar zwischen der empfangenden und der absendenden Stelle. Ist die Übertragungsdatei lesbar und sind Fehler in den Service-Segmenten oder falsche Absender- bzw. Empfängerangaben enthalten, so wird eine eigene Übertragungsdatei erzeugt, welche als Nachrichtentyp ausschließlich „FEH64D“, „FEH73B“, “FEH73C“ , „FEH140“, „FH73BL“, „FH73CL“, „FH140L“, "FE132E" bzw. "FE132F" (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält. Diese Datei wird an den Absender übermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht.

Die ursprüngliche Übertragungsdatei wird in diesem Falle als nicht übermittelt betrachtet. Bei der nächsten Übermittlung wird aus diesem Grund die Übertragungsreferenz (UNB 0020) nicht hochgezählt.

Stufe 2 – Prüfung der Syntax

Bei Verletzung der Syntax (z. B. bei falschen Segmenten, zu großer Feldlänge oder alphanumerischen Inhalten in numerisch definierten Datenelementen) ist die gesamte Nachricht von UNH bis UNT zurückzuweisen. Die Nachricht wird als nicht übermittelt betrachtet. Es wird eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp „FEH64D“, „FEH73B“ ,„FEH73C“, „FEH140“ ,„FH73BL“ , „FH73CL“ ,„FH140L“ ,"FE132E" , "FE132F" (Segmentfolge UNH plus 1 bis 20 FHL-Segmente, UNT) erzeugt und an den Absender der fehlerhaften Datei übermittelt.

Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte

Eine als fehlerhaft erkannte Nachricht wird abgewiesen und als nicht übermittelt betrachtet. Sie wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurück übermittelt.

Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen

Die Nachricht wird abgewiesen und als nicht übermittelt betrachtet. Sie wird um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurück übermittelt.

5.3 Datensatzbeschreibung Fehlernachricht (optional) | Abschnitt 5.3

Das Fehlerverfahren ist bilateral zu vereinbaren und in Kapitel 5 näher beschrieben.

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	max. Stel-lenzahl	davon Dez.-stel.	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
0/	**Header-Segment** Nachrichtenkennung			AN AN	M M	"UNH" „FEH64D“, "**FEH73B**" ,„**FEH73C**“, „FE132E“, „FE132F“, „**FEH140**“, "**FH73BL**", "**FH73CL**" oder "**FH140L**"
...	**Segmente aus der Original-nachricht**					
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 Seg-ment-gruppen ist fortlaufend inner-halb der Nachricht weiterzuzählen
2/2.4	Feldposition	2		AN	C	Nummer des Feldes (innerhalb des Seg-mentes), dem der Fehler zuzuordnen ist
2/2.5	Text	..70		AN	C	Fehlertext
2/2.6	Fehlercode	..6		AN	C	Schlüsselverzeichnis 6.1.7
2/2.7	Anwendungsreferenz (Datei-name)	..11		AN	C	aus UNB (0026)
2/2.8	Ersteller-IK der Originaldatei	9		AN	M	Der Erzeuger-IK der Abrechnungsdaten-datei aus UNB (0004) / Wird von jeder routende Stelle benötigt
2/2.9	Ersteller-IK der Fehlermeldung	9		AN	M	Der Ersteller-IK der Fehlermeldung / Wird von jede routende Stelle benötigt aus UNB (S004)
2/2.10	Datum/Uhrzeit der Erstellung - Datum der Erstellung - Uhrzeit der Erstellung	 8 4		 N N	 C C	 JJJJMMTT[7] HHMM
2/2.11	Nachrichtenreferenznummer	..14		AN	C	aus UNH (0062)
2/2.12	Übertragungsreferenz (Datei-nummer)	..14		AN	C	aus UNB (0020)

[7] Trennzeichen innerhalb zusammengesetzter Datenelemente ist ":"

Hinweis:

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

6 Informationsstrukturdaten — Abschnitt 6

6.1 Schlüsselverzeichnisse — Abschnitt 6.1

6.1.1 Kennungen der Nachrichtentypen — Abschnitt 6.1.1

DIR73B		Einzelfallrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
DIR73C		Einzelfallrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
DI132E		Einzelfallrechnung Versorgung mit Schutzimpfungen
DI132F		Einzelfallrechnung Versorgung durch Betriebsärzte
DIR140		Einzelfallrechnung Integrierte Versorgung
DIR64D		Einzelfallrechnung Modellvorhaben 64d SGB V
DR73BL		Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
DR73CL		Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
DR140L		Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung
RGS73B		Sammelrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
RGS73C		Sammelrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
RG132E		Sammelrechnung Versorgung mit Schutzimpfungen
RG132F		Sammelrechnung Versorgung durch Betriebsärzte
RGS140		Sammelrechnung Integrierte Versorgung
RGS64D		Sammelrechnung Modellvorhaben 64d SGB V
RG73BL		Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
RG73CL		Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
RG140L		Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung
FEH73B		Fehlernachricht Hausarztzentrierte Versorgung
FEH73C		Fehlernachricht Besondere ambulante ärztliche Versorgung
FE132E		Fehlernachricht Versorgung mit Schutzimpfungen
FE132F		Fehlernachricht Versorgung durch Betriebsärzte
FEH140		Fehlernachricht Integrierte Versorgung
FEH64D		Fehlernachricht Modellvorhaben 64d SGB V
FH73BL		Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
FH73CL		Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung

FH140L		Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung

6.1.2 Segmentkennungen

Abschnitt 6.1.2

Die mit „M“ gekennzeichneten Segmente sind für alle Übertragungen/ Nachrichtentypen Pflicht. „C“ steht für ein optionales Auftreten.

UNA	C	Trennzeichenvorgabe
UNB	M	Übertragungskopfsegment
UNH	M	Nachrichtenkopfsegment
UNT	M	Nachrichtenendesegment
UNZ	M	Übertragungsendesegment

Übersicht über die Verwendung der Segmente in den Nachrichtentypen:

IVK	M	Information Verarbeitungskennzeichen
INF	M	Information Fall
INV	M	Information Versicherter
IBH	C	Information behandelnder Arzt
IBZ	C	Information behandelnder Zahnarzt
IBL	C	Information Leistungserbringer
DIA	C	Diagnosedaten
OPS	C	OPS-Schlüssel
ABR	M	Abrechnungsinformation
FKI	M	Fallkosteninformation
MND	C	Minderung
RGI	M	Information zur Rechnung
RGD	M	Information Rechnungsdaten

6.1.3 Versichertenstatus	Abschnitt 6.1.3

Schlüssel entfällt mit der Technischen Anlage Version 4.0

6.1.4 Art der Inanspruchnahme

Abschnitt 6.1.4

1. Stelle	0	Direkt (Default)
	1	Orginalschein (Überweisung)
	2	Vertreterschein
	3	Notfallschein
	4	Zielauftrag
	5	Konsiliarauftrag
	6	Mit-/Weiterbehandlung

6.1.5 Minderungsart

Abschnitt 6.1.5

01	Derzeit nicht belegt
02	Derzeit nicht belegt
03	Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel nach § 31 Abs. 3 und § 61 S. 1 SGB V
04	Zuzahlung für Heilmittel nach § 32 Abs. 2 und § 61 S. 3 SGB V
05	Zuzahlung für Hilfsmittel nach § 33 Abs. 2 und § 61 S. 1 SGB V
06	Sonstige prozentuale Zuzahlungen
07	Sonstige pauschale Zuzahlungen
08	prozentuale Eigenbeteiligung
09	pauschale Eigenbeteiligung
10	Derzeit nicht belegt
11	Vertraglich vereinbarte Zuzahlungen
12	Sicherheitseinbehalt

6.1.6 Internationales Länderkennzeichen

Abschnitt 6.1.6

Es gelten die Länderkennzeichen gemäß Anlage 8 der DEÜV.

6.1.7 Fehlercodes

Abschnitt 6.1.7

Nachfolgend sind Fehlercodes für technische Fehler aufgelistet. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit vertragsindividuell weitere fachliche Fehlercodes mit möglichem alphanumerischem Aufbau zu vereinbaren und damit diese Liste individuell zu erweitern. Hierfür sind die dargestellten kassenartenbezogenen Nummernkreise (jeweils numerisch beginnend) zu verwenden.

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

4xxxxx Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
5xxxxx Ersatzkassen
6xxxxx Betriebskrankenkassen (BKK)
7xxxxx Innungskrankenkassen (IKK)
8xxxxx Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
9xxxxx Knappschaft Bahn-See

Fehler-nummer	Fehlertext
10001	Segment UNB fehlt bzw. folgt nicht auf UNA
10002	Datenelement im Servicesegment unzulässig leer
10004	Segment UNT fehlt
10005	Verwendetes Trennzeichen ist nicht bekannt
10006	Segment UNZ fehlt
10007	Datenfeldformat nicht numerisch
10008	Datenfeldlänge nicht korrekt
10010	Segment UNA doppelt
10030	Verwendete Syntax (in UNB) nicht bekannt
10032	IK Absender der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt
10033	IK Empfänger der Datei nicht annehmende Stelle
10034	Erstellungstag u. Uhrzeit der Datei > Tag u. Uhrzeit der Verarbeitung
10035	Uhrzeit hat die falsche Syntax
10036	Dateinummernfolge nicht korrekt
10037	Anwendungsreferenz fehlerhaft.
10038	Anwendungsreferenz < 8 Stellen oder > 11 Stellen
10050	Keine fortlaufende und lückenlose Reihenfolge in Nachrichtenreferenz (Stelle 3 bis 10)
10051	Nachrichtenreferenz zu lang
10052	Nachrichtentyp unbekannt
10053	ungültige Versionsnummer
10054	nicht belegt
10055	ungültige verwaltende Organisation

Fehler-nummer	Fehlertext
10060	ungültiger Inhalt in Anzahl Segmente bzw. Differenz zu Segmenten seit UNH
10061	Nachrichtenreferenznummer in UNH und UNT stimmt nicht überein
10070	Anz. Nachrichten (Anz. UNH) nicht = Anz. übermittelter Nachr. in Datei
10071	Übertragungsreferenz in UNB und UNZ sind nicht identisch.
10099	Segment nicht bekannt
10101	Auf Segment xxx darf Segment yyy nicht folgen
20002	Datenelement im Servicesegment unzulässig leer
20003	Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft
20007	Datenfeldformat nicht numerisch
20008	Datenfeldlänge nicht korrekt
20014	Inhalt Datenelement nicht JJJJMMTT
24031	Segment MND kann nur 999mal vorkommen
30010	Inhalt Datenelement nicht JJJJMMTT
30021	IK der Krankenkasse bei der DAV unbekannt.
30022	Für diese Kasse ist eine andere DAV zuständig – Daten separat senden.
30025	nicht belegt
30030	Geburtsdatum > Tag der Verarbeitung unzulässig.
30031	Weder KV-Nummer noch das Geburtsdatum des Versicherten vorhanden
30032	PLZ nicht 5 Stellen (Länderkennzeichen leer oder D) unzulässig.
30033	Falsche ICD-Version
30040	Datum > Tag der Verarbeitung unzulässig.
30041	Rechnungsdatum < Tag des Zugangs/Tag der Behandlung
30052	Datum der Zuzahlung muss angegeben werden
30061	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums < Erster Tag des Abrechnungszeitraums
30101	Verarbeitungskennzeichen entspricht nicht Schlüsselvorgabe
30102	Fehler "Versichertenstatus entspricht nicht Schlüsselvorgabe oder ist nicht 99999." entfällt mit der Technischen Anlage Version 4.0
30103	Geschlecht entspricht nicht Schlüsselvorgabe
30104	Länderkennzeichen entspricht nicht Schlüsselvorgabe
30107	Minderungsart entspricht nicht Schlüsselvorgabe
30108	Zuzahlungskennzeichen entspricht nicht Schlüsselvorgabe
30113	Lokalisation entspricht nicht Schlüsselvorgabe
30114	Diagnosesicherheit entspricht nicht Schlüsselvorgabe

6.1.8 Kennzeichen für Vertragsbereich Arzt	Abschnitt 6.1.8

Kennzeichen	Vertragsbereiche
01	Schleswig-Holstein
02	Hamburg
03	Bremen
17	Niedersachsen
20	Westfalen-Lippe
38	Nordrhein
46	Hessen
51	Rheinland-Pfalz
52	Baden-Württemberg
71	Bayern
72	Berlin
73	Saarland
78	Mecklenburg-Vorpommern
83	Brandenburg
88	Sachsen-Anhalt
93	Thüringen
98	Sachsen
99	Regional übergreifend

6.1.9 Verarbeitungskennzeichen	Abschnitt 6.1.9

10		Normalfall
30		Storno
40		Korrektur

6.1.10 Unfallkennzeichen	Abschnitt 6.1.10

0		default
2		Unfall/ -folgen
3		Versorgungsleiden

6.1.11 Geschlecht	Abschnitt 6.1.11

1		weiblich
2		männlich
3		unbekannt
4		divers

6.1.12 Zuzahlungsstatus	Abschnitt 6.1.12

1		zuzahlungspflichtig
2		zuzahlungsbefreit

6.1.13 Diagnosesicherheit	Abschnitt 6.1.13

A		ausgeschlossene Diagnose
G		gesicherte Diagnose
V		Verdachtsdiagnose
Z		symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose

6.1.14 Seitenlokalisation	Abschnitt 6.1.14

R		rechts
L		links
B		beidseitig

Hinweis: Für Leistungen ab dem 1. Quartal 2026 ist die Seitenlokalisation "B=beidseitig" aufgrund der Streichung im OPS 2026 ungültig und bei den OPS-Codes nicht mehr zu übermitteln. Stattdessen ist bei beidseitiger Durchführung jeweils ein OPS-Code für die linke und ein OPS-Code für die rechte Seite anzugeben. Bei den ICD-10-GM-codierten Diagnosen ist die Angabe der Seitenlokalisation „beidseitig“ weiterhin zulässig.

6.1.15 Information zur Rechnung	Abschnitt 6.1.15

1		Einzelabrechnung
2		Sammelrechnung
3		Nachtragsrechnung

4		Gutschrift/Stornierung
5		Zahlungserinnerung
6		1. Mahnung
7		2. Mahnung

6.1.16 Statuskennzeichen

Abschnitt 6.1.16

1		Mitglied (1. Stelle des Versichertenstatus von der eGK)
3		Familienversicherter(1. Stelle des Versichertenstatus von der eGK)
5		Rentner (1. Stelle des Versichertenstatus von der eGK)
9		Zusammenfassung der Statuskennzeichen „1“, „3“ und „5“
0		unbekannt

6.1.17 Kennzeichen für Vertragsbereich Zahnarzt

Abschnitt 6.1.17

Schlüssel	Institution
02	Baden-Württemberg
04	Niedersachsen
06	Rheinland-Pfalz
11	Bayern
13	Nordrhein
20	Hessen
30	Berlin
31	im Lande Bremen
32	Hamburg
35	Saarland
36	Schleswig-Holstein
37	Westfalen-Lippe
52	Mecklenburg-Vorpommern
53	Brandenburg
54	Sachsen-Anhalt
55	Thüringen
56	Sachsen
99	Regional übergreifend

6.1.18 Versichertenart

Abschnitt 6.1.18

1	Mitglied
3	Familienversicherter
5	Rentner

6.1.19 Besondere Personengruppe

Abschnitt 6.1.19

00	keine Besondere Personengruppe
04	Sozialhilfeempfänger § 264 SGB V
06	BVG (Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges)
07	SVA – Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht (Personen aus dem Ausland mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand)
08	SVA – Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht (Personen aus dem Ausland mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung pauschal)
09	Leistungsempfänger nach §§ 4 und 6 AsylbLG

6.1.20 DMP-Kennzeichen

Abschnitt 6.1.20

00	kein DMP-Kennzeichen
01	Diabetes mellitus Typ 2
02	Brustkrebs
03	Koronare Herzkrankheit
04	Diabetes mellitus Typ 1
05	Asthma bronchiale
06	COPD
07	Chronische Herzinsuffizienz
08	Depression
09	Rückenschmerz
10	Rheuma
11	Osteoporose
12	Adipositas – Erwachsene
13	Adipositas – Kinder und Jugendliche
14..29	reserviert (nicht valider Wertebereich)
30	Diabetes Typ 2 und KHK
31	Asthma und Diabetes Typ 2
32	COPD und Diabetes Typ 2
33	COPD und KHK
34	COPD, Diabetes Typ 2 und KHK

35	Asthma und KHK
36	Asthma, Diabetes Typ 2 und KHK
37	Brustkrebs und Diabetes Typ 2
38	Diabetes Typ 1 und KHK
39	Asthma und Diabetes Typ 1
40	Asthma und Brustkrebs
41	Brustkrebs und KHK
42	Brustkrebs und COPD
43	COPD und Diabetes Typ 1
44	Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK
45	Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 2
46	Brustkrebs und Diabetes Typ 1
47	COPD, Diabetes Typ 1 und KHK
48	Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 2
49	Asthma, Diabetes Typ 1 und KHK
50	Asthma, Brustkrebs und KHK
51	Brustkrebs, COPD und KHK
52	Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 2 und KHK
53	Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK
54	Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK
55	Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 1
56	Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK
57	Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 1
58	Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 1 und KHK
59..99	reserviert (nicht valider Wertebereich)

6.1.21 Verfahren_Kennung_Spezifikation	Abschnitt 6.1.21

IR73B		Einzelfallrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
IR73C		Einzelfallrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
D132E		Einzelfallrechnung Versorgung mit Schutzimpfungen
D132F		Einzelfallrechnung Versorgung durch Betriebsärzte
IR140		Einzelfallrechnung Integrierte Versorgung
DR64D		Einzelfallrechnung Modellvorhaben 64d SGB V
R73BL		Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
D73CL		Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
D140L		Einzelfallrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung
GS73B		Sammelrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
RS73C		Sammelrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
R132E		Sammelrechnung Versorgung mit Schutzimpfungen
R132F		Sammelrechnung Versorgung durch Betriebsärzte
RG140		Sammelrechnung Integrierte Versorgung
RG64D		Sammelrechnung Modellvorhaben 64d SGB V
R73BL		Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
R73CL		Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
R140L		Sammelrechnung Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung
FH73B		Fehlernachricht Hausarztzentrierte Versorgung
FEH73		Fehlernachricht Besondere ambulante ärztliche Versorgung
F132E		Fehlernachricht Versorgung mit Schutzimpfungen
F132F		Fehlernachricht Versorgung durch Betriebsärzte
FE140		Fehlernachricht Integrierte Versorgung
FE64D		Fehlernachricht Modellvorhaben 64d SGB V
F73BL		Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Hausarztzentrierte Versorgung
F73CL		Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Besondere ambulante ärztliche Versorgung
F140L		Fehlernachricht Leistungserbringerbezogene Abrechnung Integrierte Versorgung

7 Testverfahren (optional) — Abschnitt 7

(1) Der Absender und der Empfänger der Daten haben rechtzeitig vor der erstmaligen Durchführung und vor Änderungen des Datenträgeraustauschverfahrens die ordnungsgemäße Verarbeitung gegenseitig durch ein Testverfahren nachzuweisen.

(2) Die Testverfahren müssen alle Medien der Übermittlung mit allen technischen Verfahren, die zum Einsatz gelangen, umfassen.

(3) Das Testverfahren muss alle vereinbarten Dateisätze umfassen.

(4) Die Datenlieferungen zum Zwecke des Testverfahrens (auf der Basis anonymisierter Daten) gelten als Testfälle.

(5) Über das Testverfahren ist von beiden durchführenden Stellen ein Protokoll zu führen, das 1 Jahr aufzubewahren ist. Die Testverfahren sind auf der Basis anerkannter Qualitätssicherheitsstandards zu dokumentieren, so daß die Abläufe und Inhalte jederzeit nachvollziehbar und ggfs. wiederholbar sind.

(6) Die Testverfahren zur erstmaligen Teilnahme eines Kommunikationspartners an der Datenübermittlung sollen mindestens ein Quartal vor Produktionsstart beginnen. Die Testverfahren sind mit allen Partnern durchzuführen.

(7) Änderungen im laufenden Verfahren sind im gegenseitigen Einvernehmen zu testen und einzuführen.

(8) Die Verarbeitung gilt als ordnungsgemäß nachgewiesen, wenn Datensätze die Stufen 1-3 (s. Abschnitt 5.1) fehlerfrei durchlaufen haben.
Für die erstmalige Teilnahme wird eine schriftliche Bestätigung beider Partner bezüglich der in Absatz 3 und 7 genannten Anforderungen verlangt.

8 Datensicherheit

Abschnitt 8

(1) Die Datenaustauschpartner regeln jeweils für ihren Zuständigkeitsbereich durch schriftliche Dienstanweisungen, wie die zweckgebundene Nutzung der Daten und die Protokollierung des Zugriffs erfolgt. Diese Regelungen dienen insbesondere zur Erfüllung der Vorschriften aus §§ 9 BDSG und 78a SGB X.

(2) Die Partner stellen durch interne DV-Richtlinien die Ordnungsmäßigkeit der Verfahren von der Konzeption bis zur Produktion sicher. Hierzu sind allgemein anerkannte Funktionen der Qualitätssicherung und DV-Prüfung einzusetzen.

(3) Es handelt sich grundsätzlich um die technische und organisatorische Absicherung gegen „Mißbrauch" durch eine lückenlose Kontrolle der Speicherung, des Zugriffs, der gesetzlich und vertraglich geregelten Nutzung und der Übermittlung.

9 Datenübermittlung	

9.1 Datenschutz des Transportweges	Abschnitt 9.1

Detaildefinitionen:

(1) Datenformate[1]
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
Als Hash Funktion ist SHA-256 (256Bit) vorzusehen.

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

Öffentlicher Exponent des RSA Algorithmus
Als RSA Exponent soll die Fermat –4 Zahl (216+1) gewählt werden (siehe X.509)

[1] Hinweis:
"Quelle – Grundlage für das Verschlüsselungsverfahren – : Aktuelle Version der "Security Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheitswesen" in der jeweils gültigen Fassung.

9.1 Datenschutz des Transportweges	Abschnitt 9.1

Die unter X.500 vorzuhaltende Namenskonvention lautet:

C	= Country	(DE)
O	= Organization	(Name des Trust Centers)
OU	= Organization Unit	(Name der Institution)
OU	= Organization Unit	(IK-Nummer der Institution – für KVen Identifikation der Institution)
CN	= Common Name (Allgemeiner Name)	(Name des Ansprechpartners)

9.2 Übertragungs-Dateistruktur	Abschnitt 9.2

Allgemeine Übertragungs-Dateistruktur im Datenaustausch

Grundsatz

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich nur auf zu verschlüsselnde Dateien.
Spätestens mit der Verschlüsselung der Nutzdaten (EDIFACT-Struktur) sind die für das Routing der Daten erforderlichen Informationen gesondert zu liefern. Dazu soll eine unverschlüsselte Auftragsdatei die der Nutzdatendatei voranzustellen ist, verwendet werden, um die automatisierte Abwicklung der Datenaustauschverfahren zu sichern.

Voraussetzungen und Forderungen

Im Rahmen des Datenaustausches werden (per DFÜ oder über Datenträger) zwischen zwei Kommunikationspartnern Nutzdatendateien ausgetauscht. Dabei können, in Abhängigkeit der vorhandenen Übertragungswege, eine oder mehrere Stellen als Vermittlungsstellen fungieren. Unabhängig von der Art der Daten sollen die kommunizierenden Stellen die notwendigen Informationen erhalten, die es erlauben, Nutzdaten ohne Kenntnis der eigentlichen Dateninhalte zu befördern.

Um die Dateistruktur problemlos auf allen Hardware- und Software-Systemen lesen zu können, soll der Auftragssatz in fixer Satzlänge erstellt werden.

9.3 Verfahrensbeschreibung	Abschnitt 9.3

Verfahrensbeschreibung

Übertragung der Auftragsdatei und der Nutzdatendatei

Zu jeder Nutzdatendatei muss für die Übertragung die nachfolgend definierte Auftragsdatei generiert werden, die z. B. für das Routing benutzt wird. Die Übertragung jeder Nutzdatendatei erfolgt als separate Datei.

Übertragung per DFÜ

Im Rahmen einer DFÜ-Verbindung wird zunächst die Auftragsdatei und hiernach die Nutzdatendatei übermittelt. Ein Übertragungsvorgang besteht aus der Übertragung dieser zwei Dateien in der festgelegten Reihenfolge.

Übertragung per Datenträger

Magnetband/Magnetbandkassette:
Die Datenträger können mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei in der festgelegten Reihenfolge. Die Auftragsdatei wird den zugehörenden Nutzdaten vorangestellt.
Im jeweiligen Datei-Anfangskennsatz (HDR1) ist in dem Feld „Dateiname“ der Transferdateiname einzutragen.

Diskette/CD-ROM:
Die Datenübermittlung per Diskette/CD-ROM kann mehrere Nutzdatendateien beinhalten, jedoch jeweils versehen mit der zugehörigen Auftragsdatei.

Festlegung der physikalischen Dateinamen

Auf der Seite des Absenders besteht der Transferdateiname aus der Dateitypbezeichnung (Feld VERFAHREN_KENNUNG) und einer laufenden Nummer (Feld TRANSFER_NUMMER).[8]

Beispiel (gemäß Abschnitt 9.5):

Verfahren_Kennung (Stellen 20-24)	Transfernummer (Stellen 25-27)	Transferdateiname
EDRB0	789	EDRB0789

[8] Vergleich Abschnitt 9.5

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

Beispiel physikalischer Dateiname der Auftragsdatei: EDRB0789.AUF

Die Transfernummer dient der Eindeutigkeit der Dateinamen für die Zuordnung der Dateipaare (Nutzdatei und Auftragsdatei) im Datenaustausch. Insbesondere bei der parallelen (zeitgleichen) Übermittlung mehrerer Dateipaare zwischen zwei direkten Kommunikationspartnern ist so die Eindeutigkeit bei der Zuordnung gewährleistet.

9.4 Format der Auftragsdatei	Abschnitt 9.4

Format der Auftragsdatei

Nachfolgend ist das Format der Auftragsdatei (Auftragssatz) beschrieben.
Der Auftragssatz ist nur aus logischen Gründen in mehrere Teile (Objekte) aufgeteilt worden. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz. Alle Datenelemente müssen vorhanden sein.

Die Auftragsdatei liegt im ISO 7-Bit-Code gemäß DIN 66003 DRV 7 (Deutsche Referenzversion) vor.

Die Abkürzungen in den Spalten haben folgende Bedeutung:

Nutzungstypen:

- R: Routing-Informationen
- L: Logging- und Statusinformationen
- K: Information für KKS-Verfahren
- D: Datenträgerspezifische Informationen
- I: Interne Nutzung
- A: Allgemeine Informationen
- S: Informationen zur Verschlüsselung

Feldtypen:

- N: Numerisch (Zeichen ‘0’ - ‘9’, HEX-Code $30 - $39)
  Rechtsbündig mit führenden Nullen.
- A: Alpha (Zeichen ‘A’ - ‘Z’, HEX-Code $41 - $5A)
  Linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt
- AN: Alphanumerisch
  (Zeichen ‘A’ - ‘Z’, HEX-Code $41 - $5A; Zeichen ‘0’ - ‘9’, HEX-Code $30 - $39)
  Linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt

Feldarten:

- M: Muss versorgt werden
- C: Kann versorgt werden

9.5 Auftragssatzbeschreibung

Abschnitt 9.5

1. Teil „Allgemeine Beschreibung des Auftragssatzes“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
IDENTIFIKATOR	01 - 06	6	A	N	M	Identifikator des Objektes Konstante ‘500000’.
VERSION	07 - 08	2	A	N	M	Version der Auftragssatzstruktur. Ändert sich, wenn Felder des Auftragssatzes hinzugefügt, gelöscht oder geändert werden. ‘01’: erste Version des Verfahrens.
LÄNGE_AUFTRAG	09 - 16	8	A	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Bei VERSION = ‘01’ steht hier als Konstante ‘00000348’
SEQUENZ_NR	17 - 19	3	A	N	M	Laufende Nummer bei einer Teillieferung. Gibt die Sequenznummer der Datei an, sofern eine Nachricht auf mehrere Datenträger oder physikalische Dateien bei DFÜ verteilt werden muss. ‘000’ Nachricht ist komplett vorhanden ‘001’ Erster Teil der Nachricht. ... ‘nnn’ n-ter Teil der Nachricht ‘9xx’ Letzter Teil der Nachricht. Dabei gibt xx die Nummer des letzten Teils der Teillieferung an.

9.5 Auftragssatzbeschreibung | Abschnitt 9.5

1. Teil „Allgemeine Beschreibung des Auftragssatzes“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
VERFAHREN_KENNUNG (Dateityp)	20 - 24	5	R	AN	M	Das Feld VERFAHREN_KENNUNG zur allgemeinen Dateistruktur im Datenaustausch festgelegt. Das fünfstellige Datenelement (Stellen 20-24) kennzeichnet die Art der Datenlieferung. Stelle 20 „E“ für Echtdaten oder „T“ für Testdaten. Die Stellen 21-23 sind für folgende Kennung vorgesehen: - DRB für Hausarztzentrierte Versorgung - DRC für Besondere ambulante ärztliche Versorgung - DRI für Integrierte Versorgung - DRS für Versorgung mit Schutzimpfungen - DRM für Modellvorhaben nach § 64d SGB V Die Stelle 24 enthält eine Versionsnummer, beginnend mit Null (0)
TRANSFER_NUMMER	25 - 27	3	A	N	M	Laufende Transfernummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern. Bei jeder erfolgreichen Übertragung einer Datei wird TRANSFER_NUMMER um eins erhöht. Ist eine Übertragung fehlerhaft, so wird die TRANSFER_NUMMER für diesen Übertragungswunsch beibehalten und bei einer späteren Übertragung derselben Datei wiederverwendet. Das empfangende System ist daher dafür verantwortlich, unmittelbar nach Empfang eines Dateipaares (Nutzdaten, Auftragssatz) die Dateien unter einem neuen systemeindeutigen Dateinamen abzuspeichern, damit es nicht zu Überschreibungen von Dateien kommt.

9.5 Auftragssatzbeschreibung | Abschnitt 9.5

1. Teil „Allgemeine Beschreibung des Auftragssatzes“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28 - 32	5	R	AN	C	Weitere Spezifikation des Verfahrens innerhalb des in VERFAHREN_KENNUNG festgelegten Verfahrens (Schlüssel 6.1.21). Damit ist pro Verfahren eine weitere Unterscheidung der Nachrichtenart möglich. Dieses Feld kann weiterhin benutzt werden, um die Verarbeitungspriorität auszudrücken.
ABSENDER_EIGNER	33 - 47	15	R	AN	M	Absendender Eigner der Nutzdaten. Identifikation des Absenders. (IK: 9 Stellen) Der Eigner ist für die Korrektheit der Daten verantwortlich und veranlasst die Verschlüsselung mit seinem eigenen Zertifikat.
ABSENDER_PHYSIKALISCH	48 - 62	15	R	AN	M	Tatsächlicher physikalischer Absender der Nutzdaten. Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. (IK: 9 Stellen) Hier steht gegebenenfalls auch eine Datenübermittlungsstelle.

9.5 Auftragssatzbeschreibung | Abschnitt 9.5

1. Teil „Allgemeine Beschreibung des Auftragssatzes“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feld-typ	Feldart	Beschreibung
EMPFÄNGER _NUTZER	63 - 77	15	R	AN	M	Empfänger, der die Daten nutzen soll. Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. (IK: 9 Stellen) Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln. Der Nutzer nimmt die Weiterverarbeitung der Daten vor.
EMPFÄNGER _PHYSIKALISCH	78 - 92	15	R	AN	M	Empfänger, der Daten physikalisch empfangen soll (= nächster Empfänger). Identifikation desselben Typs wie im Feld ABSENDER_EIGNER angegeben. (IK: 9 Stellen) Hier steht gegebenenfalls auch eine Datenübermittlungsstelle.
FEHLER _NUMMER	93 - 98	6	R	N	M	Fehler-Nr. laut Fehlerkatalog bei Rücksendungen von Dateien. Zur Zeit konstant ‘000000’: = kein Fehler
FEHLER _MAßNAHME	99 - 104	6	R	N	M	Durchzuführende Maßnahme laut Fehlerkatalog. ‘000000’: keine Maßnahme erforderlich Siehe Feld FEHLER_NUMMER. Gemäß dem Fehlerverfahren festzulegen.

Kommentar:

- **ABSENDER_EIGNER gibt die verantwortliche Stelle für die Daten an, die mit dem ABSENDER_PHYSIKALISCH übereinstimmen kann.**
- **ABSENDER_EIGNER verschlüsselt die Nutzdaten, bzw. veranlaßt die Verschlüsselung.**
- **EMPFÄNGER_NUTZER ist die Stelle, die die Daten zur Auswertung verwendet und kann mit EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH übereinstimmen.**
- **EMPFÄNGER_NUTZER entschlüsselt die Nutzdaten.**

9.5 Auftragssatzbeschreibung | Abschnitt 9.5

1. Teil „Allgemeine Beschreibung des Auftragssatzes“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feld-typ	Feldart	Beschreibung
DATEINAME	105 – 115	11	A	AN	M	Der vom Anwendungssystem vergebene Dateiname (gemäß Abschnitt 4.1). Im Datenaustausch nach §294 ff. SGB V sind die Dateinamen in den technischen Anlagen zu den vertraglichen Regelungen nach §294 ff. SGB V festgelegt.
DATUM_ERSTELLUNG	116 – 129	14	L	N	M	Erstellungsdatum der Datei aus der Anwendung.Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde). Aus den Feldern ABSENDER_EIGNER, VERFAHREN_KENNUNG und DATUM_ERSTELLUNG kann ein eindeutiger Identifikator gebildet werden, anhand dessen eine Sendung eindeutig identifiziert werden kann. Es ist vom Absender-Eigner sicherzustellen, daß zwei unterschiedliche Sendungen nicht mit demselben Identifikator verschickt werden.
DATUM_ÜBERTRAGUNG_GESENDET	130 – 143	14	L	N	C	Start der Übermittlung der Datei. Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde) Diese Zeit kann als Logging-Information oder auch für Wiederaufsatzverfahren zwischen zwei Partnern genutzt werden. Wird vom Absender ausgefüllt.
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_START	144 – 157	14	L	N	C	Start des Empfangs der Datei. Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde). Wird nur vom ersten Empfänger ausgefüllt, der vertraglich die annehmende Stelle ist und deren Annahmezeit daher vertragliche Auswirkungen hat. Das Feld ist vom

						ersten Absender mit numerischen Nullen aufzufüllen.

9.5 Auftragssatzbeschreibung | Abschnitt 9.5

1. Teil „Allgemeine Beschreibung des Auftragssatzes“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feld-typ	Feld-art	Beschreibung
DATUM _ÜBERTRAGUNG _EMPFANGEN _ENDE	158 - 171	14	L	N	C	Ende der Empfangsübertragung der Datei. Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde). Wird vom Empfänger ausgefüllt.
DATEIVERSION	172 - 177	6	A	N	M	Versionsnummer der Datei. Wird derzeit in keinem Verfahren benutzt. Muss auf ‘000000’ gesetzt werden.
KORREKTUR	178	1	A	N	M	Ist bereits eine Datei mit derselben Dateiversion verschickt worden? ‘0’: Nein ‘1’: Dies ist die Korrekturdatei. Die bereits erhaltene Datei kann gelöscht werden. Wird derzeit in keinem Verfahren benutzt. Muss auf ‘0’ gesetzt werden.
DATEIGRÖßE _NUTZDATEN	179 - 190	12	A	N	M	Dateigröße der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
DATEIGRÖßE _ÜBERTRAGUNG	191 - 202	12	A	N	M	Dateigröße der übertragenen Nutzdatendatei in Bytes (Länge bei eventueller Verschlüsselung und Komprimierung)
ZEICHENSATZ	203 - 204	2	A	AN	M	"I1" ISO 8859-1 "I5" ISO 8859-15
KOMPRIMIERUNG	205 - 206	2	A	N	M	‘00’ keine
VERSCHLÜSSEL-UNGSART	207 - 208	2	A	N	M	‘00’ keine ‘02’ derzeit nicht belegt ‘03’ für LE-Verfahren im PKCS#7-Format
ELEKTRONISCHE_UNTERSCHRIFT	209 - 210	2	A	N	M	‘00’ keine (s. Anlage B) ‘02’ derzeit nicht belegt ‘03’ für LE-Verfahren im PKCS#7-Format

In der nachfolgenden Tabelle sind die möglichen Kombinationen zu den Tabellenzeilen „Elektronische_ Unterschrift und Verschlüsselungsart“ aufgeführt:

	Verschlüsselungsart = 00	Verschlüsselungsart = 02	Verschlüsselungsart = 03
Elektronische_Unterschrift = 00	Keine Verschlüsselung und keine Elektronische Unterschrift	Nicht möglich	Verschlüsselung gemäß PKCS#7 (implizit mit einer elektronischen Unterschrift)

Elektronische_Unterschrift = 02	Nicht möglich	Nicht möglich	Nicht möglich
Elektronische_Unterschrift = 03	Keine Verschlüsselung und eine Elektronische Unterschrift gemäß PKCS#7	Nicht möglich	Verschlüsselung und Elektronische Unterschrift gemäß PKCS#7 (keine zusätzliche explizite EU)

2. Teil „Spezifische Information zur Bandverarbeitung“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feld-typ	Feldart	Beschreibung
SATZFORMAT	211 - 213	3	D	A	C	Satzformat der Datei auf dem Datenträger: F=FIX, V=Variabel, U=Undefiniert, FB=FIX_geblockt, FBA=FIX_geblockt_, VB=Variabel geblockt, ... Bei DFÜ: Konstante ‘ ‘.
SATZLÄNGE	214 - 218	5	D	N	C	Satzlänge bei fixem Satzformat Bei DFÜ: Konstante ‘00000’.
BLOCKLÄNGE	219 - 226	8	D	N	C	Blocklänge in Bytes, sofern geblockt. Bei DFÜ: Konstante ‘00000000’.

Hinweis: Bei Bandverarbeitung sind alle drei Felder SATZFORMAT, SATZLÄNGE und BLOCKLÄNGE auszufüllen.

3. Teil „Spezifische Informationen für das KKS-Verfahren“:

Spezifische Informationen zur Verarbeitung mit dem KKS-Verfahren (Kommentare siehe KKS-Verfahren, Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden):

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feld-typ	Feldart	Beschreibung
Status	227	1	K	N	C	Bei Anlieferung durch das Abrechnungssystem: Leerzeichen Verarbeitungskennzeichnung (Anwendung, FTAM): 0 Einstellung in Ordnung 1 Ändern 2 Suspendieren 3 Löschen 4 Übertragen 5 Transferphase 6 Keine Verbindung 7 Fehlerhafter Transfer 8 Statusabfrage
Wiederholung	228 - 229	2	K	N	C	Hier wird die maximale Anzahl der Übertragungswiederholungen bei fehlerhaften Übertragungen angegeben.Wenn der angegebene Zähler überschritten wird, oder ein nichtbehebbarer Fehler beim Übertragungsversuch aufgetreten ist, wird der Auftrag als nicht durchführbar

						mit einem Diagnosecode gekenn-zeichnet

9.5 Auftragssatzbeschreibung	Abschnitt 9.5

3. Teil „Spezifische Informationen für das KKS-Verfahren“:

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
Übertragungsweg	230	1	K	N	C	Mögliche Wege sind: 1 X.25 2 ISDN 3 ISDN, bei Übertragungsproblemen erneuter Versuch über X.25 4 X.25, bei Übertragungsproblemen erneuter Versuch über ISDN 5 anderer Weg
Verzögerter Versand	231 – 240	10	K	N	C	Hier wird der Zeitpunkt eingetragen, zu dem der Auftrag ausgeführt werden soll. Wird das Feld nicht vom Abrechnungssystem gefüllt oder ist der angegebene Ausführungszeitpunkt bereits überschritten, wird der Auftrag vom KKS zum nächstmöglichen Zeitpunkt ausgeführt. Im Format JJMMTTSSmm (Jahr, Monat, Tag, Stunde und Minute)
Info und Fehlerfelder	241 – 246	6	K	N	C	Fehlernummer aus FTAM. Bei erfolgreich ausgeführten Aufträgen ist das Feld leer.
Variables Info-Feld	247 – 274	28	K	AN	C	Klartextfehlermeldung. Bei erfolgreich ausgeführten Aufträgen ist das Feld leer.

4. Teil „Spezifische Information zur Verarbeitung innerhalb eines RZ“:

Spezifische Informationen zur Verarbeitung innerhalb eines Rechenzentrums (Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden):

Bezeichnung	Stellen	Länge	Nutz-typ	Feld-typ	Feld-art	Beschreibung
DATEINAME _PHYSIKALISCH	275 – 318	44	I	AN	C	Verarbeitungsinterner physischer Dateiname
DATEI _BEZEICHNUNG	319 – 348	30	I	AN	C	Variabler Bereich, um Zusatzinformationen zur Datei bereitzustellen

5. Teil „Spezifische Information zur Verschlüsselung“:

Die Informationen für die Verschlüsselung (DES-Session-Key, ..) werden gemäß der Definition der Security-Schnittstelle für das Gesundheits- und Sozialwesen in den dafür definierten Feldern in der Nutzdatendatei festgelegt.