

Anlage 5 zur 7. Modifikation (gültig ab 01.01.2018) des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen in der rechtsbereinigten Fassung sowie der 6. Modifikation

Anlage 5

Technische Anlage

Inhaltsverzeichnis

1	Änderungshistorie	3
2	Allgemeines	4
2.1	Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches	4
3	Technischer Ablauf des Datenaustausches	5
3.1	Verschlüsselung und Datensicherheit	5
3.2	Verfahren zu den Datenübertragungen	5
3.3	Aufbau der Datenübertragungen	5
4	Vertragskennzeichen und Vertragsnummer	7
5	Arztteilnahmen	7
5.1	Dateinamen	7
5.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)	7
6	Lieferung der Teilnahmen der Praxisassistenz	9
6.1	Dateiname	9
6.2	Allgemeines und Liefertermine	10
6.3	Aufbau und Inhalt der Datei	10
7	Teilnehmerverzeichnisse	11
7.1	Dateinamen	11
7.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)	11
7.3	TVZ: Teilnehmerverzeichnis der eingeschriebenen Versicherten	12
7.4	PVZ: Verzeichnis der sich in Prüfung befindlichen Teilnahmeerklärungen	15
7.5	AVZ: Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmeerklärungen	18
7.6	Schlüsselverzeichnis Ende-, Storno- und Ablehnungsgründe TE, Arztverzeichnis	21
8	Datenübermittlung für Pauschalen zur Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung.....	22
8.1	Dateinamen	22
8.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)	22
9	Datenübermittlung der erfolgsabhängigen Arzneimittel-Leistungspauschalen	23
9.1	Dateinamen	23
9.2	Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)	23

10 Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung 26

10.1 Fehlerverfahren..... 26

10.2 Fehlerbehandlung 27

1 Änderungshistorie

Version	Datum	Autor/ Redaktion	Erläuterung zu den Änderungen
1.0	06.08.2010	AOK PLUS M. Dietze	Grundlagen: bestehende Technische Anlagen in der gültigen Fassung
1.1	27.06.2011	AOK PLUS M. Dietze	Ergänzung der Lieferung VERAH-Teilnahmen bzw. Teilnahmen der Nicht-ärztlichen Praxisassistentin
1.2	06.10.2011	AOK PLUS M. Dietze	Inhaltliche Überarbeitung
1.3	26.10.2012	AOK PLUS, KVT	Formelle Anpassungen Verschlüsselung, Datensicherheit und Datenübertragung
1.4	01.10.2013	AOK PLUS, KVT	Formelle Anpassungen im Rahmen der Aufnahme von Anlage 12 und Anlage 13
1.5	01.04.2014	AOK PLUS, KVT	Anpassungen in den Pkt. 6.3 im Rahmen der Aufnahme des Anhanges 1a und 1b der Anlage 4 (PLUSmobil)
1.6	01.10.2014	AOK PLUS, KVT	Anpassungen im Pkt. 9.2 (Tabelle „ANCEFN“)
1.7	01.07.2015	AOK PLUS, KVT	Anpassungen im Pkt. 6.1, 6.2, 6.3, 7.6, 10, 10.1, 11, 11.1, 11.2 Ersatzlose Streichung Pkt. 12
1.8	21.11.2017	AOK PLUS, KVT	Ersatzlose Streichung Pkt. 8 und 9 Anpassungen hinsichtlich Bestandszusammenführung Pkt. 7

2 Allgemeines

- (1) Besteht nach Auffassung der Vertragspartner eine Notwendigkeit zur Änderung dieser Technischen Anlage, so kann die Anpassung durch eine Beschlussfassung der Vertragspartner vorgenommen werden.
- (2) Diese Ermächtigung erstreckt sich auf die EDV-technischen Umsetzungsmaßnahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V. Die Beschlüsse sind allen Vertragspartnern des Vertrages schriftlich zuzuleiten. Eine EDV-technische Umsetzungsmaßnahme gilt als beschlossen, wenn keiner der Vertragspartner des Vertrages der Umsetzungsmaßnahme innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung schriftlich widersprochen hat.
- (3) Zur inhaltlichen Fortschreibung dieser Technischen Anlage können die Vertragspartner der Vereinbarung Vorschläge erarbeiten und den Vertragspartnern der Vereinbarung mit dem Ziel einer vertraglichen Regelung zuleiten.
- (4) Die Pflege der Technischen Anlage erfolgt durch Austausch der kompletten Anlage 5.

2.1 Grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches

- (1) Die nach dieser Technischen Anlage zu übermittelnden Daten müssen inhaltlich den Regelungen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung entsprechen.
- (2) Die Übermittlung der Daten erfolgt gemäß § 295 Abs. 1 i. V. m. § 295 Abs. 1b SGB V.
- (3) Über den Datenaustausch ist auf Sender- und Empfängerseite ein Protokoll zu führen. Dabei sind alle Schritte - von der Initiierung über die Quittierung der Übernahme bis zum Beginn der Weiterverarbeitung - zu erfassen. Die Dokumentation ist mindestens zwei Jahre aufzubewahren.
- (4) Der Absender hat sicherzustellen, dass nur geprüfte Datensätze übermittelt werden. Der Umfang der Prüfung ist in Punkt 6 festgelegt.
- (5) Der Absender hat die Lieferung der Datenbestände bis zum Ablauf der vertraglich vereinbarten Fristen sicherzustellen. Eine Kopie der Daten ist durch den Absender noch mindestens drei Monate vorzuhalten.
- (6) Falls zu einem bestimmten Versandtermin für einen einzelnen Empfänger keine Datenträger zu übermitteln sind, ist dieser Sachverhalt dem Empfänger mitzuteilen.
- (7) Werden bei oder nach dem Austausch Mängel festgestellt, die eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Daten ganz oder teilweise beeinträchtigen, werden keine Daten übernommen. In diesem Fall ist die Fehlerbehandlung, welche in Abschnitt „Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung“ geregelt wurde, anzuwenden.

3 Technischer Ablauf des Datenaustausches

3.1 Verschlüsselung und Datensicherheit

- (1) Gemäß den Gemeinsamen Grundsätzen Technik für die elektronische Datenübermittlung gemäß § 95 SGB IV (inkl. Anlagen) muss die Datendatei mit dem Verfahren PKCS#7 verschlüsselt und signiert werden.
- (2) Das Security-Verfahren PKCS#7 wird in der AUF-Datei mit folgenden Kennzeichen angegeben:

03: Verschlüsselungsart nach PKCS#7 für LE-Verfahren
03: Elektronische Unterschrift nach PKCS#7 für LE-Verfahren
- (3) Grundsätzlich werden folgende Aktionen vom Absender und Empfänger durchgeführt:
 - a) Absender signiert Datendatei mit seinem privaten Schlüssel.
 - b) Absender verschlüsselt Datendatei mit öffentlichem Schlüssel des Empfängers.
 - c) Empfänger entschlüsselt Datendatei mit privatem Schlüssel des Empfängers.
 - d) Empfänger prüft Signatur mit öffentlichem Schlüssel des Absenders.

3.2 Verfahren zu den Datenübertragungen

- (1) Verfahren zu den Datenübertragungen

Die in dieser Technischen Anlage beinhalteten Datenübertragungen erfolgen nach dem SSH File Transfer Protocol bzw. Secure File Transfer Protocol (SFTP) (SSH ab Version 2).
- (2) Die versendende Stelle lädt die Datenlieferungen auf den jeweiligen SFTP-Server des Datenempfängers hoch.
- (3) Das SFTP-Verfahren bestimmt sich im Übrigen nach der Spezifikation der Schnittstellen für die Übermittlung von Dateien mittels File-Transfer-Protokoll (FTP) in der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- (4) Bei auftretenden Problemen verständigen sich die Vertragspartner zeitnah über mögliche Alternativverfahren.

3.3 Aufbau der Datenübertragungen

- (1) Je Datenübertragung werden grundsätzlich 2 Dateien je Lieferung übertragen:
 - a) Auftragsdatei (Datenbegleitinformation); nicht verschlüsselt,
 - b) Datei mit den zu übertragenden Daten; verschlüsselt.
- (2) Die Auftragsdatei hat den identischen Namen wie die Datendatei mit der Dateierweiterung .AUF. Der Aufbau und das Format der Auftragsdatei sind in den

Anlage 5 zur 7. Modifikation (gültig ab 01.01.2018) des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V im Freistaat Thüringen in der rechtsbereinigten Fassung sowie der 6. Modifikation

Gemeinsamen Grundsätzen Technik für die elektronische Datenübermittlung gemäß § 95 SGB IV (inkl. Anlagen) definiert.

4 Vertragskennzeichen und Vertragsnummer

- (1) Das Vertragskennzeichen gemäß Vorgabe des GKV-Spitzenverbandes über Aufbau und Vergabe eines Vertragskennzeichens für besondere Versorgungsformen lautet:
14093100001.
- (2) Die Vertragsnummer lautet: 1409301.

Diese Vertragsnummer ist in allen Datenaustauschverfahren nach Anlage 5 im entsprechenden Feld anzugeben. In den Abrechnungsdateien (ANCEFN) ist im Feld Vertragskennzeichen die Vertragsnummer zu verwenden.

5 Arztteilnahmen

5.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention.

Dateiname Input-Datei: SEL_95101_lev_ttmjijj

Arzt-Meldungen werden vom Vertragspartner in Form einer separierten Übersicht (Trennzeichen Semikolon) an das Rechenzentrum der AOK PLUS geliefert.

5.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

Jede Lieferdatei umfasst

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

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

Struktur der Input-Datei Arzt-Teilnahmen

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
			(zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV1 bzw. EHZV1 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Inhalt ist der Liefer-Zähler des Vertragspartners
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MISS	Zeitpunkt der Erzeugung der Input-Datei.
<i>Kopfzeile Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR(158)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Hauptlaufsatzes
<i>Hauptlaufsatz</i>			
<u>VERTRAGSNUMMER</u>	NUMBER(7)		
<u>ARZT TEILNAHME ID</u>	NUMBER(15)		Muss bei Ersatzverfahren Arzt-Teilnahme-ID leer gelassen werden und wird in der Anwendung generiert.
ARZT_ID	NUMBER(7)		Leere ARZT_IDs werden bei Ersatzverfahren Arzt-Teilnahme-ID mit der LANR belegt.
LANR	CHAR(7)		7-stelliger Teil der LANR, d.h. ohne Arztgruppenschlüssel auf den letzten beiden Stellen
ARZTGRUPPENSCHLUESSEL	CHAR(2)		Arztgruppenschlüssel gemäß BAR-Anlage 35
BSNR	NUMBER(7)		Betriebsstättennummer, an welcher der Arzt tätig ist.

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

6 Lieferung der Teilnahmen der Praxisassistenz

6.1 Dateiname

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention.

Dateiname: SEL_VERAH_jjjjmmdd

Die Datenlieferung mit der Dateierdung „csv“ erfolgt in Form einer separierten Übersicht (Trennzeichen Semikolon) an das Rechenzentrum der AOK PLUS.

6.2 Allgemeines und Liefertermine

Die Lieferung des aktuellen Verzeichnisses der Hausärzte mit einer Praxisassistenz erfolgt einmal monatlich (historisch) durch die KVT an die AOK PLUS.

Die Prüfung der Voraussetzungen zur Genehmigung der Teilnahme an der Patientenbetreuung gemäß Anlage 4 i. V. m. § 11 Abs. 7 erfolgt durch die KVT. Zur Feststellung der Mindestanzahl an chronisch kranken AOK PLUS-Versicherten übermittelt die AOK PLUS regelmäßig im Rahmen der Abrechnung ein Teilnehmerverzeichnis an die KVT.

6.3 Aufbau und Inhalt der Datei

Attribut	Bemerkung
LANR	Lebenslange Arztnummer des Hausarztes der eine Praxisassistenz angestellt hat
BSNR	Betriebsstättennummer des Hausarztes der eine Praxisassistenz angestellt hat
TITEL	
NAME_ARZT	
VORNAME_ARZT	
PLZ	PLZ der Betriebsstätte
ORT	Ort der Betriebsstätte
STRASSE	Straße der Betriebsstätte
NAME_ASSISTENZ	
VORNAME_ASSISTENZ	
GEN_BEGINN_HZV	
TEILNAHMEENDE_HZV	Ende der Teilnahme der Praxisassistenz
GENEHMIGUNG_EBM	0 = keine Genehmigung gem. EBM 1 = Genehmigung gem. EBM
GEN_BEGINN_EBM	
GEN_ENDE_EBM	

ANTRAGSDAT_PLUSMOBIL	
STATUS_PLUSMOBIL	1 = genehmigt, 2 = abgelehnt, 3 = ausgesetzt, LEER = offen (kein Einsatz)
BEGINN_LV_PLUSMOBIL	
ENDE_LV_PLUSMOBIL	
MAX_ANSPRUCH_PLUSMOBIL	

7 Teilnehmerverzeichnisse

7.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention.

Dateinamen:

SEL_95101_tvz_kvt_jjjjq

SEL_95101_avz_kvt_jjjjq

SEL_95101_pvz_kvt_jjjjq

7.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

Es werden jeweils insgesamt drei Verzeichnisse von Versicherten erstellt:

- (1) Verzeichnis der erfolgreichen Teilnahmen (TVZ)
Dieses Verzeichnis beinhaltet stets alle Einschreibeziträume von Versicherten in HzV, auch die bereits beendeten.
- (2) Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmen (AVZ)
Hier werden die zum Stichtag neuen Ablehnungen übertragen.
- (3) Verzeichnis der noch in Prüfung befindlichen Teilnahmen (PVZ)
Dieses Verzeichnis enthält alle am Stichtag zu prüfenden TEs, unabhängig davon, in welchem Quartal die TE eingegangen ist und erstmalig zu einer Prüfung führte. Ein und dieselbe TE kann also in mehreren aufeinanderfolgenden Quartalen im PVZ auftauchen.

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

7.3 TVZ: Teilnahmeverzeichnis der eingeschriebenen Versicherten

Übermittelt werden alle „historischen“ Datensätze, die zum Erstellungszeitpunkt des Vertragspartner-TVZ vorliegen. Die Datei enthält also alle Einschreibungen (bzw. Betreuungen bei Betreuungspflicht), die im Quartal, für das das Vertragspartner-TVZ erstellt wird, gültig sind. Dies sind Einschreibungen/Betreuungen, die aufgrund einer genehmigten TE für das Quartal oder bereits in einem Vorquartal angelegt wurden und weiterhin gültig sind. Auch Einschreibungen/Betreuungen, die inzwischen beendet oder storniert sind, werden im Vertragspartner-TVZ mit einem entsprechenden Enddatum und Endgrund ausgegeben.

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV2 bzw. EHZV2 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Wird beginnend mit 1 hochgezählt
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MIS S	Zeitpunkt der Erzeugung der Datei
<i>Kopfzeile Gültigkeit</i>			
Überschrift „TVZ gültig von“	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Kopfzeile Gültigkeit“
Gültigkeit TVZ	VARCHAR2(10)	Konstante Feldlänge	Gültigkeit TVZ von [tt.mm.jjjj] bis [tt.mm.jjjj], gefüllt mit erstem und letztem Tag des Quartals, auf das sich das TVZ bezieht.
<i>Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
			„Versicherteneinschreibungen“
<i>Versicherteneinschreibungen</i>			
VERTRAG-NR	NUMBER(7)		Nummer des Vertrags nach §73b/c
TE-ID	NUMBER(15)		Teilnahmeerklärungs-ID Eindeutige ID pro gemeldeter Teilnahmeerklärung
Betreuungs-ID	NUMBER(15)		Eindeutige ID für jeden Betreuungszeitraum. Zu jeder Teilnahmeerklärung gehört die Einschreibung eines Versicherten, Diese kann über die Zeit durch mehrere Betreuungen abgedeckt werden. Die Betreuung durch den Pseudo-Arzt erhält ebenfalls eine eindeutige ID. ¹
gemeldete KV-Nummer	VARCHAR2(10)		gemeldete KV-Nummer oder eGK-Nummer
Identifikation	NUMBER(1)		Identifikation anhand KV-Nummer erfolgt: 0 = Nein Mit der gemeldeten KV-Nummer konnte der Versicherte nicht identifiziert werden. Die Identifizierung des Versicherten erfolgte über Name, Vorname, Die aktuelle KV-Nummer wird im Feld „KV-Nummer aktuell (s.u.)“ übermittelt. 1 = Ja Der Versicherte wurde über die gemeldete KV-Nummer identifiziert

¹ Beispiel:

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

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
Kasse	NUMBER(9)		IK der AOK
KV Nummer-aktuell	VARCHAR2(10)		Aktuelle KV-Nummer oder eGK-Nummer, mit der der Versicherte identifiziert wurde. Das Feld ist immer gefüllt. Im Fall Identifikation = 1 ist das Feld identisch mit dem Feld „gemeldete“ KV-Nummer“
Vers_Nachname	VARCHAR2(30)		Nachname des Versicherten laut Versichertenbestand
Vers_Vorname	VARCHAR2(30)		Vorname des Versicherten laut Versichertenbestand
Geschlecht	CHAR(1)		Geschlecht (m/w) des Versicherten laut Versichertenbestand
LANR	CHAR(7)		7stelliger Teil der LANR, d.h. ohne Arztgruppenschlüssel auf den letzten beiden Stellen
AGS	CHAR(2)	Immer 2-stellig, also ggf mit führender Null	Arztgruppenschlüssel gemäß BAR-Anlage 35
BSNR	NUMBER(7)		7-stellige BSNR, Es handelt sich um die BSNR (Leistungsort) des Arztes, in der der Versicherte eingeschrieben wurde.
Gültig von	DATE	DD.MM.YYYY	Gültigkeitsbeginn der Zugehörigkeit des Versicherten zur LANR
Gültig bis	DATE	DD.MM.YYYY	Gültigkeitsende der Zugehörigkeit des Versicherten zur LANR Ist gleich Gültig-Von – 1 wenn die Zugehörigkeit des Versicherten zur LANR (Betreuung) storniert wurde.
Endegrund	NUMBER(7)		
KVNR9	CHAR(9)	Immer 9-stellig, also ggf mit führenden Nullen	aktuellste 9-stellige KV-Nummer des Versicherten
KVNR10	VARCHAR2(10)		eGK-Nummer (10-stellige KV-Nummer) des Versicherten
<i>Nachlaufsatz</i>			

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV2 bzw. EHZV2 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	s.o.
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Anzahl der gelieferten Datensätze

7.4 PVZ: Verzeichnis der sich in Prüfung befindlichen Teilnahmeerklärungen

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

- TEs, deren Zielquartal (Q+1) ist.
- TEs, die schon bei der Prüfung der Teilnahmeerklärung durch das Regelwerk auffällig geworden sind oder durch einen Sachbearbeiter auf „zu prüfen (P)“ gesetzt wurden.
- TEs, die bei der Prüfung der Teilnahmeerklärung durch das Regelwerk oder durch den Sachbearbeiter als „vorläufig positiv (V)“ markiert wurden, aber vor der erstmaligen Aufnahme in das TVZ auffällig geworden sind und durch den Sachbearbeiter erneut zu prüfen sind.

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV3 bzw. EHZV3 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Wird beginnend mit 1 hochgezählt
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MISS	Zeitpunkt der Erzeugung der Datei
<i>Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „Zu prüfende TEs“
<i>Zu prüfende TEs</i>			
VERTRAG-NR	NUMBER(7)		Name des HzV-Vertrags
TE-ID	NUMBER(12)		Teilnahmeerklärungs-ID Eindeutige ID pro gemeldeter Teilnahmeerklärung
gemeldete KV-Nummer	VARCHAR2(10)		gemeldete KV-Nummer oder eGK-Nummer
Identifikation	NUMBER(1)		Identifikation anhand KV-Nummer erfolgt: 0 = Nein Mit der gemeldeten KV-Nummer konnte der Versicherte nicht identifiziert werden. Die Identifizierung des Versicherten erfolgte über Name, Vorname, Die aktuelle KV-Nummer wird im Feld „KV-Nummer aktuell (s.u.)“ übermittelt. 1 = Ja Der Versicherte wurde über die gemeldete KV-Nummer identifiziert
Kasse	NUMBER(9)		IK der AOK
KV Nummer-aktuell	VARCHAR2(10)		Aktuelle KV-Nummer oder eGK-Nummer, mit der der Versicherte identifiziert wurde. Das Feld ist immer gefüllt. Im Fall Identifikation = 1 ist das Feld identisch mit dem Feld „gemeldete KV-

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
			Nummer“
Vers_Nachname	VARCHAR2(30)		Nachname des Versicherten laut Versichertenbestand
Vers_Vorname	VARCHAR2(30)		Vorname des Versicherten laut Versichertenbestand
Vers_Geburtsdatum	DATE	DD.MM.YYYY	Geburtsdatum des Versicherten laut Versichertenbestand
Geschlecht	CHAR(1)		m/w
LANR	CHAR(7)		
AGS	CHAR(2)	Immer 2-stellig, also ggf mit führender Null	Arztgruppenschlüssel gemäß BAR-Anlage 35
BSNR	NUMBER(7)		7-stellige BSNR, Es handelt sich um die BSNR (Leistungsort) des Arztes, in der Versicherte eingeschrieben wurde.
Beleglesedatum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum der Verarbeitung des Beleges im Belegleser
KVNR9	CHAR(9)	Immer 9-stellig, also ggf mit führenden Nullen	aktuellste 9-stellige KV-Nummer des Versicherten
KVNR10	VARCHAR2(10)		eGK-Nummer (10-stellige KV-Nummer) des Versicherten
Nachlaufsatz			
Konstante	VARCHAR(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV3 bzw. EHZV3 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	s.o.

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Anzahl der gelieferten Datensätze

7.5 AVZ: Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmeerklärungen

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

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
<i>Vorlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR2(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „VORLAUF “ (zu beachten ist das Leerzeichen am Ende)
Version der Dateistruktur	VARCHAR2(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV4 bzw. EHZV4 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Wird beginnend mit 1 hochgezählt
Zeitstempel	DATE(15)	Konstante Feldlänge, Format YYYYMMDD_HH24MISS	Zeitpunkt der Erzeugung der Datei
<i>Tabellenüberschrift</i>			
Tabellenüberschrift	VARCHAR2(200)	Konstante Feldlänge	Beinhaltet die semikolonseparierten Attributnamen des Abschnitts „abgelehnte TEs
<i>Abgelehnte TEs</i>			
VERTRAG-NR	NUMBER(7)		Nummer des HzV-Vertrags
TE-ID	NUMBER(12)		Teilnahmeerklärungs-ID Eindeutige ID pro gemeldeter Teilnahmeerklärung

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
gemeldete KV-Nummer	VARCHAR2(10)		gemeldete KV-Nummer oder eGK-Nummer
Identifikation	NUMBER(1)		Identifikation anhand KV-Nummer erfolgt: 0 = Nein Mit der gemeldeten KV-Nummer konnte der Versicherte nicht identifiziert werden. Die Identifizierung des Versicherten erfolgte über Name, Vorname, Geburtsdatum. Die aktuelle KV-Nummer wird im Feld „KV-Nummer aktuell (s.u.)“ übermittelt. 1 = Ja Der Versicherte wurde über die gemeldete KV-Nummer identifiziert
Kasse	NUMBER(9)		IK der AOK
KV Nummer-aktuell	VARCHAR2(9)		Aktuelle KV-Nummer oder eGK-Nummer, mit der der Versicherte identifiziert wurde. Das Feld ist nur dann gefüllt, wenn der Versicherte erfolgreich identifiziert wurde, also der Ablehnungsgrund ungleich 101 ist. Im Fall Identifikation = 1 ist das Feld identisch mit dem Feld „gemeldete KV-Nummer“
Vers_Nachname	VARCHAR2(30)		Nachname des Versicherten laut Versichertenbestand. Falls der Versicherte nicht identifiziert werden konnte (Ablehnungsgrund 101) oder sein Nachname aus dem Bestand nicht ermittelt werden konnte, wird der mit der TE gemeldete Nachname verwendet.
Vers_Vorname	VARCHAR2(30)		Vorname des Versicherten (wird analog zum Nachnamen ermittelt)
Vers_Geburtsdatum	DATE	DD.MM.YYYY	Geburtsdatum des Versicherten (wird analog zum Nachnamen ermittelt)
Geschlecht	CHAR(1)		Geschlecht (m/w) des Versicherten laut Versichertenbestand. Falls der Versicherte nicht identifiziert werden konnte (Ablehnungsgrund 101) oder sein Geschlecht aus dem Bestand nicht ermittelt werden konnte, bleibt dieses Feld leer.

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
LANR	CHAR(7)		LANR des identifizierten Arztes. Konnte der Arzt nicht identifiziert werden (Ablehnungsgrund 102), so wird die auf der TE gemeldete LANR verwendet.
AGS	CHAR(2)	Immer 2-stellig, also ggf mit führender Null	Arztgruppenschlüssel gemäß BAR-Anlage 35
BSNR	NUMBER(7)		7-stellige BSNR, Es handelt sich um die BSNR (Leistungsort) des Arztes, in der der Versicherte eingeschrieben wurde.
Beleglesedatum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum der Verarbeitung des Beleges im Belegleser
Ablehnungsdatum	DATE	DD.MM.YYYY	Datum der Ablehnung (=Datum der Erstellung dieses AVZs)
Ablehnungsgrund	NUMBER(7)		Primärer Ablehnungsgrund (Priorisierung maschinell ablehnend > Sachbearbeiterprüfung, bei mehreren Sachbearbeitergründen Auswahl durch Sachbearbeiter)
KVNR9	CHAR(9)	Immer 9-stellig, also ggf mit führenden Nullen	aktuellste 9-stellige KV-Nummer des Versicherten
KVNR10	VARCHAR2(10)		eGK-Nummer (10-stellige KV-Nummer) des Versicherten
<i>Nachlaufsatz</i>			
Konstante	VARCHAR(8)	Konstante Feldlänge	Konstanter String „NACHLAUF“
Version der Dateistruktur	VARCHAR(5)	XX.XX Konstante Feldlänge	Wird mit „01.00“ befüllt.
Absender-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK der jeweiligen AOK
Empfänger-IK	NUMBER(9)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist das IK des Vertragspartners
Dateikennung	VARCHAR2(5)	Konstante Feldlänge	Inhalt ist THZV4 bzw. EHZV4 (T: Testbetrieb, E: Echtbetrieb)
Dateireferenznummer	NUMBER(6)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	s.o.

Attribut	Datentyp(Feldlänge)	Format	Bemerkung
Anzahl der gelieferten Datensätze	NUMBER(8)	Konstante Feldlänge, wird links mit Nullen aufgefüllt	Anzahl der gelieferten Datensätze

7.6 Schlüsselverzeichnis Ende-, Storno- und Ablehnungsgründe TE, Arztverzeichnis

	Endegründe Arztteilnahmen und arztinduzierte Endegründe Versicherteneinschreibungen
6	Rückgabe der Kassenzulassung
8	Arzt unbekannt verzogen
10	Wegfall sonstiger Teilnahmevoraussetzungen des Arztes
11	Wegzug des Vertragsarztes aus dem Vertragsgebiet der AOK
12	Tod des Arztes ohne Weiterführung der Praxis
14	Entzug der Kassenzulassung
15	ordentliche Kündigung durch Arzt
16	außerordentliche Kündigung durch Arzt
17	außerordentliche Kündigung durch Beirat
18	Stornierung der Vertragsteilnahme des Arztes
19	Hausarzt wird zu Facharzt
20	Ruhen der Kassenzulassung
21	Ende bei Pseudoarzt (wird durch AOK PLUS zum Auffüllen des Verweserquartals genutzt)
30	Fehlende Teilnahmevoraussetzung Vertragssoftware

	Ablehnungsgründe Teilnahmeerklärung des Versicherten
101	Einschreibung: Versicherter nicht identifizierbar
102	Einschreibung: Arzt nicht identifizierbar
103	Einschreibung: Versicherter verstorben
104	Einschreibung: keine gültige Versicherung zum Quartalsbeginn
105	Einschreibung: vertragliche Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt
106	Einschreibung: bestehende Einschreibung bei demselben HzV-Arzt
109	Einschreibung: Arztwechsel wurde abgelehnt
110	Einschreibung: zum gleichen Quartal wurde eine andere TE akzeptiert
111	Einschreibung: Arzt erfüllt nicht die erforderliche Mindestteilnahmedauer für Neueinschreibungen
112	Einschreibung: Auftragsfall

138	Einschreibedatum unlogisch
-----	----------------------------

Versicherteninduzierte Ende- und Stornogründe Versicherteneinschreibungen	
201	Versicherter: Versicherung nicht mehr vorhanden
202	Versicherter: Wegzug
203	Versicherter: unbekannt verzogen
204	Versicherter: Kündigung von HzV
205	Versicherter: verstorben
206	Versicherter: Wegfall sonstiger Teilnahmevoraussetzungen
207	Versicherter: Ausschluss aus HzV
208	Versicherter: Teilnahme storniert
209	Versicherter: Wechsel des betreuenden Arztes
210	Versicherter: Auftragsfall
214	Versicherter: Widerruf

8 Datenübermittlung für Pauschalen zur Unterstützung einer wirtschaftlichen Verordnung

8.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention.

SEL_95101AZM_kvt_jjjjq

Die Abrechnung seitens der KVT erfolgt separat zur üblichen GKV-Quartalsabrechnung. Folgende Angaben zur Betriebsstätte werden als Datei mit der Rechnungslegung übermittelt: Quartal, LANR, Betrag und Kennzeichen (AZMP = Arzneimittelstrukturpauschale, EAZMP = erfolgsabhängige Arzneimittel-Leistungspauschale). Ist der Arzt (LANR) in mehreren Betriebsstätten tätig, wird der Betrag zu gleichen Teilen aufgeteilt.

Die Meldung erfolgt in Form einer separierten Übersicht (Trennzeichen Semikolon). Als Dateiergung ist „txt“ zu verwenden.

8.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

Bezeichnung	Beschreibung
IK_der_Kasse	IK der AOK
Vers_Nr_9	aktuellste 9-stellige KV-Nummer des Versicherten
Vers_Nr_10	eGK-Nummer (10-stellige KV-Nummer) des Versicherten

Geburtsdatum	Geburtsdatum des Versicherten; Format DD.MM.JJJJ
Name_Vers	Nachname des Versicherten
Vorname_Vers	Vorname des Versicherten
Behandlungstag	Format DD.MM.JJJJ
Pauschale	Entgeltnummer AZM-Leistungspauschale
LANR	9-stellige LANR (LANR+AGS)
BSNR	7-stellige BSNR, Es handelt sich um die BSNR (Leistungsort) des Arztes, in der der Versicherte eingeschrieben wurde.

9 Datenübermittlung der erfolgsabhängigen Arzneimittel-Leistungspauschalen

9.1 Dateinamen

Der Dateiname ist angelehnt an die DOS-Konvention.

Die Meldung erfolgt in Form einer separierten Übersicht (Trennzeichen Semikolon). Als Dateierdung ist „txt“ zu verwenden.

SEL_95101_EAZM_kvt_jjjj (Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente))

SEL_95101_EINSPAR_kvt_jjjj (Ermittlung des vergütungsrelevanten Einsparvolumens)

SEL_95101_ABGVOAZM_kvt_jjjj (Struktur der abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln je ATC)

9.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)

EAZM: Ermittlung der erfolgsabhängigen Arzneimittel-Leistungspauschale

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
VERTRAGSNUMMER	NUMBER(7)		Nummer des Vertrages
QUARTAL	VARCHAR (5)	JJJQ	Berechnungsquartal
LANR	CHAR(9)		Lebenslange Arztnummer
VOL_DDD_GESAMT	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Gesamtverordnungsvolumen in DDD (katalogbezogen) aller im Medikationskatalog erfassten Wirkstoffe
VOL_DDD_STANDARD	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in DDD Kategorie „Standard“ (katalogbezogen)

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
VOL_DDD_RESERVE	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in DDD Kategorie „Reserve“ (katalogbezogen)
VOL_DDD_NACHRANGIG	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in DDD Kategorie „Nachrangig“ (katalogbezogen)
VOL_DDD_SONSTIGE	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in DDD (katalogbezogen, Medikationskatalog-Wirkstoffe ohne Klassifikation)
VOL_DDD_STANDARD_RESERVE	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in DDD Kategorie „Standard“ + „Reserve“
VOL_DDD_STANDARD_RESERVE_NACHRANGIG	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in DDD Kategorie „Standard“ + „Reserve“ + „Nachrangig“
DDD_QUOTE_ARZT	NUMBER(4,3)		(Kategorien „Standard“ + „Reserve“) / (Kategorien „Standard“ + „Reserve“ + „Nachrangig“) Zahl mit 3 Nachkommastellen
VOL_EURO_GESAMT	NUMBER(8,2)		Gesamtverordnungsvolumen in Euro (katalogbezogen)
VOL_EURO_STANDARD	NUMBER(8,2)		Verordnungsvolumen in Euro Kategorie „Standard“ (katalogbezogen)
VOL_EURO_RESERVE	NUMBER(8,2)		Verordnungsvolumen in Euro Kategorie „Reserve“ (katalogbezogen)
VOL_EURO_NACHRANGIG	NUMBER(8,2)		Verordnungsvolumen in Euro Kategorie „Nachrangig“ (katalogbezogen)
VOL_EURO_SONSTIGE	NUMBER(8,2)		Verordnungsvolumen in Euro (katalogbezogen, Medikationskatalog-Wirkstoffe ohne Klassifikation)
DDD_QUOTE_ZIEL	NUMBER (4,3)		Zielwert nach Anlage 9a (Zahl mit 3 Nachkommastellen)
VORAUSSETZUNGEN_STRUKTUR			VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE INANSPRUCHNAHME DER ARZNEIMITTELSTRUKTURPAUSCHALE (0 = nicht erfüllt, 1 = erfüllt)
BONUS_STRUKTURPAUSCHALE	NUMBER(8,2)		Betrag des Bonus Strukturpauschale, wenn VORAUSSETZUNGEN_STRUKTUR = 1
ZIELERFÜLLER	BOOLEAN		Gibt an, ob Zielwert nach Anlage 9a erreicht wurde (0 = Ziel nicht erfüllt, 1 = Ziel erfüllt)

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
RESTAUSSCHÜTTUNG_ARZT	NUMBER(8,2)		RESTAUSSCHÜTTUNG_ARZT
SUMME_BETRAG_ARZT	NUMBER(8,2)		Zahlbetrag arztbezogen: Summe aus BONUS_STRUKTURPAUSCHALE UND BONUS_RESTAUSSCHÜTTUNG_(ARZT)
TIMESTAMP	DATE	YYYYMMDD_HH24MI	Datum/Uhrzeit der Erstellung der Datei

EINSPAR: Ermittlung des vergütungsrelevanten Einsparvolumens

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
QUARTAL	VARCHAR (5)	JJJQ	Berechnungsquartal
KOSTEN_DDD_AKTUELL	NUMBER(12,8)		Kosten je DDD aktuell Teilnehmer (Euro mit 8 Nachkommastellen)
KOSTEN_DDD_BASIS	NUMBER(12,8)		Kosten je DDD (Basiszeitraum/Vergleichskollektiv) (Euro mit 8 Nachkommastellen)
KOSTEN_DDD_DIFFERENZ	NUMBER(12,8)		Berechnete Kostendifferenz je DDD (Euro mit 8 Nachkommastellen)
DDD_AKTUELL	NUMBER(12)	in 1/1000 DDD	Katalogbezogene DDD aktuell
GESAMTERSPARNIS	NUMBER(12,2)		Rechnerische Gesamtersparnis (Euro mit 2 Nachkommastellen)
HÄLFTIGE_AUSSCHÜTTUNG	NUMBER(12,2)		Feld „Rechnerische Gesamtersparnis / 2 Euro (mit 2 Nachkommastellen)
ANZAHL_ARZNEIMITTEL-STRUKTURPAUSCHALE	NUMBER(4)		Gibt an, wie viele Ärzte im aktuellen Quartal die Kriterien zur Arzneimittelstrukturpauschale erfüllen
MINDESBETRAG	NUMBER(8,2)		Summe der Ärzte aus ANZAHL_ARZNEIMITTEL-STRUKTURPAUSCHALE x 50 €
RESTAUSSCHÜTTUNG	NUMBER (9,2)		Variable Restausschüttung in Euro gesamt= HÄLFTIGE_AUSSCHÜTTUNG - MINDESBETRAG (MINIMAL 0,00 €)
ANZAHL_ARZNEIMITTEL-STRUKTURPAUSCHALE_ERFOLG	NUMBER(4)		Gibt an, wie viele Ärzte im Auswertungsquartal die Kriterien für die erfolgsabhängige Arzneimittelstrukturpauschale erfüllen

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
RESTAUSSCHÜTTUNG_ARZT	NUMBER (9,2)		Höhe der erfolgsabhängigen Arzneimittel-Leistungspauschale je Arzt nach gemäß Anlage 10 - Punkt 4.1.3 Berechnung: Restausschüttung / Anzahl Ärzte, die die Zielquote erfüllen

ABGVOAZM: Struktur der abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln je ATC

Attribut	Datentyp (Feldlänge)	Format	Bemerkung
VERTRAGSNUMMER	NUMBER(7)		Nummer des Vertrages
QUARTAL	VARCHAR (5)	JJJQ	Berechnungsquartal
BSNR	CHAR(9)		Betriebsstättennummer
LANR	CHAR(9)		Lebenslange Arztnummer
ATC	CHAR(7)		Angabe ATC_Code
KATEGORIE	NUMBER (1)		Kategorienzuordnung (1/2/3) des ATC-Codes nach Medikationskatalog („Bestwert“); wenn im Katalog aber ohne Kategorisierung, dann 0 (nicht NULL!)
ANMERKUNGEN	VARCHAR (256)		Ggf. erforderliche Konkretisierungen zum ATC-Code und/oder Erläuterungen
VOL_DDD_ATC	NUMBER(12)	In 1/1000 DDD	Verordnungsvolumen in 1/1000 DDD des ATC
TIMESTAMP	DATE	YYYYMMDD_HH24MI	Datum/Uhrzeit der Erstellung der Datei

10 Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung

10.1 Fehlerverfahren

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

Stufe 1	Die Stufe 1 umfasst die technischen und logistischen Prüfungen, z. B. die Feststellung der Lesbarkeit des Datenträgers allgemein und die Prüfung auf zulässige Kommunikationspartner usw.
---------	---

Stufe 2	Die Stufe 2 beinhaltet die Prüfung gegen den Dateiaufbau. Der Dateiaufbau muss jeweils bei Änderungen in dieser Technischen Anlage entsprechend angepasst werden.
Stufe 3	In Stufe 3 werden mögliche formale Prüfungen durchgeführt, z. B. Prüfungen gegen Stammdateien.

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

10.2 Fehlerbehandlung

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