

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)

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, Beatmungstunden, 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)**

Abrechnungsziffer	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 Polyarthrititis 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 – Ovariectomien 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)**

Anpassungen an der Technischen Anlage sind gemäß der Protokollnotiz Nr. 4 der Hybrid-DRG-AV bis zum 31. März 2024 gegebenenfalls möglich.
Die Definition eines Fehlerverfahrens sowie eines Verfahrens zur Beanstandung der Rechnung erfolgen gemäß der Protokollnotiz Nr. 1 der Hybrid-DRG-AV bis zum 30. Juni 2024.

Stand der Technischen Anlage:	29.02.2024
Anzuwenden ab:	rückwirkend ab 1. Januar 2024
Version:	1.0

Inhalt

1 Historie	3
2 Allgemeines	4
3 Durchführung der Datenübermittlung	6
3.1 Grundsätze	6
3.2 Verschlüsselung.....	6
3.3 KKS-Auftragssatz	8
3.4 Übermittlungsarten.....	11
3.5 Dateiname und Übermittlungskontrolle	12
3.5.1 Dateiname unverschlüsselte Datei	12
3.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei	12
3.5.3 Dateiname der Auftragssatzdatei.....	13
3.5.4 Übermittlungskontrolle.....	13
3.5.5 Empfangsquittierung	13
3.6 Institutionskennzeichen.....	14
3.7 Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen	14
4 Testverfahren	15
5 Aufbau und Inhalt der Dateien	16
5.1 Erläuterung der Datensatzbeschreibungen	16
5.2 Nachrichtenstruktur / Segmente.....	18
5.3 Nachrichtenaufbaudiagramm 115f-Abrechnung.....	19
5.4 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze.....	20
5.5 Datensatzbeschreibung 115f-Abrechnung	23
Anhang 1	26

1 Historie

Version	Status	Datum	Autor/ Redaktion	Abschnitt	Erläuterung
1.0	Veröffent- lichung	29.02.2024	GKV-SV und KBV		

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

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 Direktabrechner und beauftragte Dritte sollen als Grundlage verwendet werden:
 - "Richtlinien für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen"
 - "Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen"
 - "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Nachrichten mittels Electronic Mail (E-Mail)"
 - "Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Dateien mittels File-Transfer-Protocol (FTP)" (beinhaltet SFTP)

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

3 Durchführung der Datenübermittlung

3.1 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 (Direktabrechner, 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.

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 "115REC").

3.2 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:

Datenformate¹

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)

Öffentlicher Exponent des RSA-Algorithmus

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

¹ Hinweis:

"Quelle - Grundlage für das Verschlüsselungsverfahren - : Aktuelle Version der "Security Schnittstelle (SECON)"

(https://www.gkv-datenaustausch.de/technische_standards_1/technische_standards.jsp)

3.3 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: "115" Die Stelle 24 enthält die Konstante "0"
TRANSFER_NUMMER	25 - 27	3	N	M	Zähler laut Abschnitt 0 "3.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei "
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28 - 32	5	AN	K	Weitere Spezifikation des Verfahrens innerhalb des in VERFAHREN_KENNUNG festgelegten Verfahrens. Zwingend anzugeben: "115A0" für Abrechnung
ABSENDER_EIGNER	33 - 47	15	AN	M	Absender 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 Direktabrechners
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
FEHLER_NUMMER	93 - 98	6	N	M	Konstante '000000'
FEHLER_MAßNAHME	99 - 104	6	N	M	Konstante '000000'
DATEINAME	105 - 115	11	AN	M	Dateiname gemäß Abschnitt 0 "3.5.1 Datei-name ".

Bezeichnung	Stellen	Länge	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
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 (ver- schlüsselt)
ZEICHENSATZ	203 - 204	2	AN	M	'15': ISO 8859-15
KOMPRIMIERUNG	205 - 206	2	N	M	'00' keine
VERSCHLÜSSEL- UNGSART	207 - 208	2	N	M	'03' für LE-Verfahren im PKCS#7-Format
ELEKTRONI- SCHE_UNTER- SCHRIFT	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 Ver- sand	231 - 240	10	N	K	Hinweis 1
Info und Fehlerfel- der	241 - 246	6	N	K	Hinweis 1
Variables Info- Feld	247 - 274	28	AN	K	Hinweis 2

Bezeichnung	Stellen	Länge	Feldtyp	Feld-art	Beschreibung
DATEINAME	275	- 44	AN	K	Hinweis 2
_PHYSIKALISCH	318				
DATEI	319	- 30	AN	K	Hinweis 2
_BEZEICHNUNG	348				

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.

3.4 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.

3.5 Dateiname und Übermittlungskontrolle

3.5.1 Dateiname unverschlüsselte Datei

Der Dateiname wird im Auftragsatz 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.)

Stellen 8–11:

Eindeutiger Zähler, fortlaufend pro Kasse, siehe Abschnitt 0

Beispiel: C12345A0001

3.5.2 Dateiname verschlüsselte Datei

Stellen 1–10:

IK der KV, des Dritten oder des Direktabrechners, Unterstrich

Stellen 11–20:

Abrechnungs-IK der Kasse, Unterstrich

Stelle 21:

"E" für Echtdaten oder "T" für Testdaten

Stellen 22–24:

Für die Kennung "115" vorgesehen

Stelle 25 enthält die Konstante "0"

Stelle 26–29:

Eindeutiger Zähler, fortlaufend pro Kasse, siehe Abschnitt 0

Beispiel: 123456789_123456789_E11501234

3.5.3 Dateiname der Auftragsatzdatei

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

Beispiel: 123456789_123456789_E11501234.AUF

3.5.4 Übermittlungskontrolle

Um eine fortlaufende lückenlose Übermittlung aller Dateien zwischen Absender und Empfänger sicherzustellen, wird mittels eines separaten Zählers (Stelle 8 bis 11 des Dateinamens gemäß 3.5.1 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 "0001" (9999+1 = 0001) neu aufzusetzen.

Innerhalb eines Erstellungsjahrs dürfen maximal 9999 Dateien pro Datensender und pro Krankenkasse übertragen werden.

3.5.5 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 zurückge-

meldet 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.

3.6 Institutionskennzeichen

Voraussetzung für die datenübermittelnde Stelle und für den Zahlungsempfänger ist der Besitz eines Institutionskennzeichens (IK). Dieses kann bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen der DGUV (ARGE IK) beantragt werden. Das jeweils gültige IK ist den Kostenträgern mitzuteilen bzw. dieser Vereinbarung zu entnehmen (Anhang 1).

3.7 Datenannahmestellen der Krankenkassen / KVen und Entschlüsselungsbefugten Stellen

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

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

4 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 0 als solche gekennzeichnet sein.

5 Aufbau und Inhalt der Dateien

5.1 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 0 "5.4 Datensatzbeschreibung für Service-Sätze" definiert.

Negative Werte

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

5.2 Nachrichtenstruktur / Segmente

a) Generelle Struktur:

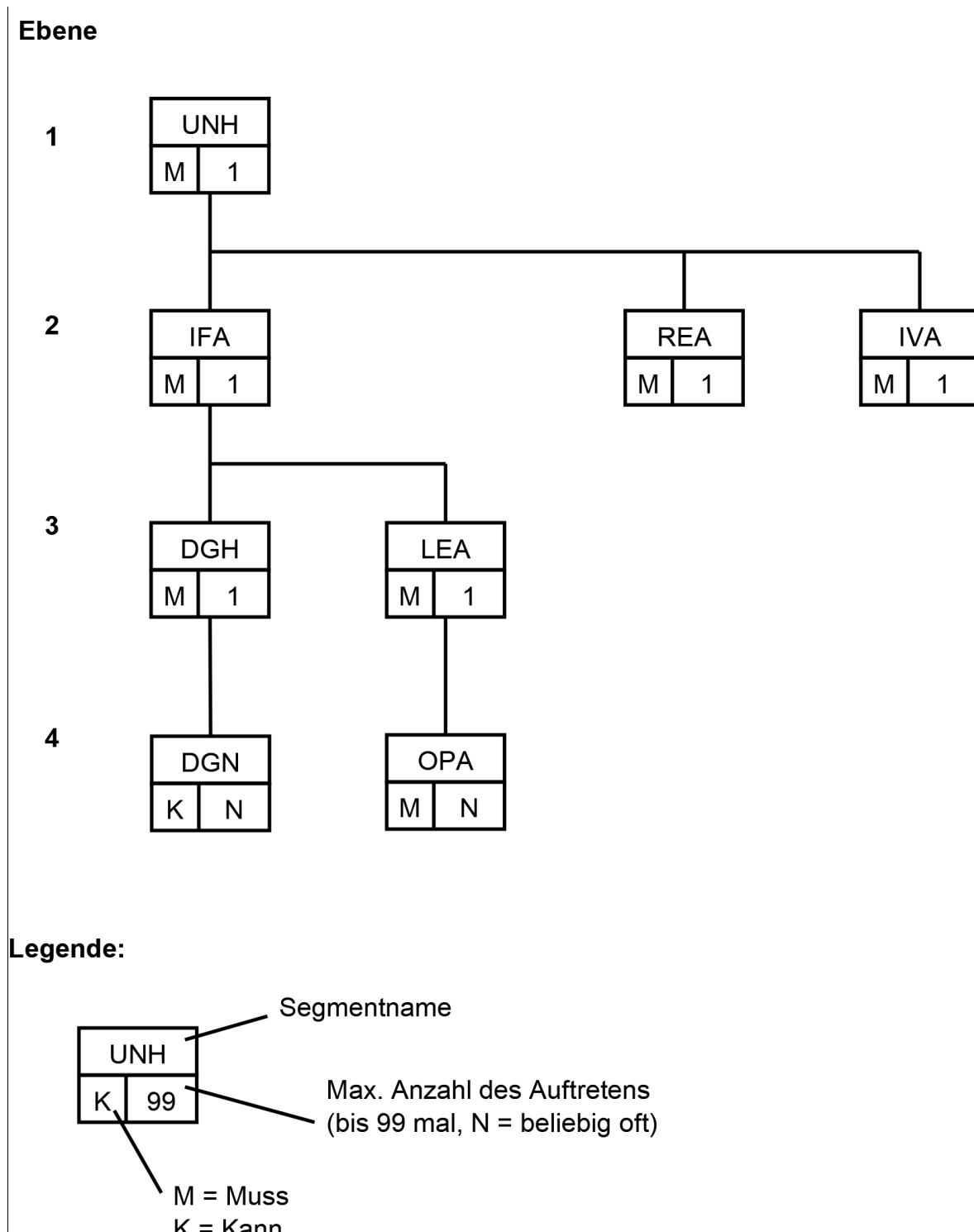
UNA	Optionales Segment mit Trennzeichenvorgaben
UNB	Übertragungskopfsegment zur Identifikation der absenden und empfangenden Stellen
UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner und Nutzer sowie des Nachrichtentyps Nutzdaten, abhängig vom Nachrichtentyp (eine Nachricht pro Fall)
UNT	Nachrichtenendesegment 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 (Beispiel):

UNH	Nachrichtentypkopfsegment zur Identifikation der Eigner/Nutzer sowie des Nachrichtentyps 115REC
IFA	Fall, Arzt: Erbringer, Überweiser
DGH	Hauptdiagnosen pro Fall
DGN	Nebendiagnosen
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

5.3 Nachrichtenaufbaudiagramm 115f-Abrechnung



5.4 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 (IK der KV/des Dritten /des Arztes, vgl. Anhang 1)
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	L: Leistungserbringer
S003	Empfänger der Übertragungsdatei			M		
0010	Identifikation des Empfängers	9	AN	M	IK Empfänger	IKs des physikalischen Empfängers (DAV-IK, vgl. Anhang 1)
0007	Qualifikation für ID	1	AN	M	Typ Partneridentifikation	K: Kostenträger
S004	Datum/Uhrzeit			M		
0017	- Datum	8	N	M	JJJJMMTT	
0019	- Uhrzeit	4	N	M	HHMM	

0020	Übertragungsreferenz	11	AN	M	Dateiname	Dateiname aus Abschnitt 0
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 „115REC“
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	AO	Ambulantes Operieren
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

5.5 Datensatzbeschreibung 115f-Abrechnung

Ebene/ Feld-ID	Feldbezeichnung	Anzahl Stellen	davon Dez- stellen	Feld- typ	Feld- art	Bemerkungen
0/	Header-Segment Nachrichtenkennung			an an	M M	"UNH" "115REC"
1/	Information Fall				M	Fallinformation (Vorkommen: einmal pro Nachricht (UNH))
1/1.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"IFA"
1/1.2	Erbringer				M	
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	Aufnahmearbeit	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 "012"
2/	Hauptdiagnosedaten				M	Hauptdiagnosedaten des Falls (Vorkommen: einmal pro Fall (IFA))
2/2.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"DGH"
2/2.2	Diagnose				M	
2/2.2.1	Hauptdiagnose, codiert	..12		an	M	ICD-Schlüssel, gültige Fassung des DIMDI
2/2.2.2	Diagnosesicherheit	1		an	M	A=ausgeschlossene Diagnose G=gesicherte Diagnose, V=Verdachtsdiagnose, Z=symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
2/2.2.3	Seitenlokalisation	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig
3/	Nebendiagnosedaten				K	Nebendiagnosedaten des Falls (Vorkommen: 0 - n mal pro Hauptdiagnose (DGH))
3/3.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"DGN"
3/3.2	Diagnose				M	
3/3.2.1	Nebendiagnose, codiert	..12		an	M	ICD-Schlüssel, gültige Fassung des DIMDI
3/3.2.2	Seitenlokalisation zur Nebendiagnose	1		an	K	R=rechts; L=links; B=beidseitig

4/	Leistungsdaten				M	Hybrid-DRG (Vorkommen: einmal (IFA))
4/4.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"LEA"
4/4.2	Leistung				M	
4/4.2.1	Hybrid-DRG	..7		an	M	Hybrid-DRG
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	..6		n	M	Konstante "1"
4/4.2.5	Beatmungsstunden	...4		an	K	Format HHHH (Zahl ggfs. mit führendem Nullen)
4/4.2.6	Dokumentation	..70				Abrechnungsbegründung
5/	OP-Schlüssel				M	OP-Schlüssel zur GOP (Vorkommen: 1 - n mal pro Hybrid-DRG (LEA))
5/5.1	<u>Segmentkennung</u>	3		an	M	"OPA"
5/5.2	Operationsschlüssel				M	
5/5.2.1	Operationsschlüssel codiert	..9		an	M	OPS (gültige Fassung des DIMDI inklusive vorhandener Sonderzeichen)
5/5.2.2	Seitenlokalisierung	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))
6/6.1	<u>Segmentkennung</u>	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 je Rechnungssteller je Fall
6/6.2.3	Rechnungskennzeichen	1		n	M	Konstante "0" (=Rechnung)
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
6/6.2.6	IK_physischer Absender	9		an	M	IK des Absenders (KV, Dritte, ggf. Direktabrechner)
6/6.2.7	IK_Abrechnender_Kosten-traeager	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))
7/7.1	<u>Segmentkennung</u>				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 eingeleiteter 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 Versicherter					
7/7.5.1	Datum	8		n	M	Geburtsdatum des Versicherten (s. Hinweis 2)
7/7.5.2	Geschlecht des Versicherten	1		n	M	M = männlich W = weiblich X = unbestimmt D = divers

Hinweise:

- 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.
- Im Datumsfeld 7/7.5.1 (Geburtsdatum im Ersatzverfahren) können beliebige numerische Werte im Format JJJJMMTT stehen (der numerische Inhalt braucht nicht immer einem logischen Datum zu entsprechen). In den Ausnahmefällen, in denen kein gültiges logisches Kalenderdatum ermittelt werden kann, sind ebenso die Einträge "00" für nicht bekannte Geburtstage oder "0000" für nicht bekannte Geburtstage und Geburtsmonate sowie "00000000" zulässig.

Anhang 1

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).

(https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/asv/asv_1.jsp)