Vereinbarung

gemäß § 115f SGB V i. V. m. der Hybrid-DRG-Verordnung
über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des SGB V
(Hybrid-DRG-AV)

zuletzt geändert durch 2. Änderungsvereinbarung vom 24. Oktober 2024

zwischen

dem GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)
K. d. ö. R., Berlin

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
K. d. ö. R., Berlin

§ 1
Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung regelt die Form und den Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung von den nach § 115f Absatz 3 Satz 1 SGB V zur Erbringung und Abrechnung berechtigten Leistungserbringern. Sie gilt für
   a) die unmittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse gemäß § 115f Absatz 3 Satz 2 SGB V der nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und
   b) die mittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse der nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einer Abrechnungsbeauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V.

(2) Berechtigt zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach Absatz 1 sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die eine Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V nachweisen.

§ 2
Datenübermittlung und -Inhalte

(1) Für die in der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung genannten Leistungen ist in der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung eine abrechenbare Fallpauschale (Hybrid-DRG) aufgeführt, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt. Es gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

(2) Die in der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung aufgeführte Hybrid-DRG ist für die gesamte Dauer der erbrachten Leistungen insgesamt einmal berechnungsfähig. Die Durchführung der Leistungen nach einer Hybrid-DRG an demselben Versicherten zulasten derselben Krankenkasse ist ein Hybrid-DRG-Abrechnungsfall.

(3) Die Übermittlung der Rechnungen für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung erfolgt im Wege der elektronischen Datenübermittlung.

(4) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung sowie die mit der Rechnung zu übermittelnden Angaben für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung werden in einer Technischen Anlage (Anlage 2) festgelegt. In der

Technischen Anlage werden zudem die von den Krankenkassen eingerichteten zentralen Datenannahme- und -verteilstellen aufgeführt.

(5) Technisch fehlerhafte oder unvollständige Angaben sind von der Krankenkasse umgehend nach erfolgreicher Übermittlung zu beanstanden. Die fachliche Prüfung der technisch fehlerfreien Rechnungen durch die Krankenkassen ist hiervon nicht betroffen. Das Nähere wird in der Technischen Anlage festgelegt.

(6) Aufgrund erforderlicher Vorlaufzeiten für die Anpassung der technischen Prozesse können die Krankenkassen das Verfahren nach Absatz 4 und 5 nicht unmittelbar umsetzen, spätestens jedoch bis zum 1. Januar 2025.

§ 3
Abrechnungs- und Zahlungsfristen

(1) Eine Übermittlung der Abrechnung soll spätestens sechs Monate nach Beendigung eines Hybrid-DRG-Abrechnungsfalls erfolgen. Das Übermittlungsdatum ist der Zeitpunkt des Eingangs der Daten bei der Krankenkasse bzw. bei der beauftragten Datenannahmestelle. Die Krankenkasse prüft unmittelbar nach Eingang der Rechnung die sachlich-rechnerische Richtigkeit.

(2) Die Zahlungsfrist der Krankenkasse beträgt 21 Tage nach Eingang der Rechnung, sofern innerhalb dieser Zahlungsfrist keine Beanstandung durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens der Anlage 2 erfolgt.

(3) Fällt das Ende der Zahlungsfrist nach Absatz 2 auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, endet die Frist mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktages.

(4) Wird das Ende der Zahlungsfrist nach Absatz 2 überschritten, sind nach Zahlungsfristablauf Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.

§ 4
Weitere Bestimmungen

(1) Das Nähere zu den technischen Vorgaben für die Praxisverwaltungssystemhersteller für die Abrechnung von Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung bei Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

(2) Im Fall der Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung mit der Abrechnung gibt die Kassenärztliche Vereinigung das Nähere zur Übermittlung der Abrechnungsinformationen an sie vor.

(3) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnung und die Wirtschaftlichkeit sowie die Qualität der Leistungserbringung und können hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen.

§ 5
Übergangsregelung

(1) Die gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V beauftragte Kassenärztliche Vereinigung kann für Leistungen der Hybrid-DRG-Verordnung, die im Kalenderjahr 2024 erbracht werden, die Abrechnung abweichend von §§ 2 und 3 nach dem in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Verfahren vornehmen.

(2) Die Vergütung für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung wird mittels spezifischer Abrechnungsziffern gemäß Anlage 1 im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung mittels Formblatt 3 gemäß § 54 Absatz 2 BMV-Ä ausgewiesen. Der Ausweis erfolgt auf der Ausweisebene 6 unter der Verwendung der Kontenart Code 401 und der Budgetkennung Code 6. Das Wohnortprinzip gemäß § 83 SGB V gilt entsprechend.

(3) Die Abrechnungsziffern gemäß Anlage 1 werden als Bestandteil der Einzelfallnachweise gemäß § 1 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Ä übertragen. Das Fehlen von Abrechnungsinformationen, für die keine spezifischen Felder (wie Aufnahmegrund, -anlass, Entlassungsgrund, Beatmungsstunden, Aufnahmegewicht, Geschlecht, Anfang der Leistung sowie Rechnungsdaten) gemäß der Datensatzbeschreibung der Einzelfallnachweise in der Technischen Anlage zur Anlage 6 BMV-Ä existieren, begründet keine Beanstandung oder Zurückweisung der Abrechnung durch die Krankenkasse. Für die Diagnosen, die der Abrechnung der Leistung nach Absatz 2 zugrunde liegen, ist der ICD-Schlüssel gemäß der gültigen Fassung der ICD-10-GM anzugeben; es gilt § 2 Absatz 1 Satz 2. Im Einzelfallnachweis ist die Hauptdiagnose im Feld 5/5.3.4 des LED-Segments am Beginn des Feldes wie folgt zu übermitteln: „#H_ICD-SCHLÜSSEL#“ (Beispiel: „#H_K40.00#“).

§ 6
Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit dem Datum der Unterzeichnung in Kraft und gilt für die Abrechnung von Leistungen ab dem 1. Januar 2024.

§ 7
Kündigung

(1) Diese Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung hat durch einen eingeschriebenen Brief zu erfolgen. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

(2) Sollte eine Bestimmung dieser Vereinbarung unwirksam sein, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen davon nicht berührt. Die Vereinbarungsparteien verpflichten sich, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine dieser Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Regelung zu treffen.

Protokollnotizen:

1. Die Vereinbarungspartner verständigen sich bis zum 30. Juni 2024 auf die Definition eines Fehlerverfahrens sowie eines Verfahrens zur Beanstandung der Rechnung in elektronischer Form und der Kommunikationspartner.
2. Zur Beanstandung von Leistungen im Rahmen der Übergangsregelung wird das Verfahren nach § 106d Absatz 6 SGB V analog angewendet. Hierzu verständigen sich die Vereinbarungspartner bis zum 30. Juni 2024.
3. Die Vereinbarungspartner verständigen sich auf ein Verfahren zur Übermittlung der Abrechnungsgenehmigung der abrechnenden Leistungserbringer spätestens bis zum 1. Januar 2025.
4. Sofern Anpassungsbedarf an der Technischen Anlage von einem der Vereinbarungspartner bis zum 15. März 2024 als erforderlich angesehen wird, verpflichten sich die Vereinbarungspartner diesen kurzfristig zu beraten und spätestens bis zum 31. März 2024 hierzu eine Entscheidung herbeizuführen.

Anlagen:

1. Abrechnungsziffern für Hybrid-DRG
2. Technische Anlage (TA)

Anlage 1 zur Hybrid-DRG-AV
(Abrechnungsziffern für Hybrid-DRG)

Abrechnungs-ziffer	Bezeichnung	Bewertung
83001	G09N - Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre o. komplexe Herniotomien o. Operation einer Hydrocele testis o. andere kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	2.021,82 €
83002	G24N - Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff o. Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren o. schweren CC	1.965,05 €
83003	G24M - Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre o. ohne äußerst schwere o. schwere CC	1.653,41 €
83004	I20N - Andere Eingriffe am Fuß ohne chronische Polyarthritis o. Diabetes Mellitus mit Komplikationen o. Alter < 16 Jahre	1.072,95 €
83005	I20M - Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe o. komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	909,25 €
83006	J09N - Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	1.038,17 €
83007	L17N - Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre	1.189,09 €
83008	L20N - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien o. bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC o. Alter < 16 Jahre o. Alter > 89 Jahre	1.791,58 €
83009	L20M - Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien o. bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äußerst schwere CC o. Alter > 15 Jahre o. Alter < 90 Jahre	1.412,05 €
83010	N05N - Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere o. schwere CC o. anderer Eingriff an der Harnblase o. Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre	1.554,58 €
83011	N07N - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen o. bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose o. bestimmte Eingriffe am Uterus o. kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	1.587,73 €
83012	N25N - Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen o. bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose o. andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre	1.458,20 €

Technische Anlage Hybrid-DRG-AV

Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 115f SGB V i. V. m. der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des SGB V (Hybrid-DRG-AV)

Stand der Technischen Anlage:	29.08.2024
Anzuwenden ab:	rückwirkend ab 1. Januar 2024 gemäß Abrechnungsvereinbarung
Version:	1.2

Inhalt

Historie **4**

1 Allgemeines **5**

2 Durchführung der Datenübermittlung **7**

2.1 Grundsätze *7*

2.2 Verschlüsselung *8*

2.3 KKS-Auftragssatz *9*

2.4 Übermittlungsarten *12*

2.5 Dateiname und Übermittlungskontrolle *13*

2.5.1 Dateiname unverschlüsselte Datei 13

2.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei 13

2.5.3 Dateiname der Auftragssatzdatei 14

2.5.4 Übermittlungskontrolle 14

2.5.5 Empfangsquittierung 15

2.6 Institutionskennzeichen *15*

2.7 Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen *15*

3 Testverfahren **16**

4 Aufbau und Inhalt der Dateien **17**

4.1 Erläuterung der Datensatzbeschreibungen *17*

4.2 Nachrichtenstruktur / Segmente *19*

4.3 Nachrichtenaufbaudiagramm 115f-Abrechnung *21*

4.4 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze *22*

4.5 Datensatzbeschreibung 115f-Abrechnung *25*

4.6 Datensatzbeschreibung 115f-Fehlernachricht *29*

5 Fehlerverfahren **32**

5.1 Stufe 0: Physikalische Vorprüfung der Datei *32*

5.1.1 Stufe 0: Dateinummer 32

5.2 Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur *33*

5.2.1 Stufe 1: Dateinummer 33

5.3 Stufe 2: Prüfung der Syntax *33*

5.4 Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte *34*

5.5 Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen *34*

6 Verfahren nach Feststellung von Fehlern **35**

6.1 Fehlerfeststellung durch Rechnungssteller *35*

6.2 Fehlerfeststellung durch Rechnungsempfänger *35*

7 Schlüsselverzeichnisse **36**

7.1 Fehlercodes 36

Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
1.2	abgestimmt	29.08.2024	GKV-SV und KBV	gesamtes Dokument	Überarbeitung hinsichtlich Storno- und Fehlernachricht
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	2	2. Absatz: redaktionell angepasst; 4. Absatz: 2. Spiegelstrich redaktionell angepasst
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	3.1	4. Absatz: redaktionell angepasst
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	3.3	VERFAHREN_KENNUNG und VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION: Beschreibung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	3.5.1 bis 3.5.4	Abschnitte bzgl. dreistelligem Zähler aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.2	b) UNH: redaktionell angepasst
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.4	UNB_S004, UNH_0065: Erläuterung aktualisiert UNH_0051: Inhalt und Erläuterung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment UNH: Nachrichtenkennung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment DGH: Überschrift, 2.2.1: Bemerkung aktualisiert 2.2.2 entfernt und Nummerierung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment DGN: Überschrift, 3.2.1: Bemerkung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment LEA: 4.2.1: Länge geändert, Bemerkung aktualisiert 4.2.4: Länge geändert 4.2.5: Feldtyp und Feldart geändert, Bemerkung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment OPA: 5.2.1: Bemerkung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment REA: 6.2.2, 6.2.3: Bemerkung aktualisiert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	5.5	Segment IVA: 7.5: Feldart geändert 7.5.2: Feldtyp geändert
1.1	abgestimmt	26.03.2024	GKV-SV und KBV	Anhang 1	Abschnitt redaktionell ergänzt
1.0	Veröffentlichung	29.02.2024	GKV-SV und KBV		initiales Dokument

1 Allgemeines

Diese Technische Anlage regelt organisatorische und technische Sachverhalte zur elektronischen Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V.

Endet die Anspruchsberechtigung eines Versicherten bei seiner Krankenkasse im Laufe der Dauer 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. Kann der Versicherte seine Anspruchsberechtigung bei der neuen Krankenkasse für die Dauer des Abrechnungsfalls rückwirkend belegen, ist dies vom Vertragsarzt zu berücksichtigen, sofern noch keine Übermittlung der Abrechnungsinformationen an die beauftragte KV bzw. den beauftragten Dritten oder keine Abrechnungen gemäß dieser Anlage an die Krankenkasse erfolgt sind.
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 enthaltenen Ausführungen zu Standards und Normen zum Datenaustausch mit der gesetzlichen Krankenversicherung der Technischen Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch, vereinbart zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Als ausschließlicher Transportweg ist die Datenfernübertragung (DFÜ) vorgesehen.

- Für direktabrechnende Ärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und beauftragte Dritte sind als Grundlage zu verwenden:

    - "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 115f-Rechnung zu stellen, werden Daten in dem nachfolgend beschriebenen Format (EDIFACT) und unter Einhaltung der beschriebenen Rahmenvorgaben von der abrechnenden Stelle (direktabrechnender Arzt bzw. MVZ, beauftragte KV, beauftragter Dritter) an die Datenannahmestellen der Krankenkassen verschlüsselt und unkomprimiert gemäß den Regelungen des Vertrags nach § 115f Absatz 1 SGB V übermittelt.

Je abgerechneter Hybrid-DRG wird ein Datensatz (=Abrechnungsfall) mit eigener Rechnungsnummer erstellt. In einer Datei können mehrere Abrechnungsfälle übermittelt werden.

Erfolgreiche Datenannahmen werden unter Verwendung des SFTP-Verfahrens (technischer Status im sftp-Protokoll) seitens der Datenannahmestellen 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 und inhaltlichen Beanstandungen unterschieden. Datenübermittlungen (und damit 115f-Rechnungen) mit formalen und fachlich-inhaltlichen Fehlern werden anhand der vereinbarten Fehlermeldung (115FEH) automatisiert an die abrechnende Stelle zurückgemeldet (oder falls die Datei korrupt oder nicht lesbar ist, erfolgt eine Rückmeldung per Telefon/E-Mail).
Bei jeder Übermittlung werden eine Auftragsdatei gemäß KKS-Auftragsdatensatz und eine dazugehörige Nutzdatendatei übertragen. Eine Nutzdatendatei enthält beliebig viele, mindestens jedoch eine 115f-Nachricht (Nachrichtentyp Abrechnung "115FRE" oder Fehlernachricht „115FEH“).

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[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 der Verschlüsselungsalgorithmus AES mit 256 Bit Schlüssellänge im CBC-Mode vorzusehen.

Interchange Key

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

Hashfunktion/Signaturalgorithmus

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

Als Hashfunktion ist SHA256withRSAandMGF1 (PSS-Verfahren) vorzusehen.

RSA-Schlüssellänge

Die RSA-Schlüssellänge beträgt:
Teilnehmer – 4096 bit (Standard)

[1] Hinweis:
"Quelle – Grundlage für das Verschlüsselungsverfahren – : Aktuelle Version der "Security Schnittstelle (SECON)"
(https://www.gkv-datenaustausch.de/technische_standards_1/technische_standards.jsp)

Öffentlicher Exponent des RSA-Algorithmus

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

2.3 KKS-Auftragssatz

Bezeichnung	Stellen	Länge	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
IDENTIFIKATOR	01 - 06	6	N	M	Konstante '500000'.
VERSION	07 - 08	2	N	M	Version der Auftragssatzstruktur. '01': erste Version des Verfahrens.
LÄNGE_AUFTRAG	09 - 16	8	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Bei VERSION = '01' steht hier als Konstante '00000348'
SEQUENZ_NR	17 - 19	3	N	M	Laufende Nummer bei einer Teillieferung. Konstante "000" Bei 115f keine Teillieferungen zulässig.
VERFAHREN_KENNUNG (Dateityp)	20 - 24	5	AN	M	Art der Datenlieferung: Stelle 20 "E" für Echtdaten oder "T" für Testdaten. Die Stellen 21-23 sind für folgende Kennung vorgesehen: "HDR" Die Stelle 24 enthält die Konstante "0"
TRANSFER_NUMMER	25 - 27	3	N	M	Zähler laut Abschnitt 2.5.2"Dateiname verschlüsselte Datei"
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28 - 32	5	AN	K	Weitere Spezifikation des Verfahrens innerhalb des in VERFAHREN_KENNUNG festgelegten Verfahrens. Zwingend anzugeben: "HDRA0" für Abrechnung "HDRF0" für Fehler
ABSENDER_EIGNER	33 - 47	15	AN	M	Absendender Eigner der Nutzdaten. (IK: 9 Stellen) Zertifizierungs-IK
ABSENDER_PHYSIKALISCH	48 - 62	15	AN	M	Tatsächlicher physikalischer Absender der Nutzdaten. (IK: 9 Stellen) IK der KV / des Dritten / des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ / DAV-IK
EMPFÄNGER_NUTZER	63 - 77	15	AN	M	Empfänger, der die Daten nutzen soll. (IK: 9 Stellen) Zertifizierungs-IK
EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH	78 - 92	15	AN	M	Empfänger, der Daten physikalisch empfangen soll (= nächster Empfänger). (IK: 9 Stellen) DAV-IK / IK der KV / des Dritten / des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ
FEHLER_NUMMER	93 - 98	6	N	M	Konstante '000000'

Bezeichnung	Stellen	Länge	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
FEHLER_MAßNAHME	99 - 104	6	N	M	Konstante ‘000000’
DATEINAME	105 - 115	11	AN	M	Dateiname gemäß Abschnitt 2.5.2"Dateiname".
DATUM_ERSTELLUNG	116 - 129	14	N	M	Erstellungsdatum der Datei aus der Anwendung. Format JJJJMMTTssmmss (Jahr, Monat, Tag, Stunde, Minute, Sekunde).
DATUM_ÜBERTRAGUNG_GESENDET	130 - 143	14	N	K	Hinweis 1
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_START	144 - 157	14	N	K	Hinweis 1
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_ENDE	158 - 171	14	N	K	Hinweis 1
DATEIVERSION	172 - 177	6	N	M	Konstante: ‘000000’
KORREKTUR	178	1	N	M	Konstante "0"
DATEIGRÖßE_NUTZDATEN	179 - 190	12	N	M	Dateigröße der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt)
DATEIGRÖßE_ÜBERTRAGUNG	191 - 202	12	N	M	Dateigröße der Nutzdatendatei in Bytes (verschlüsselt)
ZEICHENSATZ	203 - 204	2	AN	M	‘I5’: ISO 8859-15
KOMPRIMIERUNG	205 - 206	2	N	M	‘00’ keine
VERSCHLÜSSELUNGSART	207 - 208	2	N	M	‘03’ für LE-Verfahren im PKCS#7-Format
ELEKTRONISCHE_UNTERSCHRIFT	209 - 210	2	N	M	‘03’ für LE-Verfahren im PKCS#7-Format
SATZFORMAT	211 - 213	3	A	K	Hinweis 2
SATZLÄNGE	214 - 218	5	N	K	Hinweis 1
BLOCKLÄNGE	219 - 226	8	N	K	Hinweis 1
Status	227	1	N	K	Hinweis 1
Wiederholung	228 - 229	2	N	K	Hinweis 1
Übertragungsweg	230	1	N	K	Hinweis 1
Verzögerter Versand	231 - 240	10	N	K	Hinweis 1

Bezeichnung	Stellen	Länge	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
Info und Fehlerfelder	241 - 246	6	N	K	Hinweis 1
Variables Info-Feld	247 - 274	28	AN	K	Hinweis 2
DATEINAME_PHYSIKALISCH	275 - 318	44	AN	K	Hinweis 2
DATEI_BEZEICHNUNG	319 - 348	30	AN	K	Hinweis 2

Hinweis 1 (numerische Felder):
Wenn Kann-Felder nicht geliefert werden, sind diese mit Nullen (HEX $30) zu befüllen.

Hinweis 2 (alphanumerische Felder):
Wenn Kann-Felder nicht geliefert werden, sind diese mit Blanks (HEX $20) zu befüllen.

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 GGT Anlage 7 "Electronic Mail (E-Mail)" verwendet werden. Details sind bilateral zwischen Absender und Empfänger zu vereinbaren.

Für SFTP werden die Details (Serveradressen, Verzeichnisse, Zugangsdaten usw.) bilateral zwischen Absender und Empfänger vereinbart. Die KVen sollen SFTP als Übermittlungsart verwenden.

2.5 Dateiname und Übermittlungskontrolle

Die folgenden Informationen gelten für die Abrechnungsdaten und für die Fehlernachrichten.

2.5.1 Dateiname unverschlüsselte Datei

Der Dateiname wird im Auftragssatz im Feld "DATEINAME" (Stellen 105 - 115) und in UNB_0020 angegeben.

Stelle 1:
"C" für 115f

Stellen 2-6:
KV-Abrechnung: VKNR (Vertragskassennummer)
Direktabrechnung: VKNR oder Konstante "00000"
Abrechnung Dritte: Konstante "99999"

Stelle 7:
Jahr der Erstellung: Buchstaben (A = 2024, B = 2025 usw.)

Stelle 8:
Monat der Erstellung: Buchstaben (A = Januar, B = Februar usw.)

Stellen 9-11:
Eindeutiger Zähler, fortlaufend pro Kasse, KV, direktabrechnendem Arzt bzw. MVZ oder Dritte, siehe Abschnitt 2.5.4 Übermittlungskontrolle

Beispiel: C12345AD001

2.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei

Stellen 1-10:
IK der KV, des Dritten oder des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ, Unterstrich

Stellen 11-20:

Abrechnungs-IK der Kasse, Unterstrich

Stelle 21:
"E" für Echtdaten oder "T" für Testdaten

Stellen 22-24:
Für die Kennung "HDR" vorgesehen

Stelle 25 enthält die Konstante "0"

Stelle 26-28:
Eindeutiger Zähler, fortlaufend pro Kasse, KV oder Dritte, direktabrechnendem Arzt bzw. MVZ, siehe Abschnitt 2.5.4 Übermittlungskontrolle

Beispiel: 123456789_123456789_EHDR0123

2.5.3 Dateiname der Auftragssatzdatei

Der Name der zugehörigen Auftragsdatei besteht aus dem in Abschnitt 2.5.2 definierten Dateinamen mit dem Zusatz ‘AUF’.

Beispiel: 123456789_123456789_EHDR0123.AUF

2.5.4 Übermittlungskontrolle

Um eine fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien zwischen Absender und Empfänger sicherzustellen, wird mittels eines separaten Zählers (Stelle 9 bis 11 des Dateinamens gemäß 2.5.1 im Feld UNB 0020) eine eindeutige fortlaufende Kennzeichnung festgelegt, die es sowohl dem Absender als auch dem Empfänger erlaubt, die fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien pro Kasse zu prüfen.

Für ein Absender-Empfänger-Paar ist der Zähler fortlaufend je Dateiübermittlung um 1 zu inkrementieren. Bei Datenüberlauf ist mit "001" (999+1 = 001) neu aufzusetzen.

Innerhalb eines Erstellungsmonats dürfen maximal 999 Dateien pro Datensender und pro Krankenkasse übertragen werden.

2.5.5 Empfangsquittierung

Dateien die mit SFTP übermittelt werden, gelten nach dem Vertrag nach § 115f Absatz 1 SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung – als geliefert, wenn vom Übertragungsprotokoll kein Fehler an den Datensender zurückgemeldet wird. Tritt ein Fehler bei der Übermittlung der Dateien auf, haben sowohl Empfänger als auch Sender aktiv an einer Lösung für eine erfolgreiche Datenübermittlung mitzuwirken.

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)[2] beantragt werden. Das jeweils gültige IK ist den Kostenträgern mitzuteilen bzw. dieser Vereinbarung zu entnehmen (Anhang 1).

2.7 Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen

Die Kostenträger haben jeweils zentrale Datenannahme- und -verteilstellen eingerichtet, welche im Anhang 1 aufgeführt sind (siehe unten).

Änderungsmeldungen, die bis zum Ende des ersten Monats eines Quartals mitgeteilt wurden, werden bei der Datenerstellung des Folgequartals berücksichtigt.

Es wird verwiesen auf den Anhang 1 der 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) und zur Technischen Anlage Hybrid-DRG-AV Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 115f SGB V i. V. m. der Hybrid-DRG-Verordnung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens für Leistungen

[2] ARGE IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (dguv.de)

nach der Hybrid-DRG-Verordnung aufgrund des § 115f Absatz 4 Satz 1 und 3 des SGB V (Hybrid-DRG-AV)
(https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/asv/asv_1.jsp)

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 2.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei als solche gekennzeichnet sein.

4 Aufbau und Inhalt der Dateien

4.1 Erläuterung der Datensatzbeschreibungen

Anzahl Stellen:

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:

Hier wird die Anzahl der Dezimalstellen angegeben. Das Dezimalzeichen ist als eigene Stelle innerhalb eines numerischen Inhalts in Form eines Kommas zu übermitteln, wird aber bei der Ermittlung der maximalen Länge eines Datenelementwertes nicht 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.

Negative Werte

Negative nummerische Werte werden durch ein vorangestelltes Minuszeichen dargestellt. Es ist nicht Bestandteil der maximalen Feldlänge.

4.2 Nachrichtenstruktur / Segmente

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 (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.

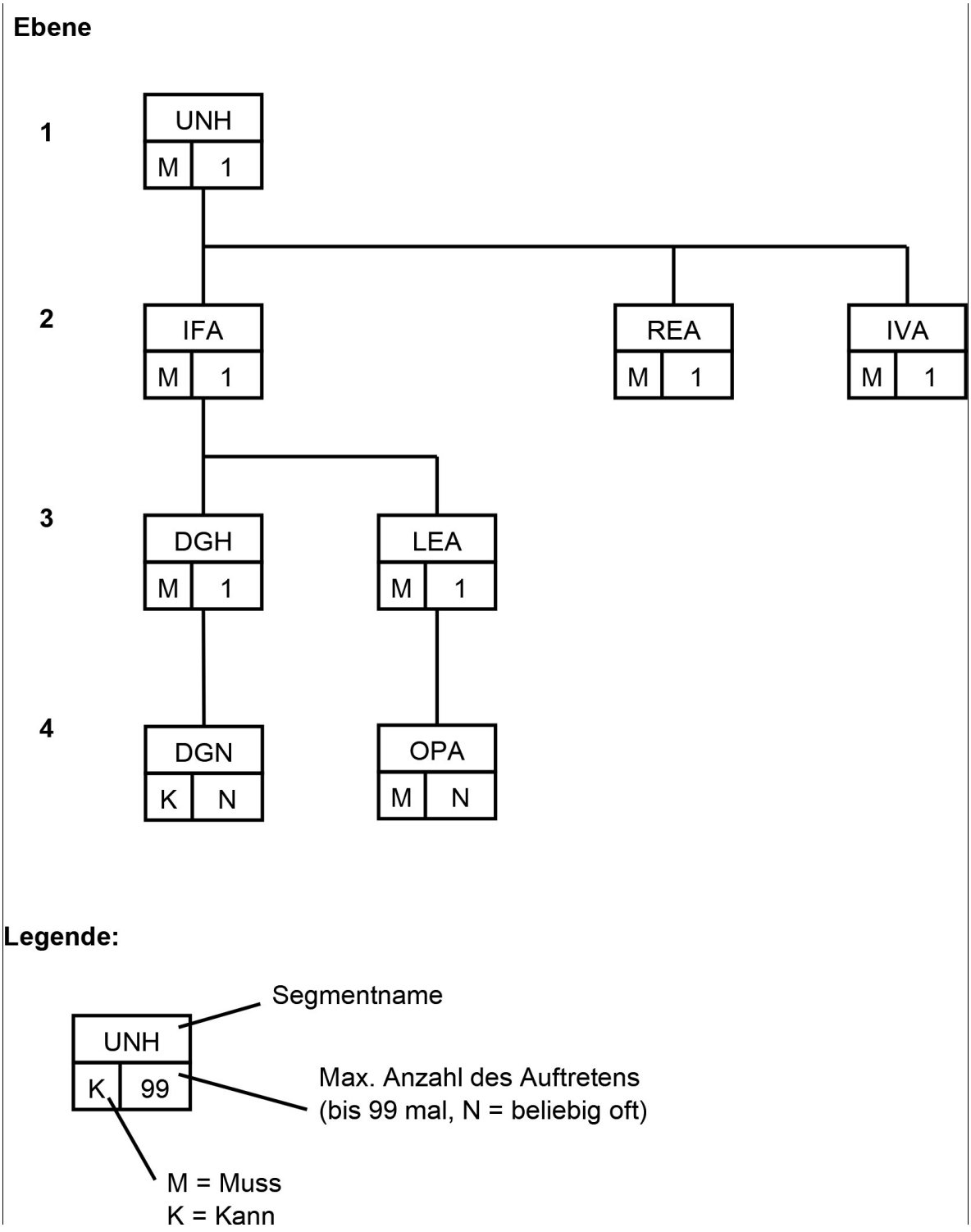
b) Struktur 115f-Abrechnung/Storno (Beispiel):

UNH			Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps 115FRE
	IFA		Fall, Arzt: Erbringer, Überweiser
		DGH	Hauptdiagnose pro Fall
		DGN	Nebendiagnose
		DGN	Nebendiagnose
		LEA	Hybrid-DRG
		OPA	1. OP-Schlüssel der Hybrid-DRG
		OPA	2. OP-Schlüssel der Hybrid-DRG
	REA		Fallwert über den Fall
	IVA		Versicherteninformation
UNT			Nachrichtenendesegment für Eigner-/Nutzerpaket

c) Struktur 115f-Fehlernachricht (Beispiel):

UNH		Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps 115FEH
	Originalnachricht	Originalnachricht ohne UNH, UNT; nicht bei Prüfstufe 1 zu übertragen, zwingend bei Prüfstufen 2 bis 4 zu übertragen
	FHL	1. Fehlermeldung zur Nachricht (zum Fall)
	FHL	2. Fehlermeldung zur Nachricht (zum Fall)
	FHL	3. Fehlermeldung zur Nachricht (zum Fall)
		usw.
UNT		

4.3 Nachrichtenaufbaudiagramm 115f-Abrechnung



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 physikalischen absendenden Stelle (DAV-IK, IK der KV/des Dritten /des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ, vgl. Anhang 1)
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	IKs des physikalischen Empfängers (DAV-IK, IK der KV/des Dritten /des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ vgl. Anhang 1)
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	L: Leistungserbringer K: Kostenträger

S004	Datum/Uhrzeit			M		Datum/Uhrzeit der Erstellung
0017	- Datum	8	N	M	JJJJMMTT	
0019	- Uhrzeit	4	N	M	HHMM	
0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateiname	Dateiname aus Abschnitt 2.5.1 Dateiname unverschlüsselte Datei
0035	Testindikator	1	N	K	Testübertragung	Nur für Testzwecke nötig; 1: Test
UNZ	**Übertragungsendesegment**	3	AN	M	UNZ	
0036	Anzahl Nachrichten	..6	N	M	Segmentzähler	Anzahl der UNH-Segmente (Nachrichten) in der Übertragungsdatei
0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateiname	analog UNB_0020 (Dateiname)

Segment-kürzel	Datenelementname	Anz. Stell.	Feld-typ	Feld-art	Inhalt	Erläuterungen
UNH	**Nachrichtenkopfsegment**	3	AN	M	UNH	Eigner-/Nutzerpaket
0062	Nachrichtenreferenz-Nr.	..14	AN	M	Eigner-/ NutzerIdentifikation	Laufende Nummer der Nachricht innerhalb einer Datei
S009	Nachrichtenkennung			M		
0065	- Nachrichten-Typ	..6	AN	M	Nachrichtentypkennung	Nachrichtentyp "115FRE" Abrechnung/Storno "115FEH" Fehler
0052	- Versionsnummer	..3	N	M	Hauptversion der Nachrichtenstruktur	Major-Version
0054	- Releasenummer	..3	N	M	Release der Nachrichtenstruktur	Minor-Version
0051	- Verwaltende Organisation	2	AN	M	HD	Hybrid-DRG
UNT	**Nachrichtenendesegment**	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	paarig zu DE 0062 im UNH

Nachrichtenversion	TA-Version	Gültig ab Monat der Leistungserbringung / Jahr
1.0	1.0	01/2024
1.0	1.1	01/2024
1.0	1.2	01/2024

4.5 Datensatzbeschreibung 115f-Abrechnung

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anzahl Stellen	davon Dez-stellen	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
0/	**Header-Segment**			an	M	"UNH"
	Nachrichtenkennung			an	M	"115FRE"
1/	**Information Fall**				M	Fallinformation (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH)) Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
1/1.1	Segmentkennung	3		an	M	"IFA"
1/1.2	Erbringer				M	
1/1.2.1	Betriebsstätte BSNR	9		an	M	Betriebsstättennummer (Erbringer)
1/1.2.2	Arztnummer-LANR	9		an	M	Lebenslange Arztnummer
1/1.3	Überweiser				K	bei Vorlage einer Überweisung
1/1.3.1	Betriebsstätte BSNR	9		an	K	Betriebsstättennummer (Überweiser)
1/1.3.2	Arztnummer-LANR	9		an	K	Lebenslange Arztnummer (Überweiser)
1/1.4	Aufnahmegrund	2		an	M	Konstante "13“ (=Hybrid-DRG durch Vertragsarzt)
1/1.5	Aufnahmeanlass	1		an	M	Konstante "E“ (=Einweisung durch einen Arzt)
1/1.6	Aufnahmegewicht	..5		n	K	Aufnahmegewicht in Gramm, bei Kleinkindern bis zu 1 Jahr
1/1.7	Entlassungsgrund	3		an	M	Konstante "019“
2/	**Hauptdiagnosedaten**				M	Hauptdiagnosedaten des Falls (Vorkommen: einmal pro Fall (IFA)) (nur gesicherte Diagnosen) Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
2/2.1	Segmentkennung	3		an	M	"DGH"
2/2.2	Diagnose				M	
2/2.2.1	Hauptdiagnose, codiert	..12		an	M	ICD-Schlüssel, gültige Fassung der ICD-10-GM Version (Es gelten die Deutschen Kodierrichtlinien)
2/2.2.2	Seitenlokalisation	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig

3/	**Nebendiagnosedaten**				K	Nebendiagnosedaten des Falls (Vorkommen: 0 - n mal pro Hauptdiagnose (DGH)); Sekundärdiagnosen werden als Nebendiagnosen angegeben Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
3/3.1	Segmentkennung	3		an	M	"DGN"
3/3.2	Diagnose				M	
3/3.2.1	Nebendiagnose, codiert	..12		an	M	ICD-Schlüssel, gültige Fassung der ICD-10-GM Version (Es gelten die Deutschen Kodierrichtlinien)
3/3.2.2	Seitenlokalisation zur Nebendiagnose	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig
4/	**Leistungsdaten**				M	Hybrid-DRG (Vorkommen: einmal (IFA)) Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
4/4.1	Segmentkennung	3		an	M	"LEA"
4/4.2	Leistung				M	
4/4.2.1	Hybrid-DRG	..8		an	M	Hybrid-DRG (Derzeit 4 Stellen)
4/4.2.2	Datum Beginn der Leistung	8		n	M	logisches Datum im Format JJJJMMTT
4/4.2.3	Datum Ende der Leistung	8		n	M	logisches Datum im Format JJJJMMTT
4/4.2.4	Anzahl Hybrid-DRG	1		n	M	Konstante "1“
4/4.2.5	Beatmungsstunden	…4		n	K	Format H bis HHHH
4/4.2.6	Dokumentation	..70		an	K	Abrechnungsbegründung
5/	**OP-Schlüssel**				M	OP-Schlüssel zur GOP (Vorkommen: 1 - n mal pro Hybrid-DRG (LEA)) Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
5/5.1	Segmentkennung	3		an	M	"OPA"
5/5.2	Operationsschlüssel				M	
5/5.2.1	Operationsschlüssel codiert	..9		an	M	OPS (in der jeweils gültigen Version)
5/5.2.2	Seitenlokalisation	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig
5/5.2.3	OPS-Datum	8		n	K	OPS-Datum (JJJJMMTT)

6/	**Rechnungsdaten**				M	Rechnungsdaten (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH)) Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
6/6.1	Segmentkennung	3		an	M	"REA"
6/6.2	Rechnung				M	
6/6.2.1	Rechnungsbetrag	..12	2	n	M	Rechnungsbetrag
6/6.2.2	Rechnungsnummer	..12		an	M	Rechnungsnummer eindeutig je Rechnungs-steller je Fall
6/6.2.3	Rechnungskennzeichen	1		n	M	"0" = Rechnung, "1" = Storno
6/6.2.4	Rechnungsdatum	8		n	M	Datum der Rechnungserstellung (JJJJMMTT)
6/6.2.5	IK_logischer Absender	9		an	K	IK des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ
6/6.2.6	IK_physikalischer Absender	9		an	M	IK des Absenders (KV, Dritte, ggf. direktab-rechnender Arzt bzw. MVZ)
6/6.2.7	IK_Abrechnender_Kosten-traeger	9		an	M	Abrechnungs-IK der Krankenkasse
6/6.2.8	IK_Zahlungsempfaenger	9		an	M	IK des Zahlungsempfängers
7/	**Information Versicherter**				M	Informationen zum Versicherten (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH)) Bei Storno sind mindestens die Muss-Felder zu übertragen.
7/7.1	Segmentkennung				M	"IVA"
7/7.2	Versichertenstatus				M	
7/7.2.1	Versichertenart	1		n	M	1/3/5 = Mitglied/ Familienangeh./ Rentner
7/7.2.2	Besondere Personengruppe	2		an	M	00/04/06/07/08/09 = Tabelle für "Besondere Personengruppe eGK" Anzugeben bei eingelesener eGK (optional auch im Ersatzverfahren)
7/7.3	Versichertenbezug Nummer				K	
7/7.3.1	Versichertennummer	..12		an	M	Versichertennummer (s. Hinweis 1)
7/7.4	Versichertenbezug Name				K	Muss-Feld bei Ersatzverfahren
7/7.4.1	Nachname	..45		an	M	Nachname des Versicherten
7/7.4.2	Vorname	..45		an	M	Vorname des Versicherten
7/7.5	Zusatzinformation Versi-cherter				M	
7/7.5.1	Datum	8		n	M	Geburtsdatum des Versicherten
7/7.5.2	Geschlecht des Versicherten	1		an	M	M = männlich W = weiblich X = unbestimmt D = divers

Hinweise:

1 Die Versichertennummer ist von der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu übernehmen.
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.

4.6 Datensatzbeschreibung 115f-Fehlernachricht

Die nachfolgende Datensatzbeschreibung der 115f-Fehlernachricht gilt für die Rückmeldung der Fehler der Prüfstufen 1 bis 4.

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anzahl Stellen	davon Dez.-stellen	Feld-typ	Feld-art	Bemerkungen
0/	**Header-Segment** Nachrichtenkennung			AN AN	M M	"UNH" "**115FEH**"
1	**Originalnachricht**				K	Originalnachricht ohne UNH, UNT; nicht bei Prüfstufe 1 zu übertragen, zwingend bei Prüfstufen 2 bis 4 zu übertragen

2	**Segment Fehlermeldung**				M	maximal 99 mal möglich
2/2.1	**Segmentkennung**	3		AN	M	"FHL"
2/2.2	**Segment**	3		AN	K	Name des Segmentes, dem der Fehler zuzuordnen ist
2/2.3	**Segmentposition**	3		AN	K	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	K	Nummer des Feldes (innerhalb des Segmentes), dem der Fehler zuzuordnen ist[4]
2/2.5	**Text**	..70		AN	K	Fehlertext
2/2.6	**Fehlercode**	..6		AN	M	Fehlercodes aus Schlüsselverz. 7.1
2/2.7	**Anwendungsreferenz (Dateiname)**	..11		AN	M	Dateiname gemäß Abschnitt 2.5.1
2/2.8	**Ersteller-IK der Originaldatei**	9		N	M	IK des Leistungserbringers (IK der KV, des direktabrechnenden Arztes bzw. MVZ oder des beauftragten Dritten, siehe Anhang 1)
2/2.9	**Ersteller-IK der Fehlermeldung**	9		N	M	IK der Krankenkasse (Abrechnungs-IK, siehe Anhang 1)
2/2.10	**Datum/Uhrzeit der Erstellung**				K	
2/2.10.1	**- Datum der Erstellung**	8		N	M	JJJJMMTT
2/2.10.2	**- Uhrzeit der Erstellung**	4		N	M	HHMM
2/2.11	**Nachrichtenreferenznummer**	..14		AN	K	aus UNH (0062)
2/2.12	**Übertragungsreferenz (Dateinummer)**	..14		AN	K	aus UNB (0020)
2/2.13	**Anforderungskennzeichen Korrektur/Storno[3]**	1		N	M	1 = Korrektur 2 = Storno (nur Fehler der Stufe 4)
2/2.14	**Rechnungsnummer**	..12		AN	K	Rechnungsnummer aus 6/6.2.2 der Originalnachricht; anzugeben sofern aus Originalnachricht lesbar

[3] Innerhalb einer Fehlernachricht dürfen nur identische Werte geliefert werden.

[4] Bei der Zählung werden auch Gruppendatenelemente mitgezählt. Beispiel Segment IVA, Fehler bei "Vorname": IVA+_:_+_+_:Fehler:_' => Fehlerposition von "Vorname" ist 6.

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

5 Fehlerverfahren

Die 115f-Abrechnungsdaten (Nachrichtentyp "115FRE") und 115-Fehlernachrichten (Nachrichtentyp "115FEH") werden vom jeweiligen Datenempfänger einer mehrstufigen Prüfung unterzogen. Die Prüfung der Fehlernachricht erstreckt sich nicht auf die mitgelieferte Originalnachricht.

Eine Fehlernachricht darf nicht mit einer Fehlernachricht beantwortet werden. Sofern eine Fehlernachricht nicht verarbeitet werden kann, klären dies Empfänger und Absender telefonisch oder per E-Mail.

Fehlernachrichten werden unter Angabe des ursprünglichen unverschlüsselten Dateinamens übermittelt.

5.1 Stufe 0: Physikalische Vorprüfung der Datei

Übertragungsdateien werden auf ihre physikalische Lesbarkeit geprüft. Sollte die übermittelte Übertragungsdatei nicht lesbar sein (z. B. keine Entschlüsselungsmöglichkeit, Datei lässt sich nicht öffnen) und somit nicht einem automatisierten Verarbeitungsprozess zugeführt werden können, erfolgt eine unmittelbare Klärung zwischen Datensender und -empfänger (Telefonat, E-Mail).

Die Übertragungsdatei wird in diesem Falle als nicht übermittelt betrachtet, bei der nächsten Übermittlung wird deshalb die Dateinummer gemäß Abschnitt 2.5.4 nicht hochgezählt.

5.1.1 Stufe 0: Dateinummer

Werden mehrere physikalische Dateien mit fortlaufender Dateinummer gemäß Abschnitt 2.5.4 übermittelt und werden bei einer Datei Fehler der Stufe 0 festgestellt, so bildet die Dateinummer der Datei, die zuletzt erfolgreich verarbeitet wurde, den Anker für die Nummerierung der erneut zu liefernden Dateien, wenn sie nicht innerhalb von 14 Tagen übermittelt werden kann.

Beispiel 1
Dateien mit Nummer 1 bis 4 werden übermittelt. Datei 1 beinhaltet Fehler der Stufe 0, Dateien 2 bis 4 beinhalten Fehler der Stufe 0 nicht.
Nach Ablauf von 14 Tagen und einer fehlenden Neulieferung von Datei 1 sind die Dateien 2 bis 4 erneut zu übermitteln.

Beispiel 2
Dateien mit Nummer 1 bis 4 werden übermittelt. Datei 2 beinhaltet Fehler der Stufe 0, Dateien 1, 3 und 4 beinhalten Fehler der Stufe 0 nicht.
Nach Ablauf von 14 Tagen und einer fehlenden Neulieferung von Datei 2 sind die Dateien 3 und 4 erneut zu übermitteln.

5.2 Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur

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

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 "115FEH" (mit einem oder mehreren Fehlersegmenten) enthält, erzeugt (Struktur der Datei: UNB, UNH mit Nachrichtentyp-Kennung "115FEH", Datensegment(e) FHL; UNT, UNZ) und an den Absender zurückübermittelt, sofern die Fehlersituation eine maschinelle Bearbeitung ermöglicht. Die Originalnachricht ist in diesem Fall nicht zu übertragen.

5.2.1 Stufe 1: Dateinummer

Für die Zählung der Dateinummer bei Abweisungen der Stufe 1 gilt der Abschnitt 5.1.1 entsprechend.

5.3 Stufe 2: Prüfung der Syntax

Je Nachricht wird die Reihenfolge der Segmente (Service- und Nutzdaten-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 "115FEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.
Die Übermittlung der Originalnutzdaten muss nicht erfolgen, wenn die Nutzdatensegmente nicht lesbar sind oder nicht der Syntax der vereinbarten Struktur entsprechen.

5.4 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.).

Im Fehlerfall wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "115FEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

5.5 Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen

Im Rahmen der Stufe 4 werden weitere, über die in Stufe 3 hinausgehende fachliche Konsistenzprüfungen des Abrechnungsfalls durchgeführt.

Im Fehlerfall wird dann eine Fehlernachricht mit dem Nachrichtentyp "115FEH" (Segmentfolge UNH, original Nutzdatensegmente, FHL, UNT) erzeugt und an den Absender übermittelt.

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 in einer erneuten Abrechnungsdatei das Rechnungskennzeichen für Storno setzt und die ursprüngliche Rechnungsnummer übermittelt.

Eine eventuelle neue Abrechnung desselben Abrechnungsfalls wird mit einer neuen Rechnungsnummer übertragen.

Stellt der Rechnungssteller in seiner Abrechnung einen Fehler fest, kann er diese mit einer Stornierung beenden.

6.2 Fehlerfeststellung durch Rechnungsempfänger

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitten 5.1 "Stufe 0: Physikalische Vorprüfung der Datei" und 5.2 "Stufe 1: Prüfung von Datei und Dateistruktur" als fehlerhaft identifizierte Datei erfordert die Übermittlung einer neuen Datei, da die als fehlerhaft identifizierte Datei als nicht übermittelt betrachtet wird (vgl. 5.1 und 5.2). Eine Stornierung durch den Rechnungssteller ist nicht erforderlich, da die Datei nicht verarbeitet werden konnte. Nach einer vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitte 5.3 "Stufe 2: Prüfung der Syntax" und 5.4 "Stufe 3: Formale Prüfung auf Feldinhalte" als fehlerhaft identifizierten Nachricht kann vom Rechnungssteller eine korrigierte Nachricht unter Angabe einer neuen oder der ursprünglichen Rechnungsnummer übermittelt werden. Eine Stornierung durch den Rechnungssteller ist nicht erforderlich, da die Hybrid-Fälle nicht verarbeitet werden konnten.

Eine vom Rechnungsempfänger gemäß Abschnitt 5.5 "Stufe 4: Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen" als fehlerhaft identifizierte Nachricht kann vom Rechnungssteller in Abhängigkeit von der Anforderung korrigiert oder storniert werden. Die Storno- oder Korrekturmeldung erfolgt unter Angabe der ursprünglichen Rechnungsnummer. Nach einer Stornierung ist die neue Nachricht mit neuer Rechnungsnummer zu übermitteln. Kann der Rechnungssteller einen Fehler nicht korrigieren, kann er die Abrechnung mit einer Stornierung beenden.

7 Schlüsselverzeichnisse

7.1 Fehlercodes

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

Fehler-num-mer	Fehlertext (max. 70 Zeichen)	Fehlertext lang
STUFE 1	*bezogen auf Service-Seg-mente*	
10001	Segment UNB fehlt bzw. folgt nicht auf UNA	identisch
10003	Segment UNH fehlt (UNH folgt nicht auf UNB oder UNT)	identisch
10004	Segment UNT fehlt	identisch
10030	Verwendetes Trennzeichen ist nicht bekannt	identisch
10031	Anzahl der Trennkennzeichen im Segment fehlerhaft	identisch
10006	Segment UNZ fehlt	identisch
10007	Segment UNA doppelt	identisch
1D008	Segmentendezeichen fehlt	identisch
10037	Inhalt Datenelement nicht JJJJMMTT	identisch
10040	Verwendete Syntax nicht be-kannt/falsch	identisch
10041	IK Absender der Datei nicht als Kommunikationspartner bekannt	identisch
10043	IK Empfänger der Datei nicht annehmende Stelle	identisch

10038	Inhalt Datenelement nicht HHMM, UNB S004_0019	identisch
10047	Dateinummernfolge nicht korrekt	identisch
10061	Nachrichtentyp unbekannt, UNH S009/0065	identisch
10062	ungültige Versionsnummer, UNH S009/0052	identisch
10063	ungültige Releasenummer, UNH S009/0054	identisch
10064	Dateiname nicht korrekt	identisch
1D010	Übertragungsreferenz in UNB und UNZ sind nicht identisch.	identisch
10099	Segment nicht bekannt	identisch
1D999	Übergangsfehlercode, bilaterale Klärung Rechnungssteller/-empfänger[5]	Übergangsfehlercode, kann bis zum Abschluss der Abstimmung des endgültigen Fehlercodes verwendet werden. Bilaterale Klärung zwischen Rechnungssteller und -empfänger erforderlich.

Fehlernummer	**Fehlertext (max. 70 Zeichen)**	**Fehlertext lang**
STUFE 2	*bezogen auf Nutzdaten-Segmente*	
20001	Datenelement im Segment unzulässig leer	identisch
20002	Datenfeldformat nicht numerisch	identisch
20033	Datenfeldlänge nicht korrekt	identisch
20021	Inhalt Datenelement nicht JJJJMMTT, 4.2.2, 4.2.3, 5.2.3, 6.2.4	identisch

[5] Es ist ein zur Fehlersituation passender Fehlertext zu verwenden.

2D012	Segmentreihenfolge falsch	identisch
20071	Nachrichtenreferenznummer in UNH und UNT stimmt nicht überein	identisch
20070	Anz. Nachrichten (Anz. UNH) nicht = Anz. übermittelter Nachr. in Datei	identisch
2D001	Unbekannter Schlüsselwert lt. TA, UNH S009_0051	identisch
2D999	Übergangsfehlercode, bilaterale Klärung Rechnungssteller/-empfänger[6]	Übergangsfehlercode, kann bis zum Abschluss der Abstimmung des endgültigen Fehlercodes verwendet werden. Bilaterale Klärung zwischen Rechnungssteller und -empfänger erforderlich.

Fehlernummer	**Fehlertext (max. 70 Zeichen)**	**Fehlertext lang**
STUFE 3	*bezogen auf Nutzdaten*	
3D001	IK unbekannt, REA 6.2.5 bis 6.2.8	identisch
3D004	Unbekannter Schlüsselwert lt. TA	Unbekannter Schlüsselwert lt. TA, DGH 2.2.2, DGN 3.2.2, OPA 5.2.2, REA 6.2.3, IVA 7.2.1, 7.2.2, 7.5.2, FHL 2.6, IFA 1.4, 1.5, 1.7
3D006	ICD-Code nicht im gültigen ICD-10-GM-Katalog enthalten, DGN 2/2.2.1+3.2.1	ICD-Code nicht im zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen ICD-10-GM-Katalog enthalten, DGN 2.2.1+3.2.1
3D008	Hybrid-DRG nicht abrechnungsfähig, LEA 4.2.1	identisch

[6] Es ist ein zur Fehlersituation passender Fehlertext zu verwenden.

3D009	OPS-Code nicht im gültigen Katalog der Hybrid-DRGs[7] enthalten, OPA 5.2.1	OPS-Code nicht im zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Katalog der Hybrid-DRGs enthalten, OPA 5.2.1
3D010	Format Versichertennummer nicht korrekt, IVA 7.3.1	Format Versichertennummer nicht korrekt (eGK: 10stellig alphanumerisch), IVA 7.3.1
3D011	Datumsangabe größer Verarbeitungsdatum unzulässig	Datumsangabe größer Verarbeitungsdatum unzulässig, 4.2.2, 4.2.3, 5.2.3, 6.2.4
3D012	Geburtsdatum nicht im Format JJJJMMTT,	Geburtsdatum nicht im Format JJJJMMTT, IVA 7.5.1
3D013	Anzahl Hybrid-DRG ungleich 1	Anzahl Hybrid-DRG ungleich 1
3D014	Datum Ende der Leistung kleiner Datum Beginn der Leistung unzulässig	Datum Ende der Leistung kleiner Datum Beginn der Leistung unzulässig
3D021	Zuordnung des ICD-Codes zum Alter des Versicherten unzulässig	identisch
3D022	Zuordnung des ICD-Codes zum Geschlecht des Versicherten unzulässig	identisch
3D998	Sonst. fachl. Fehler, bilaterale Klärung Rechnungssteller/-empfänger[8]	Sonstiger fachlicher Fehler, der bilateral zwischen Rechnungsteller und -empfänger geklärt wird. Falls erforderlich soll ein neuer Fehlercode definiert werden.

[7] Damit ist gemeint: Der zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültige Katalog der Hybrid-DRGs. Dies gilt sowohl im Falle der Vereinbarung der Hybrid-DRGs durch die Selbstverwaltung oder auch die Festlegung in einer Verordnung des Gesetzgebers.

[8] Es ist ein zur Fehlersituation passender Fehlertext zu verwenden.

Fehler-num-mer	Fehlertext (max. 70 Zeichen)	Fehlertext lang
STUFE 4	*Auflistung nicht abschließend*	
4D001	Preis Hybrid-DRG REA 6.2.1 entspricht nicht der Anlage 2 Hybrid-DRG-V.	Preis Hybrid-DRG REA 6.2.1 nicht der Anlage 2 Hybrid-DRG-V
4D002	Versichertennummer und Angaben Ersatzverfahren unbekannt, IVA 7.3.1	identisch
4D003	Abgerechnete Hybrid-DRG und OPS-Code sind nach aktueller Anlage 1 zum Katalog der Hybrid-DRGs nicht definiert	identisch
4D011	Angabe Seitenlokalisation und Angabe Diagnose nicht plausibel	identisch
4D012	Angabe Seitenlokalisation und Angabe OPS-Schlüssel nicht plausibel	identisch
4D013	Abrechnungsbegründung im Feld 4.2.6 nicht plausibel	Abrechnungsbegründung im Feld 4.2.6 nicht plausibel
4D031	LANR (Erbringer) nicht in Arztstammd. enth., IFA 1.2.2	LANR (Erbringer) nicht in Arztstammd. enth., IFA 1.2.2
4D032	BSNR (Erbringer) nicht in Arztstammd. enth., IFA 1.2.1	BSNR (Erbringer) nicht in Arztstammd. enth., IFA 1.2.1

4D033	LANR (Überw.) nicht in Arztstammd. enth., IFA 1.3.2	LANR (Überweiser) nicht in den Arztstammdaten nach § 293 Abs. 4 SGB V enthalten, IFA 1.3.2
4D034	BSNR (Überw.) nicht in Arztstammdaten enthalten, IFA 1.3.1	BSNR (Überweiser) nicht in den Arztstammdaten nach § 293 Abs. 4 SGB V enthalten, IFA 1.3.1
4D998	Sonst. fachl. Fehler, bilaterale Klärung Rechnungssteller/-empfänger[9]	Sonstiger fachlicher Fehler, der bilateral zwischen Rechnungsteller und -empfänger geklärt wird. Falls erforderlich soll ein neuer Fehlercode definiert werden.

Hinweise zu den Fehlercodes xx999, 3D998 und 4D998:

- Bei wiederholtem Auftreten eines Fehlers wird im Rahmen der Technischen Anlage zur Abrechnung von Leistungen im Kontext nach § 115f SGB V über die Aufnahme eines separaten Fehlercodes beraten.
- Fehlertexte der Fehlercodes xx999, 3D998 und 4D998 haben die jeweils auftretende Fehlersituation zu beschreiben.
- xx999, 3D998 und 4D998 dürfen nicht verwendet werden, wenn für den Fehler ein konkreter Fehlercode vorhanden ist.

[9] Es ist ein zur Fehlersituation passender Fehlertext zu verwenden.