



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

IT in der Arztpraxis

Datensatzbeschreibung KVDT

[KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT]

Dezernat Digitalisierung und IT

10623 Berlin, Herbert-Lewin-Platz 2

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Version 5.84
Datum: 14.02.2025
Kennzeichnung: Öffentlich
Status: In Kraft

DOKUMENTENHISTORIE

Die Änderungen vom 14.02.2025 treten zum 01.04.2025 zur Abrechnung des 2. Quartals 2025 in Kraft.

Ver- sion	Datum	Autor	Änderung	Begründung	Seite
5.84	14.02.2025	KBV	HDRG-Datenpaket - FK 9212 aktualisiert - Regel 221 aufgenommen - FK 4112 aufgenommen - Regel 142 aufgenommen - Regel 895 aufgenommen ADT-Datenpaket - FK 9212 aktualisiert - FK 4244, 4245, 4246 gestrichen - Regel 849 und 871 gestrichen - Regel 894 aufgenommen - FK 4112 aufgenommen - Regel 895 aufgenommen KADT-Datenpaket - FK 9212 aktualisiert - FK 4112 aufgenommen - Regel 142 aufgenommen - Regel 895 aufgenommen Feldverzeichnis an die Änderung der Satzarten angepasst		110 115, 119 111, 114 119 121 31 34, 39, 57, 132 73, 74 75 33, 38, 44, 48, 54 75 82 84, 88 95 98 122
5.83	19.11.2024	KBV	Besa-Datenpaket - Anpassung des Wertebereiches (Regel 177) der FK 0225 - Anpassung der Regel 858, 863 und 873 ADT-Datenpaket - Klarstellung Regel 703 und 704	Wiederaufnahme der fehlerhaft entfernten Änderungen aus der Version 5.60 (nicht markiert)	26, 27 28, 28, 29 69
5.82	15.11.2024	KBV	ADT-Datenpaket - FK 9212 aktualisiert - FK 4135 gestrichen - FK 5050, 5051 und 5052 aufgenommen - Regel 888, 889, 890 aufgenommen - Regel 776 angepasst - FK 5076 aufgenommen SADT-Datenpaket - FK 9212 aktualisiert - FK 5076 aufgenommen HDRG-Datenpaket - Regel 776 angepasst		31 36, 41, 45, 49, 59, 134 74 32, 71 35, 41, 45, 49, 60 101 103, 104 120

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	3
1 GRUNDLAGEN	6
1.1 Zielsetzung.....	6
1.2 Struktur der Speicherung	7
1.3 Grobstruktur	8
1.4 Speicherung.....	9
1.5 Satz und Satztable.....	10
1.5.1 Satzaufbau	10
1.5.2 Satztabellen	10
1.5.3 Feldarten	12
1.6 Feld und Feldtable.....	13
1.6.1 Feldaufbau	13
1.6.2 Feldtable	13
1.7 Regeltabelle	15
1.8 Zeichensatz	17
1.8.1 Zeichensatztable des ISO 8859-15	17
1.9 Die Abrechnungsdatei	18
1.9.1 Leitungsgebundene elektronische Abrechnung	18
1.9.2 Aufbau des Dateinamens	18
2 CONTAINER-SÄTZE	19
2.1 Anordnung	19
2.2 Container-Satztabellen.....	19
2.2.1 Satzart: Container-Header "con0"	19
2.2.2 Satzart: Container-Abschluss "con9"	20
2.2.3 Satzart: Betriebsstättendaten "besa"	20
2.2.4 Satzart: Ringversuchszertifikate „rvsa“	23
2.3 Anforderungen an die Datenqualität	24
2.3.1 Container-Feldtable	24
2.3.2 Container-Regeltabelle	27

3	ADT-DATENPAKET	30
3.1	Zielsetzung	30
3.2	Übersicht	30
3.3	Anordnung	30
3.4	ADT-Satztabellen	30
3.4.1	Satzart: ADT-Datenpaket-Header "adt0"	31
3.4.2	Satzart: ADT-Datenpaket-Abschluss "adt9"	32
3.4.3	Satzart: Ambulante Behandlung "0101"	32
3.4.4	Satzart: Überweisung "0102"	37
3.4.5	Satzart: Belegärztliche Behandlung "0103"	42
3.4.6	Satzart: Notfalldienst/Vertretung/Notfall "0104"	46
3.5	Anforderungen an die Datenqualität	51
3.5.1	ADT-Feldtabelle	51
3.5.2	ADT-Regeltabelle	62
3.6	Besondere Hinweise	76
3.6.1	Auftrag zur in-vitro-Diagnostik an Facharzt	76
3.6.2	Laborauftrag an Laborgemeinschaft	76
3.6.3	Allgemeine Hinweise zu den in-vitro-Diagnostik Aufträgen	77
3.6.4	Handhabung der Laboraufträge von Knappschaftsärzten	77
3.6.5	Integration der ASV-Abrechnung in das ADT-Datenpaket	77
3.6.5.1	Abrechnung von ASV-Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind	79
3.6.5.2	Angabe „Tumorstadium“ (s. g. „TNM-Status“) und / oder Progression	80
4	KADT-DATENPAKET	81
4.1	Zielsetzung	81
4.2	Übersicht	81
4.3	Anordnung	81
4.4	KADT-Satztabellen	81
4.4.1	Satzart: KADT-Datenpaket-Header "kad0"	82
4.4.2	Satzart: KADT-Datenpaket-Abschluss "kad9"	82
4.4.3	Satzart: Kurärztliche Behandlung "0109"	83
4.5	Besondere Hinweise	86
4.5.1	Erläuterung zu den Feldern 5000, 5001, 6001, 6003, 6004 und 6006	86
4.6	Begleitpapiere	86

4.7	Anforderungen an die Datenqualität	87
4.7.1	KADT-Feldtabelle	87
4.7.2	KADT-Regeltabelle	93
4.8	Vordruckmuster "Kurarztschein"	98
5	SADT-DATENPAKET NRW	100
5.1	Zielsetzung	100
5.2	Übersicht	100
5.3	Anordnung	100
5.4	SADT-Satztabellen	100
5.4.1	Satzart: SADT-Datenpaket-Header "sad0"	101
5.4.2	Satzart: SADT-Datenpaket-Abschluss "sad9"	101
5.4.3	Satzart: SADT-ambulante Behandlung "sad1"	102
5.4.4	Satzart: SADT-Überweisung "sad2"	102
5.4.5	Satzart: SADT-belegärztliche Behandlung "sad3"	103
5.5	Anforderungen an die Datenqualität	103
5.5.1	SADT-Feldtabelle	104
5.5.2	SADT-Regeltabelle	106
6	HYBRID-DRG DATENPAKET	109
6.1	Zielsetzung	109
6.2	Einsatzzwecke des Datenpaketes	109
6.3	Übersicht	109
6.4	Anordnung	109
6.5	Hybrid-DRG-Satztabellen	109
6.5.1	Satzart: Hybrid-DRG-Datenpaket-Header "hdrg0"	109
6.5.2	Satzart: HDRG-Datenpaket-Abschluss "hdrg9"	110
6.5.3	Satzart: HDRG "hdrg1"	110
6.5.4	HDRG-Feldtabelle	112
6.5.5	HDRG-Regeltabelle	116
7	FELDVERZEICHNIS	122
8	REFERENZIERTE DOKUMENTE	137

1 Grundlagen

1.1 Zielsetzung

Diese **KVDT**-Satzbeschreibung ermöglicht die gebündelte Übertragung von

- **Abrechnungsdaten (ADT),**
- **Kurärztlichen Abrechnungsdaten (KADT),**
- **Abrechnungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch NRW (SADT)**

von einer Arztpraxis zur jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Satzbeschreibung ist so angelegt, dass bei Bedarf weitere Datenpakete in das "Container-Modell" hinzugefügt werden können.

Im Hinblick auf gesetzliche und vertragliche Bestimmungen sowie Beschlüsse der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane bleiben Änderungen der vorliegenden Richtlinien vorbehalten.

1.2 Struktur der Speicherung

Eine **Datei** besteht aus **Datenpaketen** und aus **Container-Sätzen**. Folgende **Datenpakete** sind definiert:

- ➔ ADT – Abrechnungs-Datenpaket
- ➔ KADT – Kurärztliches Abrechnungs-Datenpaket
- ➔ SADT – Schwangerschaftsabbruch-Datenpaket

Ein **Datenpaket** ist in **Sätze** unterteilt. Folgende **Sätze** sind definiert:

- **Container-Sätze**

- | | |
|----------------------------|--------|
| 1) Container-Header | "con0" |
| 2) Container-Abschluss | "con9" |
| 3) Betriebsstättendaten | "besa" |
| 4) Ringversuchszertifikate | "rvsa" |

- **ADT-Datenpaket**

- | | |
|-------------------------------------|--------|
| 1) ADT-Datenpaket-Header | "adt0" |
| 2) ADT-Datenpaket-Abschluss | "adt9" |
| 3) Ambulante Behandlung | "0101" |
| 4) Überweisung | "0102" |
| 5) Belegärztliche Behandlung | "0103" |
| 6) Notfalldienst/Vertretung/Notfall | "0104" |

- **KADT-Datenpaket**

- | | |
|--|--------|
| 1) KADT-Datenpaket-Header | "kad0" |
| 2) KADT-Datenpaket-Abschluss | "kad9" |
| 3) Abrechnung von kurärztlicher Behandlung | "0109" |

- **SADT-Datenpaket**

- | | |
|-----------------------------------|--------|
| 1) SADT-Datenpaket-Header | "sad0" |
| 2) SADT-Datenpaket-Abschluss | "sad9" |
| 3) SADT-Ambulante Behandlung | "sad1" |
| 4) SADT-Überweisung | "sad2" |
| 5) SADT-Belegärztliche Behandlung | "sad3" |

Ein **Satz** ist unterteilt in **Felder**. Felder sind je Satz definiert (vgl. Satz- und Feldtabellen)

Ein **Feld** ist die kleinste Einheit einer Datei. Es besteht aus:

- Längenangabe des Feldes (3 Bytes)
- Feldkennung (4 Bytes)
- eigentlicher Feldinhalt (variabel, vgl. Feldtabelle)
- Feldende-Markierung CR/LF (2 Bytes, ASCII-Wert 13 = CR, ASCII-Wert 10=LF)

1.3 Grobstruktur

Eine **Datei** setzt sich neben Container-Sätzen ("con0", "con9", "besa", „rvsa“) aus **Datenpaketen** zusammen:

Datei
ADT-Datenpaket KADT-Datenpaket SADT-Datenpaket

Ein **Datenpaket** setzt sich aus mehreren **Sätzen** zusammen:

Datenpaket
Satz 1 . . Satz n

Ein **Satz** ist unterteilt in **Felder**:

Satz
Feld 1 . . Feld n

Jedes **Feld** hat den folgenden Aufbau:

Feld
Länge Kennung Inhalt Ende CR/LF

1.4 Speicherung

KVDT-Grobschema

Container-Header	"con0"
Betriebsstättendaten	"besa"
Ringversuchszertifikate	"rvsa"
Datenpaket 1	
Datenpaket m	
Container-Abschluss	"con9"

Beispielhaftes KVDT-Feinschema

Satzbeschreibung

Satzart

Container-Header	con0
Betriebsstättendaten	besa
Ringversuchszertifikate	rvsa
ADT-Datenpaket-Header	adt0
Fall a	010r
Fall z	010r
ADT-Datenpaket-Abschluss	adt9
KADT-Datenpaket-Header	kad0
Satz 1	0109
Satz n	0109
KADT-Datenpaket-Abschluss	kad9
SADT-Datenpaket-Header	sad0
Satz 1	sadr
Satz n	sadr
SADT-Datenpaket-Abschluss	sad9
Container-Abschluss	con9

1.5 Satz und Satztabelle

1.5.1 Satzaufbau

Jeder Satz beginnt mit einem Feld "8000", welches die Satzart enthält. Gemäß der Satzart wird die zugehörige Satztabelle herangezogen.

Beispiel für den Aufbau eines Datensatzes

Länge	Kennung	Inhalt (Beispiel)	Feldende
013	8000	0101	CR/LF
011	3000	21	CR/LF
...	...	...	...

1.5.2 Satztabellen

Die Satztabellen dienen der Prüfung des Satzaufbaus. Jede Satztabelle gibt die zulässigen Felder der Satzart und deren Anordnung vor. Die Felder werden mit einer Feldkennung (FK) bezeichnet.

Die Felder sind entsprechend ihrer Anordnung in der Satztabelle unter Berücksichtigung der Angaben in Spalte "Vorkommen" zu übertragen.

Ausnahme ADT-Satzarten "010x" und KADT-Satzart "0109": Felder mit den Feldkennungen 5000 – 5019 sind chronologisch bzw. im Sachzusammenhang zu übertragen. Demnach muss insbesondere die Anordnung der Leistungstage (Inhalte der Felder 5000) in aufsteigender Reihenfolge innerhalb des ADT-Datenpaketes erfolgen.

Beispiel:

...3101...
...3102...
...
...500020141001
...5001...
...5002...
...5005...
...5098...
...5099...
...5001...
...5009...
...5098...
...5099...
...500020141002
...5001...
...5016...
...5098...
...5099...
...5001...
...5098...
...5099...
...500020141013

...5001...
...5098...
...5099...

Zu jedem Feld ist ein Eintrag mit den folgenden Angaben vorhanden:

Eintrag einer Satztablelle

Inhalt	Bedeutung	Beispiel
Feldkennung	Zulässige Feldkennung	8000
Vorkommen *	Anzahl je Satz, Erläuterung s.u.	1
Feldinhalt	Feldbezeichnung	Satzart
Feldart	Muss-/Kann-Angabe (M, m, K, k), vgl. Kapitel 1.5.3	M
Bedingung	Regel xxx (Hinweis: nur Kontext-Regeln, in denen die Bedingung für das Vorhandensein des Feldes formuliert ist)	Regel 302
Erläuterung	Hinweise zum Feld	Satzart Überweisung

Der folgende beispielhafte Auszug aus der Satztablelle "0101" soll die Struktur eines Satzes entsprechend den Angaben in der Spalte "Vorkommen" verdeutlichen:

...	FK	Vorkommen			...
		1	2	3	
...					
3101	1				Feld 3101 kann einmal je Satz "0101" vorkommen
...					
5000	n				Feld 5000 kann beliebig oft je Satz "0101" vorkommen
5001		n			Feld 5001 kann beliebig oft je Feld 5000 vorkommen
5002			1		Feld 5002 kann nur einmal je Feld 5001 vorkommen
...					
5009			n		Feld 5009 kann beliebig oft je Feld 5001 vorkommen

Die Spalte "**Vorkommen**" beschreibt die **Hierarchie** der einzelnen Felder innerhalb eines Satzes und gibt außerdem die zulässige Häufigkeit eines Feldes zu dem in der Hierarchie übergeordneten Feld bzw. den Satz wieder.

1.5.3 Feldarten

In der Spalte Feldart wird angegeben, ob ein Feld in einem Satz vorhanden sein muss oder nicht, und ob dieses Vorhandensein an eine bestimmte Bedingung geknüpft ist (diese Bedingung ist dann in der Spalte *Bedingung* näher spezifiziert).

M = unbedingtes Mussfeld

Ein unbedingtes Muss-Feld muss in einem Satz vorhanden sein.

Sollte in der Spalte *Vorkommen* ein mehrfaches bzw. n-faches Vorkommen zugelassen sein, so muss dieses Feld mindestens einmal in dem Satz vorkommen.

m = bedingtes Mussfeld

Bei einem bedingten Muss-Feld ist die Existenz an eine bestimmte Bedingung (s. Spalte *Bedingungen*) oder an das Auftreten eines referenzierten Feldes auf einer übergeordneten Hierarchiestufe (s. Spalte *Vorkommen*) gebunden. Ein bedingtes Muss-Feld muss in einem Satz vorhanden sein, wenn entweder in der Spalte Bedingungen ein Eintrag vorhanden und erfüllt ist oder das auf der übergeordneten Hierarchiestufe referenzierte Feld existiert.

K = Kannfeld

Ein Kann-Feld kann in einem Satz auftreten, wobei das Vorkommen an keinerlei Bedingungen geknüpft ist. Sollte jedoch die entsprechende Information vorliegen, muss sie in dem dazugehörigen Feld dargestellt werden, wobei der Nachweis über das Vorhandensein der Information – im Gegensatz zu bedingten Muss-Feldern – nicht programmtechnisch erfolgen kann.

k = bedingtes Kannfeld

Bei einem bedingten Kann-Feld ist die Existenz an eine bestimmte Bedingung (s. Spalte *Bedingungen*) oder an das Auftreten eines referenzierten Feldes auf einer übergeordneten Hierarchiestufe (s. Spalte *Vorkommen*) gebunden. Ein bedingtes Kann-Feld darf in einem Satz vorhanden sein, wenn entweder in der Spalte Bedingungen ein Eintrag vorhanden und erfüllt ist oder das auf der übergeordneten Hierarchiestufe referenzierte Feld existiert.

Anmerkung zur Realisierungspflicht:

Für einen Entwickler, der eine Zulassung durch die KBV anstrebt, gilt:

Grundsätzlich sind – unabhängig von den Feldarten – alle Felder eines Datenpaketes zu realisieren, sofern dessen Zulassung angestrebt wird.

1.6 Feld und Feldtabelle

1.6.1 Feldaufbau

Die eigentlichen Informationseinheiten sind die Felder. Jedes Feld hat die gleiche Struktur. Alle Informationen sind als ASCII-Zeichen dargestellt. Gemäß der Feldkennung wird der zugehörige Eintrag der Feldtabelle herangezogen.

Struktur eines Datenfeldes

Feldteil	Länge	Bedeutung
Länge	3 Bytes	Feldlänge in Bytes
Kennung	4 Bytes	Feldkennung
Inhalt	variabel	Abrechnungsinformation
Ende	2 Bytes	ASCII-Wert 13 = CR (Wagenrücklauf) + ASCII-Wert 10 = LF (Zeilenvorschub)

Für die Längenberechnung eines Feldes gilt die Regel: **Feldinhalt + 9**

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass es nicht zulässig ist, "leere" Felder, d. h. ohne Feldinhalt (z.B. "0094207") bzw. nur Leerzeichen (z.B. "0114207 ") zu übertragen.

1.6.2 Feldtabelle

Es gibt nur eine und damit satzartunabhängige Feldtabelle je Datenpaket. Die Feldtabelle dient der Prüfung der Feldinhalte des Datensatzes. Jeder Eintrag in der Feldtabelle beschreibt den Inhalt des entsprechenden Datenfeldes. In der Feldtabelle ist zu jeder definierten Feldkennung ein Eintrag mit den folgenden Angaben vorhanden.

Einige Prüfungen können sofort anhand der Eintragung in dieser Tabelle durchgeführt werden, während zu weiteren Prüfungen in die Regeltabelle bzw. in untergeordnete Tabellen verzweigt werden muss. In der Feldtabelle ist jeder Eintrag eindeutig einem Feld zugeordnet.

Darstellung der Abhängigkeiten von der KV-Spezifika-Stammdatei

Die Einträge „kvx0“, „kvx1“, „kvx2“ oder „kvx3“ in der Regelspalte der Feldtabelle sind ein Verweis auf die entsprechenden Satzarten der KV-Spezifika-Stammdatei. Der betreffende Feldinhalt der KVDT-Datei ist abhängig von KV-spezifischen Vorgaben. Vor Speicherung des betreffenden Feldinhaltes in der KVDT-Datei muss eine Auswertung der entsprechenden Satzart „kvxn“ (n= 0, 1, 2, 3) der jeweiligen KV-Spezifika-Stammdatei erfolgen.

Eintrag der Feldtabelle

Inhalt	Bedeutung	Beispiel
FK	Feldkennung, Identifikation	8000
Feldbezeichnung	Bezeichnung des Feldes	Satz-ID
Länge [#]	Feldlänge in Bytes, Erläuterung s.u.	4
Typ [*]	Feldtyp, Erläuterung s. u.	a
Regel	Verweis in Regeltabelle oder / und Verweis auf KV-Spezifika-Stammdatei	110 kvx3
erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	erlaubte Ausprägung und Bedeutung	
Beispiel	möglicher Feldinhalt	0102

[#] In der Spalte "**Länge des Feldinhaltes**" wird festgelegt, aus wie vielen Zeichen (Bytes) ein Feldinhalt bestehen darf. Dabei gibt ein Zahlenwert (n) eine feste Länge an, wobei auch alternative Längen durch die Angabe unterschiedlicher Zahlenwerte (n, m) vereinbart werden können. Durch das ≤-Zeichen mit nachfolgendem Zahlenwert (≤ n) wird der Feldinhalt auf eine maximale Länge beschränkt.

^{*} Folgende Feldtypen sind definiert:

n = numerisch; bei festen Feldlängen ist das Feld mit führenden Nullen aufzufüllen. Bei variablen Feldlängen dürfen keine führenden Nullen übertragen werden.

A = alphanumerisch

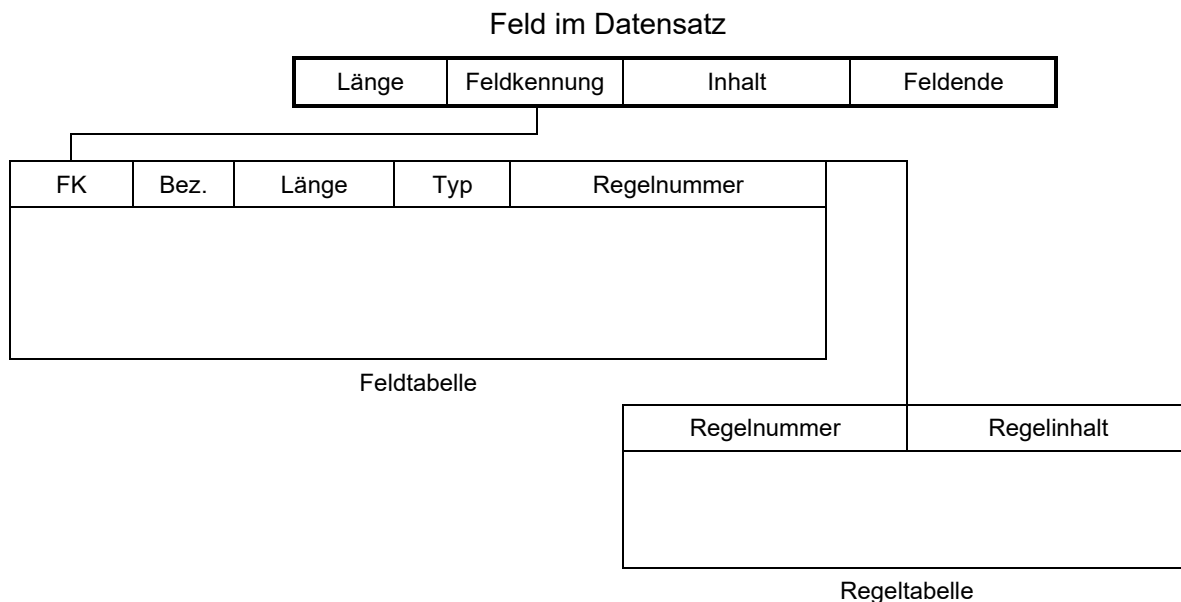
Ein alphanumerisches Datenfeld der Länge "≤ n" (Zeichen) ist durch ein Abrechnungssystem so zu realisieren, dass das betreffende Feld die Anzahl "n" (Zeichen) aufnehmen kann. Werden weniger Zeichen in ein derart definiertes Feld eingegeben, so ist die Übertragung führender bzw. nachfolgender Leerzeichen nicht erlaubt (Beispiel: FK 3101, Länge ≤ 45, Typ a).

d = numerische Datumsangabe im Format JJJJMMTT, wobei

TT = 01-31, MM = 01-12, JJJJ = 0001-9999

1.7 Regeltabelle

Die logischen Beziehungen zwischen Datensatzfeld, Feldtabelle und Regeltabelle beschreibt das folgende Schema:



Je Datenpaket existiert eine separate Regeltabelle.

Jeder Eintrag in der Regeltabelle beschreibt eine konkrete Regel. Eine Regel definiert zulässige Formate, erlaubte Inhalte (Wertebereich) oder Vereinbarungen über mögliche Kontexte bestimmter Felder. In der Regeltabelle ist zu jeder Regelnummer ein Eintrag mit den folgenden Angaben vorhanden.

Eintrag der Regeltabelle

Inhalt	Bedeutung	Beispiel
Regelnummer (R-Nr)	Identifikation	106
Kategorie	Art der Regel (Format-, Inhalts-, Existenz-, Kontextprüfungen, Besondere Hinweise)	erlaubter Inhalt
Prüfung	Regelinhalt	1, 2, 3
Prüfstatus	Art der Fehlermeldung (W = Warnung, F = Fehler, I = Info), vgl. Hinweis	F
Erläuterung	Erläuterung	-

Regeln sind entsprechend ihrer Art in Nummernkreise unterteilt:

- 000 – 099 Formatprüfungen
- 100 – 199, 200, 205, 208-209 Inhaltsprüfungen
- 201 – 204, 210 – 299 Existenzprüfungen
- 300 – 499, 700 – 899 Kontextprüfungen
- 500 – 599 Inhaltsprüfungen
- ...
- 900 – 999 Sonderprüfungen/Besondere Hinweise

Die Einhaltung dieser Regeln wird durch das KBV-Prüfmodul (XPM) sichergestellt. Im Prüfmodul-Prüfprotokoll werden die Regelnummern als Bestandteil der Meldungsnummer verwendet, z. B. KVDT-R740. Mit Ausnahme von Format- und Inhaltsprüfungen, diese werden mit wenigen Ausnahmen im Prüfmodul-Prüfprotokoll als „XML-Fehler“, also ohne „sprechende“ Fehlernummer, angezeigt.

Hinweis: Weitere Informationen zum KBV-Prüfmodul sind in den detaillierten Dokumenten im Ordner /Doku des jeweiligen Prüfmoduls vorhanden.

Das KBV-Prüfmodul prüft darüberhinaus die Einhaltung diverser XDT-Standardanforderungen (Syntaxfehler), z. B. die korrekte Längenberechnung eines Feldes (XPM-Meldungsnummer „XDT-LEN“), korrektes „Feld-Ende“ (XPM-Meldungsnummer „XDT-CRLF“) etc. Diese Regeln (Prüfungen) sind in den datenpaket-bezogenen Regeltabellen nicht explizit enthalten (vgl. u. a. XDT-Meldungen.xml im Ordner /Doku des jeweiligen Prüfmoduls).

Die Einhaltung einiger Regeln, diese sind in den jeweiligen Regeltabellen mit einem Doppelkreuz (#) gekennzeichnet, kann nur vom KBV-Prüfmodul geprüft werden. Diese gekennzeichneten Regeln sind für die Abrechnungssoftware nicht relevant.

1.8 Zeichensatz

Der angegebene Standard nach ISO 8859-15 entspricht dem Standard der eGK, sodass nach deren Einlesen keine Zeichensatzkonvertierungen notwendig sind.

Von den in der Norm enthaltenen Zeichen sind nur die explizit in der Zeichensatztabelle aufgeführten Zeichen als Feldinhalt erlaubt mit folgender Einschränkung:

Die Zeichen "CR" und "LF" ("Wagenrücklauf" = ASCII 13, "Zeilenvorschub" = ASCII 10) dienen bei der Datenübertragung als Feldende-Kennzeichnung. Sie dürfen auf keinen Fall als Feldinhalt übertragen werden

1.8.1 Zeichensatztabelle des ISO 8859-15

Dec	♦	0	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160	176	192	208	224	240
♦	Hex	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A	B	C	D	E	F
0	0			SP	0	@	P	`	p				°	À	Đ	à	đ
1	1			!	1	A	Q	a	q			ı	±	Á	Ñ	á	ñ
2	2			"	2	B	R	b	r			ø	²	Â	Ò	â	ò
3	3			#	3	C	S	c	s			£	³	Ã	Ó	ã	ó
4	4			\$	4	D	T	d	t			€	Ž	Ä	Ô	ä	ô
5	5			%	5	E	U	e	u			¥	µ	Å	Ö	å	ö
6	6			&	6	F	V	f	v			Š	¶	Æ	Ö	æ	ö
7	7			'	7	G	W	g	w			Š	·	Ç	×	ç	÷
8	8			(	8	H	X	h	x			š	ž	È	Ø	è	ø
9	9			)	9	I	Y	i	y			©	¹	É	Ù	é	ù
10	A	LF		*	:	J	Z	j	z			ª	º	Ê	Ú	ê	ú
11	B			+	;	K	[	k	{			«	»	Ë	Û	ë	û
12	C			,	<	L	\	l				¬	œ	Ì	Ü	ì	ü
13	D	CR		-	=	M	]	m	}			SHY	œ	Í	Ý	í	ý
14	E			.	>	N	^	n	~			®	ÿ	Î	Þ	î	þ
15	F			/	?	O	_	o	DEL			—	ı	Ï	ß	ï	ÿ

1.9 Die Abrechnungsdatei

1.9.1 Leitungsgebundene elektronische Abrechnung

Gemäß § 1 – Datenverarbeitungstechnisches Abrechnungsverfahren der „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V“ muss die Übermittlung der (Abrechnungs)-daten leitungsgebunden elektronisch zu erfolgen. Es muss darüber hinaus die Möglichkeit bestehen, die Abrechnungsdatei weiterhin auf Datenträger zu kopieren, um diese auf einen separaten Praxis PC zu transportieren.

1.9.2 Aufbau des Dateinamens

Der Dateiname setzt sich folgendermaßen zusammen:

Zhhnnnnnnnnn_TT.MM.JJJJ_hh.mm.eee

Bedeutung:

- Z = ISO 8859-15 Code
- hh = Enthaltene Datenpakete in hexadezimaler Darstellung
- nnnnnnnnnn = die 9-stellige (Neben)Betriebsstättennummer (**1. Priorität**) oder das Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung) (**2. Priorität**) des jeweiligen Ortes, an dem die Abrechnungsdatei erstellt wird.
- TT.MM.JJJJ_hh.mm = Zeitstempel
- eee = Dateierweiterung CON (= Defaultwert)

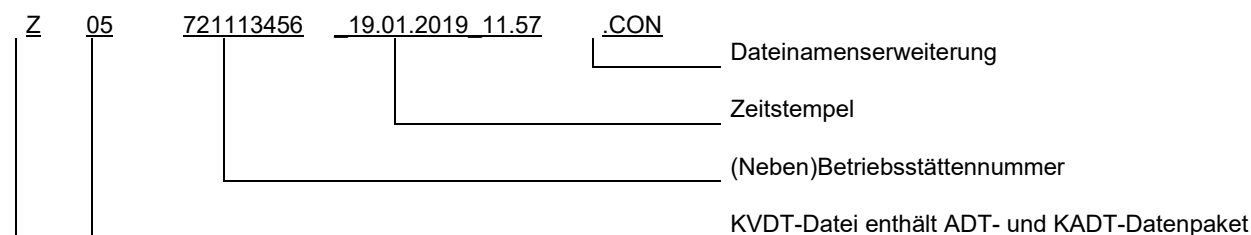
Die Stellen 2 und 3 des Dateinamens werden zur Kodierung des Datenpaket-Inhaltes in hexadezimaler Form genutzt¹.

Datenpaket	Hex-Wert der Kodierung
ADT	0x01
KADT	0x04
SADT	0x20
Hybrid-DRG	0x30

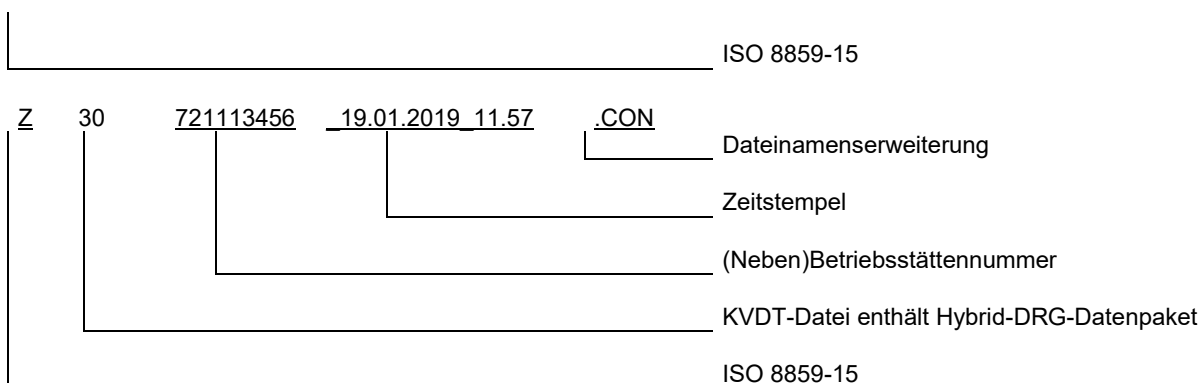
Bei der hexadezimalen Darstellung wird „0x“ nicht in den Dateinamen geschrieben!

Der Inhalt der Stellen 2 und 3 des Dateinamens wird durch Addition der in der KVDT-Datei enthaltenen Datenpakete gebildet. Bsp.: ADT + KADT = 0x01 + 0x04 = 0x05 (hexadezimal)
Hybrid-DRG-Datenpakete dürfen nicht mit anderen Datenpaketen gemischt werden.

Beispiel:



¹ Der KVDT erlaubt keine Aufteilung eines Datenpaketes auf mehrere Dateien. Unter Berücksichtigung der Übertragungsmöglichkeit weiterer, noch zu definierender Datenpakete können bei einer hexadezimalen Darstellung mehr Datenpakete (insgesamt 8) dargestellt werden als in dezimaler Form (nur 6).



2 Container-Sätze

2.1 Anordnung

Reihenfolge, Anzahl und Position der Satzarten bzw. Datenpakete in einer Datei sind wie folgt, sofern das Datenpaket „Hybrid-DRG“ in der Abrechnungsdatei nicht enthalten ist:

- Satz „con0“ ist pro Datei einmal vorhanden. Er ist als erster Satz abzulegen.
- Satz „besa“ ist pro Datei einmal vorhanden. Er ist als zweiter Satz abzulegen.
- Satz „rvsa“ kann pro Datei einmal vorhanden sein. Er ist als dritter Satz abzulegen.²
- Datenpakete
 - Das erste Datenpaket folgt entweder auf Satz „rvsa“ oder auf Satz „besa“.
 - Jedes weitere Datenpaket folgt auf das jeweils vorhergehende Datenpaket.
 - Für die Kombination der Datenpakete einer KVDT-Datei sind die Felder 9135 „Kombinierte Datenpakete einer KVDT-Datei“ und 9138 „separate Datenpakete einer KVDT-Datei“ der Satzart „kvx0“ der jeweils gültigen KV-Spezifika-Stammdatei auszuwerten.
 - Jedes Datenpaket darf nur genau einmal je KVDT-Datei vorhanden sein.
 - Die Reihenfolge der Datenpakete ist wie folgt festgelegt:
„ADT“, „KADT“ und „SADT“.
- Satz „con9“ ist pro Datei einmal vorhanden. Er ist als letzter Satz der Datei abzulegen.

2.2 Container-Satztabellen

Im Folgenden werden die Container-Sätze (con0, con9, besa, rvsa) beschrieben.

2.2.1 Satzart: Container-Header „con0“

FK	Vorkommen			Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3				

² Der Satz „rvsa“ muss vorhanden sein, sofern ein ADT-Datenpaket in der KVDT-Datei enthalten ist, unter der Bedingung, dass es sich nicht um eine ausschließliche Abrechnung eines Krankenhauses im Rahmen der ASV-Abrechnung handelt.

8000	1	Satzart	M		Satzart Container-Header
9103	1	Erstellungsdatum	M		
9106	1	verwendeter Zeichensatz	M		vgl. Kapitel 2.3.1
9132	n	enthaltene Datenpakete dieser Datei	M		vgl. Kapitel 2.3.1

2.2.2 Satzart: Container-Abschluss "con9"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Container Abschluss

2.2.3 Satzart: Betriebsstättendaten "besa"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Betriebsstättendaten
0201	n	Betriebs- (BSNR) oder Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)	m	Regel 857 Regel 875 Regel 878	abrechnende Betriebsstätte und ggf. alle in dieser Abrechnungsdatei auftretenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummern; Hinweis zu Laborgemeinschaften mit bereichsfremden LG-Mitgliedern, vgl. Kapitel 3.6.3
0203	1	(N)BSNR-/Krankenhaus-Bezeichnung	m		
0212	n	Lebenslange Arztnummer (LANR)	m	Regel 836 Regel 875	
0219	1	Titel des Arztes	k		Relevant bei bereichsfremden LG-Mitgliedern
0220	1	Arztvorname	k		Relevant bei bereichsfremden LG-Mitgliedern
0221	1	Namenszusatz des Arztes	k		Relevant bei bereichsfremden LG-Mitgliedern
0211	1	Arztname oder Erläuterung	m		Erläuterung bei Pseudoarztnummer
0222	n	ASV-Teamnummer	K		
0223	n	Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung	m	Regel 836	
0219	1	Titel des Arztes	k		
0220	1	Arztvorname	k		

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
0221	1	Namenszusatz des Arztes	k		
0211	1	Arztname oder Erläuterung	m		
0222	n	ASV-Teamnummer	m		
0205	1	Straße der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	m		
0215	1	PLZ der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	m		
0216	1	Ort der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	m		
0208	1	Telefonnummer	m		Vorwahl, Rufnummer der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus
0209	1	Telefaxnummer	k		Vorwahl, Faxnummer der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus
0218	1	E-Mail der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus	k		
0224	1	Produkttypversion des Konnektors	m	Falls die Information über die Außenschnittstelle der Basisanwendung Dienstverzeichnisdienst erfasst werden kann	vgl. Kapitel 7
0227	1	Ablaufdatum des Konnektorzertifikats	m	Regel 872	
0228	n	Produktname des Konnektors	m	Regel 874	
0225	n	TI-Fachanwendung / TI-Komponente	m	Regel 858 Regel 862 Regel 863	vgl. Kapitel 7
0226	1	Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis	m	Regel 873	vgl. Kapitel 7
0213	n	Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	m	Regel 857	Kann im Rahmen der ASV-Abrechnung eines Krankenhauses verwendet werden
0214	1	KV-Bereich	m		
0203	1	(N)BSNR-/Krankenhaus-Bezeichnung	m		
0212	n	Lebenslange Arztnummer (LANR)	m	Regel 836	
0219	1	Titel des Arztes	k		
0220	1	Arztvorname	k		

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
0221	1	Namenszusatz des Arztes	k		
0211	1	Arztname oder Erläuterung	m		Erläuterung bei Pseudoarztnummer
0222	n	ASV-Teamnummer	K		
0223	n	Pseudo-LANR für Krankenhaus-ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung	m	Regel 836	
0219	1	Titel des Arztes	k		
0220	1	Arztvorname	k		
0221	1	Namenszusatz des Arztes	k		
0211	1	Arztname oder Erläuterung	m		
0222	n	ASV-Teamnummer	m		
0205	1	Straße der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	m		
0215	1	PLZ der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	m		
0216	1	Ort der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	m		
0208	1	Telefonnummer	m		Vorwahl, Rufnummer der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus
0209	1	Telefaxnummer	k		Vorwahl, Faxnummer der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus
0218	1	E-Mail der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus	k		
0224	1	Produkttypversion des Konnektors	m	Falls die Information über die Außenschnittstelle der Basisanwendung Dienstverzeichnisdienst erfasst werden kann	vgl. Kapitel 7
0227	1	Ablaufdatum des Konnektorzertifikats	m	Regel 872	
0228	n	Produktname des Konnektors	m	Regel 874	
0225	n	TI-Fachanwendung / TI-Komponente	m	Regel 858 Regel 862 Regel 863	vgl. Kapitel 7
0226	1	Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis	m	Regel 873	vgl. Kapitel 7

2.2.4 Satzart: Ringversuchszertifikate „rvsa“

FK	Vorkommen 1 2 3 4 5	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	m	Regel 743	Satzart Ringversuchszertifikate
0201	n	(N)BSNR	M		
0300	1	Abrechnung von (zertifikatspflichtigen) Laborleistungen	m		Information zur Abrechnung von Laborleistungen innerhalb der Betriebsstätte
0301	1	pnSD/uu-Analysen	m	Regel 740	Information zur unit-use-Verwendung
0302	n	Gerätetyp	m	Regel 741 Regel 748	
0303	1	Hersteller	m		
0304	n	Analyt-ID	m	Regel 740	
0305	1	RV-Zertifikat	m		

Hinweis: Im Rahmen der KVDT-Abrechnung sind nur Ringversuchszertifikate gemäß Kapitel B1 der Richtlinie der Bundesärztekammer („Quantitative Untersuchungen“, siehe https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Rili-BAEK-Laboratoriumsmedizin.pdf), welche den Werten der Schlüsseltabelle „S_NVV_RV_ZERTIFIKAT“ entsprechen, zu dokumentieren.

Weitere – auch RV-pflichtige – Analysen (z.B. gemäß Kapitel B2 der o. g. Richtlinie) sind nicht dokumentationspflichtig über den KVDT/RVSA-Datensatz.

2.3 Anforderungen an die Datenqualität

2.3.1 Container-Feldtabelle

Die Feldtabelle dient der Prüfung der Feldinhalte. Einige Prüfungen können sofort anhand der Eintragung in dieser Tabelle durchgeführt werden, während zu weiteren Prüfungen in die Regeltabelle (vgl. Kapitel 2.3.2) bzw. in untergeordnete Tabellen verzweigt werden muss. In der Feldtabelle ist jeder Eintrag eindeutig einem Feld zugeordnet. Die Einträge „kvxn“ (n= 0,1,2,3) sind ein Verweis auf die KV-Spezifika-Stammdatei (vgl. Kap. 1.6.2).

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Bedeutung der erlaubten Inhalte	Beispiel
0201	Betriebs- (BSNR) oder Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)	9	n	(049) (061) (062) 750 819 857 875 878		010123499
0203	(N)BSNR-/Krankenhaus-Bezeichnung	≤ 60	a			Gem.-Praxis Dr. Müller, Hohl
0205	Straße der (N)BSNR-/Krankenhaus- Adresse	≤ 60	a			Nordstr. 4
0208	Telefonnummer	≤ 60	a			0221/473962
0209	Telefaxnummer	≤ 60	a			0221/474562
0211	Arztname oder Erläuterung	≤ 60	a			Hansen
0212	Lebenslange Arztnummer (LANR)	9	n	050 762 836 875		123456699
0213	Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	9	n	857		261102323
0214	KV-Bereich	2	n	532	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 18 = Dortmund 19 = Münster 20 = Dortmund 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = Linker Niederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land 39 = Darmstadt 40 = Frankfurt/Main 41 = Gießen 42 = Kassel 43 = Limburg 44 = Marburg 45 = Wiesbaden 47 = Koblenz 48 = Rheinhessen 49 = Pfalz 50 = Trier	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Bedeutung der erlaubten Inhalte	Beispiel
					51 = Rheinland-Pfalz 55 = Karlsruhe 60 = Freiburg 61 = Stuttgart 62 = Reutlingen 63 = München Stadt u. Land 64 = Oberbayern 65 = Oberfranken 66 = Mittelfranken 67 = Unterfranken 68 = Oberpfalz 69 = Niederbayern 70 = Schwaben 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 79 = Potsdam 80 = Cottbus 81 = Frankfurt/Oder 83 = Brandenburg 85 = Magdeburg 86 = Halle 87 = Dessau 93 = Thüringen 94 = Chemnitz 95 = Dresden 96 = Leipzig 99 = Knappschaft	
0215	PLZ der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	≤ 7	a			50859
0216	Ort der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	≤ 60	a			Köln
0218	E-Mail der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus	≤ 60	a			dr.mus-ter@med.de
0219	Titel des Arztes	≤ 100	a			Dr.
0220	Arztvorname	≤ 45	a			Hans
0221	Namenszusatz des Arztes	≤ 20	a			von
0222	ASV-Teamnummer	9	n	059	00nnnnnnP mit 00 = ASV-ID-Kürzel nnnnnn = eindeutige Nummer P = Prüfziffer ³	001234566
0223	Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung	9	n	063 836		
0224	Produkttypversion des Konnektors	≤ 20	a			

³ Die Prüfziffer wird mittels des Modulo 10 - Verfahrens der Stellen 3 bis 8 der ASV-Teamnummer ermittelt. Bei diesem Verfahren werden die Ziffern 3 bis 8 von links nach rechts abwechselnd mit 4 und 9 multipliziert. Die Prüfziffer ergibt sich aus der Differenz der Summe der Produkte zum nächsten Vielfachen von 10, das gleich oder größer als die Summe der Produkte ist. (Wenn die Summe der Produkte genau ein ganzes Vielfaches von 10 darstellt, dann ist die Differenz 0.)

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Bedeutung der erlaubten Inhalte	Beispiel
0225	TI-Fachanwendung / TI-Komponente	1-2	n	177	0 = ePA Stufe 1 1 = eRezept 2 = ePA Stufe 2 3 = NFDM 4 = eMP 5 = KIM 6 = eAU 7 = eArztbrief 8 = Kartenterminal 9 = SMC-B 10 = eHBA 11 = ePA Stufe 3 ⁴	0
0226	Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis	1	n	147	0 = nein 1 = ja	1
0227	Ablaufdatum des Konnektorzertifikats	8	d	872		
0228	Produktname des Konnektors	≤ 60	a	874		iConnector Pro
0300	Abrechnung von (zertifikatspflichtigen) Laborleistungen	1	n	147 740	0 = nein 1 = ja	1
0301	pnSD/uu-Analysen	1	n	107 740 741	0 = nein 1 = ja – ausschließlich 2 = ja – teilweise	2
0302	Gerätetyp	≤ 60	a	741 748		Gerät A 5673
0303	Hersteller	≤ 60	a			Firma
0304	Analyt-ID	3	n	211 740	Werte gemäß Schlüsseltabelle S_NVV_RV_Zertifikat, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22, XML-Datei: Element key/@V	004
0305	RV-Zertifikat	1	n	107 748	0 = nein 1 = ja 2 = pnSD/uu-Analyse	1
8000	Satzart	4	a	209 743	con0 = Container-Header con9 = Container-Abschluss besa = Betriebsstättendaten rvsa = Ringversuchszertifikate	con0
9103	Erstellungsdatum	8	d			20191231
9106	verwendeter Zeichensatz	1	n	182	4 = ISO 8859-15	4
9132	enthaltene Datenpakete dieser Datei	1	n	124 743 kvx0	1 = ADT-Datenpaket 3 = Kurärztliches Abrechnungsdatenpaket 6 = SADT-Datenpaket 7 = Hybrid-DRG-Datenpaket	1

⁴ ePA4all

2.3.2 Container-Regeltabelle

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
049	Format	kknnnnnmm mit kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnnnn = Seriennummer mm = [undefiniert]	F	(N)BSNR
050	Format	nnnnnnmff mit nnnnnn = ID, wobei „nnnnnn“ ungleich „555555“ sein muss m = Prüfziffer ff = erlaubter Inhalt gemäß Anlage 35 des BAR-Schlüsselverzeichnisses, tolerierter Ersatzwert für die Ziffern 8 – 9: 00	F	Lebenslange Arztnummer (LANR) Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ⁵
059	Format	00nnnnnP mit 00 = ASV-ID-Kürzel nnnnnn = eindeutige Nummer P = Prüfziffer	I	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ³
061	Format	35kknnnnn mit 35 = Krankenhäuser, die Leistungen im Rahmen von § 75 Absatz 1a SGB V erbringen kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnnnn = Seriennummer	F	(N)BSNR KH, die Leistungen im Rahmen der Terminservicestelle erbringen (Anlage 28 BMV-Ä) Struktur der BSNR vgl. ⁶
062	Format	74kknnn63 mit 74 = KBV kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnn = Seriennummer 63 = Kennzeichnung SAPV	F	(N)BSNR SAPV Struktur der BSNR vgl. ⁷
063	Format	55555nff mit 55555= Pseudo-Arztnummer für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung n = Ordnungsnummer ff = Fachgruppencode gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetznummern	F	Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung (ASV-AV Anlage 3 Fachgruppencodierungen) Wertevorrat: n ::= 0 1 ... 9
100	erlaubter Inhalt	0	F	
107	erlaubter Inhalt	0, 1, 2	F	
124	erlaubter Inhalt	1, 3, 6, 7	F	
147	erlaubter Inhalt	0, 1	F	
162	erlaubter Inhalt	01-03, 06-21, 24, 25, 27, 28, 31, 37-73, 78-81, 83, 85-88, 93-96, 98, 99	F	UKV/OKV-Kennung in der Betriebsstättennummer + Knappschaft
177	erlaubter Inhalt	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11	F	

⁵ Die Prüfziffer wird mittels des Modulo 10 - Verfahrens der Stellen 1 bis 6 der Arztnummer ermittelt. Bei diesem Verfahren werden die Ziffern 1 bis 6 von links nach rechts abwechselnd mit 4 und 9 multipliziert. Die Summe dieser Produkte wird Modulo 10 berechnet. Die Prüfziffer ergibt sich aus der Differenz dieser Zahl zu 10 (ist die Differenz 10, so ist die Prüfziffer 0).

⁶ § 6 Absatz 3 der KBV Richtlinie nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern

⁷ Kapitel 4. Betriebsstätten-Nummer der Vereinbarung zwischen KBV und GKV-SV über die Vergabe von Betriebsstätten-Nummern und einer Pseudo-Arztnummer an Leistungserbringer der spezialisierten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132 d Abs. 1 SGB V ... (SAPV-BSNR-Vereinbarung)

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
182	erlaubter Inhalt	4	F	ISO 8859-15
209	erlaubter Inhalt	con0, besa, con9, rvsa	F	
211	Existenz	Schlüsseltabelle S_NVV_RV_Zertifikat, OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22	W	
532	erlaubter Inhalt	01-03, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 37, 39-45, 47-51, 55, 60-70, 72, 73, 78-81, 83, 85-87, 93-96, 99	F	
740	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 0300 = 1, dann muss Feld 0301 und mindestens ein Feld 0304 vorhanden sein.	W	
741	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 0301 = 1 oder 2, dann muss Feld 0302 vorhanden sein.	W	
743	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 8000 = con0 und Feldinhalt von FK 9132 = 1 und wenn ein Feld 0201 in der SA „besa“ (Inhalt von FK 8000 = besa) vorhanden ist, dann muss ein Satz „rvsa“ (Inhalt von FK 8000 = rvsa) vorhanden sein.	W	RVSA-Datensatz an die Existenz des ADT-Datenpaketes gekoppelt, vgl. ²
748	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 0305 = 2 vorhanden ist, dann muss mindestens ein Feld 0302 vorhanden sein	W	
750	Kontext	Der Wert in FK 0201 der SA „rvsa“ muss mit einem der Werte aus FK 0201 der SA „besa“ übereinstimmen.	W	
762	Kontext	Der (Ersatz-)wert „888888800“ ist obsolet und als Feldinhalt von FK 0212, 4241, 4242, 5099 unzulässig.	F	
819	Kontext	Wenn der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 0201 = 35, dann gilt für den Inhalt des Feldes 0201 die Formatregel 061. Wenn der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 0201 = 74, dann gilt für den Inhalt des Feldes 0201 die Formatregel 062. Wenn der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 0201 ≠ 35 oder ≠ 74, dann gilt für den Inhalt des Feldes 0201 die Formatregel 049.	Siehe Regel 049 061 062	
836	Kontext	Es muss mindestens ein Feld FK 0212 oder ein Feld FK 0223 vorhanden sein. Es können auch beide Feldkennungen vorkommen.	F	
857	Kontext	Entweder das Feld 0201 oder das Feld 0213 muss mindestens einmal (im Satz) vorhanden sein. Es können auch beide Feldkennungen vorkommen.	F	
858	Kontext	Im Feld 0225 (TI-Fachanwendung / TI-Komponente) muss jeder erlaubte Wert der Feldkennung 0225 gemäß der Regel 177 außer den Werten „0“ (ePA Stufe 1) und „2“ (ePA Stufe 2) und „11“ (ePA Stufe 3) genau einmal zu jeder (N)BSNR (FK 0201) bzw. Krankenhaus-IK (FK 0213) vorkommen.	F	
862	Kontext	Im Feld 0225 (TI-Fachanwendung Fachanwendung / TI-Komponente) darf jeder Wert der Feldkennung 0225 gemäß der Regel 177 maximal einmal zu jeder (N)BSNR (FK 0201) bzw. Krankenhaus-IK (FK 0213) vorkommen.	F	
863	Kontext	Im Feld 0225 (TI-Fachanwendung Fachanwendung / TI-Komponente) muss entweder der Wert „0“ (ePA Stufe 1) oder „2“ (ePA Stufe 2) oder „11“ (ePA Stufe 3) der Feldkennung 0225 genau einmal zu jeder (N)BSNR (FK 0201) bzw. Krankenhaus-IK (FK 0213) vorkommen.	F	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
872	Kontext	Wenn das Feld 0224 übertragen wird, dann muss auch das Feld 0227 übertragen werden.	F	
873	Kontext	Das Feld 0226 (Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis) muss den Wert „1“ (ja) besitzen, falls das übergeordnete Feld 0225 (TI-Fachanwendung Fachanwendung / TI-Komponente) den Wert „2“ (ePA Stufe 2) oder „11“ (ePA Stufe 3) aufweist.	F	
874	Kontext	Wenn das Feld 0224 übertragen wird, dann muss auch das Feld 0228 übertragen werden.	W	
875	Kontext	Der Wert einer „LANR“ (FK 0212) darf nur einmal unter einer „(N)BSNR“ (FK 0201) vorkommen.	F	Eine LANR repräsentiert immer nur eine Person, daher darf sie pro BSNR nur einmal übertragen werden.
878	Kontext	Der Wert einer „(N)BSNR“ (FK 0201) darf nur einmal im Besa-Datensatz vorkommen.	W	Eine BSNR darf nur einmal im Besa-Datensatz übertragen werden.

3 ADT-Datenpaket

3.1 Zielsetzung

Mittels ADT-Datenpaket kann die vertragsärztliche Abrechnung übertragen werden.

3.2 Übersicht

Folgende ADT-Sätze sind definiert:

Satzbezeichnung	Satzart
ADT-Datenpaket-Header	adt0
ADT-Datenpaket-Abschluss	adt9
Ambulante Behandlung	0101
Überweisung	0102
Belegärztliche Behandlung	0103
Notfalldienst/Vertretung/Notfall	0104

3.3 Anordnung

Reihenfolge, Anzahl und Position der Satzarten innerhalb des ADT-Datenpaketes sind wie folgt:

- Satz "adt0" ist einmal vorhanden. Er ist als erster Satz des ADT-Datenpaketes abzulegen.
- Sätze "0101", "0102", "0103", "0104" folgen auf den Satz "adt0" in beliebiger Anzahl und Reihenfolge.
- Satz "adt9" ist pro ADT-Datenpaket einmal vorhanden. Er ist als letzter Satz des ADT-Datenpaketes abzulegen.

3.4 ADT-Satztabellen

Im Folgenden werden die bereits definierten Sätze beschrieben.

Ein Datensatz der Satzarten "0101 – 0104" besteht aus Feldern mit den Kennungen:

- "8xxx" Satzglobale Felder
- "3xxx" Patientenfelder
- "4xxx" Satzartspezifische Felder
- "5xxx" Leistungsfelder
- „367x“ Diagnosefelder
- "6xxx"

3.4.1 Satzart: ADT-Datenpaket-Header "adt0"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart ADT-Datenpaket-Header
0105	1	KBV-Prüfnummer	M		Eindeutige Nummer, die bei der Systemprüfung von der KBV vergeben wird
9102	1	Empfänger	M		UKV/OKV-Kennung
9212	1	Version der Satzbeschreibung	M		Verbindliche Version der ADT-Satzbeschreibung ADT0125.01 ADT0425.01
0102	1	Softwareverantwortlicher (SV)	M		vgl. Kapitel 7
0121	1	Straße des SV	M		
0122	1	PLZ des SV	M		
0123	1	Ort des SV	M		
0124	1	Telefonnummer des SV	M		
0125	1	Telefaxnummer des SV	K		
0111	1	Email-Adresse des SV	K		
0126	1	Regionaler Systembetreuer (SB)	M		vgl. Kapitel 7
0127	1	Straße des SB	M		
0128	1	PLZ des SB	M		
0129	1	Ort des SB	M		
0130	1	Telefonnummer des SB	M		
0131	1	Telefaxnummer des SB	K		
0103	1	Software	M		Name der zugelassenen Software oder Softwarevariante. Bei Einsatz einer Softwarevariante ist deren Name zu hinterlegen.
0132	1	Release-Stand der Software	K		
9115	1	Erstellungsdatum ADT-Datenpaket	K		
9260	1	Anzahl Teilabrechnungen	K		Gesamtanzahl aller Abrechnungsteile einer Betriebsstätte
9261	1	Abrechnungsteil x von y	m		Eindeutige diesem Abrechnungsteil zugeordnete Teilnummer
9204	1	Abrechnungsquartal	M		
9250	n	AVWG-Prüfnummer der AVS	K		AVWG-Prüfnummer der Arzneimittelverordnungssoftware, sofern vorhanden
9251	n	HMV-Prüfnummer	K		

3.4.2 Satzart: ADT-Datenpaket-Abschluss "adt9"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart ADT-Datenpaket-Abschluss

3.4.3 Satzart: Ambulante Behandlung "0101"

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Ambulante Behandlung
3000	1	Patientennummer	K		vgl. Kapitel 7
3003	1	Schein-ID	K		Projekt eAbrechnung KVWL
3006	1	CDM Version	m	Regel 307	vgl. Kapitel 7
3010	1	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	m	falls eGK eingelesen wurde und falls Datensatz, der zum Nachweis einer durchgeführten Onlineprüfung und -aktualisierung auf der eGK gespeichert wurde, vorhanden Regel 876	vgl. Kapitel 7
3011	1	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	m		vgl. Kapitel 7
3012	1	Error-Code	k		vgl. Kapitel 7
3013	1	Prüfziffer des Fachdienstes	k		vgl. Kapitel 7
3100	1	Namenszusatz	K		vgl. Kapitel 7
3120	1	Vorsatzwort	K		vgl. Kapitel 7
3101	1	Name	M		
3102	1	Vorname	M		
3103	1	Geburtsdatum	M		vgl. Kapitel 7
3104	1	Titel	K		
3105	1	Versichertennummer	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3119	1	Versicherten_ID	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3107	1	Straße	K		Straße der Patientenadresse
3109	1	Hausnummer	K		Hausnummer der Patientenadresse
3115	1	Anschriftenzusatz	K		
3112	1	PLZ	m	Regel 479	PLZ der Patientenadresse
3114	1	Wohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
3113	1	Ort	K		Ort der Patientenadresse
3121	1	PostfachPLZ	m	Regel 479	PLZ der Postfachadresse
3122	1	PostfachOrt	K		Ort der Postfachadresse
3123	1	Postfach	K		
3124	1	PostfachWohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7
3116	1	WOP	m	Regel 774	
3108	1	Versichertenart	M		
3110	1	Geschlecht	M		
4101	1	Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4102	1	Ausstellungsdatum	K		Eintrag des Versicherten
4104	1	Abrechnungs-VKNR	M		
4106	1	Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	M		
4108	1	Zulassungsnummer	K		Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)
4109	1	Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	m	falls Versichertenkarte eingelesen wurde Regel 876	
4112	1	eEB vorhanden	K	Regel 895	
4133	1	VersicherungsschutzBeginn	m	Regel 775	
4110	1	VersicherungsschutzEnde	K		vgl. Kapitel 7
4111	1	Kostentraegerkennung	M		
4134	1	Kostentraegername	m	Regel 777	vgl. Kapitel 7
4131	1	BesonderePersonengruppe	M		
4132	1	DMP_Kennzeichnung	M		
4121	1	Gebührenordnung	M		
4122	1	Abrechnungsgebiet	M		
4123	1	Personenkreis / Untersuchungskategorie	K		
4124	1	SKT-Zusatzangaben	K		
4125	1	Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	K		Eintrag "Gültigkeitszeitraum"
4126	n	SKT-Bemerkungen	K		
4202	1	Unfall, Unfallfolgen	K		
4204	1	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	K		vgl. Kapitel 7
4206	1	Mutmaßlicher Tag der Entbindung	K		
4234	1	anerkannte Psychotherapie	K		Ankreuzfeld
4235	n	Datum des Anerkennungsbescheides	m		Das Feld enthält das Datum des Anerkennungsbescheides oder des Fristendes nach § 33 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
4299	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragspsychotherapeuten	k		Die Angabe der LANR ermöglicht die Zuordnung der beantragten GOPen (im Rahmen der Psychotherapie) zu einem Arzt im Rahmen einer Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft.
4247	1	Antragsdatum (des Anerkennungsbescheides)	K		
4244	n	Bewilligte Leistung	k	Regel 849 Regel 874	
4245	1	Anzahl bewilligter Leistungen	m		
4246	1	Anzahl abgerechneter Leistungen	m		
4250	1	Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie	k	Regel 849	
4251	1	Durchführungsart der Kombinationsbehandlung	m		
4252	1	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten	k	Regel 849 Regel 850 Regel 852	
4253	n	Bewilligte GOP für den Versicherten	k	Regel 849 Regel 850 Regel 853	Das Feld enthält die bewilligte GOP für den Versicherten.
4254	1	Anzahl der abgerechneten GOPen für den Versicherten	m		Das Feld enthält die Anzahl (quartalsübergreifend für die beantragte Therapie) der abgerechneten GOPen für den Versicherten.
4255	1	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson	k	Regel 849 Regel 851 Regel 852	
4256	n	Bewilligte GOP für die Bezugsperson	k	Regel 849 Regel 851 Regel 853	Das Feld enthält die bewilligte GOP für die Bezugsperson.
4257	1	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson	m		Das Feld enthält die Anzahl (quartalsübergreifend für die beantragte Therapie) der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson.
4236	1	Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	K		Ankreuzfeld
4239	1	Scheinuntergruppe	M		
4103	1	Vermittlungs-/Kontaktart	K	Regel 870 Regel 877	
4114	1	Vermittlungscode	k		
4115	1	Tag der Terminvermittlung	k	Regel 877	

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
				Regel 886 Regel 887	
4105	n	Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart	k		
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001	n	GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5002	1	Art der Untersuchung	k		
5003	1	(N)BSNR des vermittelten Facharztes	k		
5005	1	Multiplikator	k	Regel 894	
5006	1	Um-Uhrzeit	k		
5008	1	DKM	k		
5009	n	freier Begründungstext	k		
5010	1	Chargennummer	m	Regel 868	
5012	n	Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		
5011	n	Sachkosten-Bezeichnung	m		
5074	1	Name Hersteller/ Lieferant	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDt-Anforderungskatalog
5075	1	Artikel-/ Modellnummer	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDt-Anforderungskatalog
5076	1	Rechnungsnummer	k		
5013	1	Prozent der Leistung	k		
5015	n	Organ	k		
5016	n	Name des Arztes	k		
5017	1	Besuchsort bei Hausbesuchen	k		
5018	1	Zone bei Besuchen	k		
5019	1	Erbringungsort/Standort des Gerätes	k		
5020	1	Wiederholungsuntersuchung	k		
5021	1	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung	k		
5023	1	GO-Nummern-Zusatz	k		
5024	1	GNR-Zusatzkennzeichen für poststationär erbrachte Leistungen	k		
5025	1	Aufnahmedatum	k		
5026	1	Entlassungsdatum	k		
5034	1	OP-Datum	k		
5035	n	OP-Schlüssel	k		
5041	1	Seitenlokalisierung OPS	k		
5036	n	GNR als Begründung	k		02300
5037	1	Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (GSNZ)	m	Simultaneingriff	
5038	n	Komplikation	k		

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
5040	1	Patientennummer der eDokumentation Hautkrebs-Screening	k		Nur bei Hautkrebs-Screening
5050	n	Melde-ID Implantateregister	m	Regel 888 Regel 894	Die exakte 10-stellige alphanumerische ID der Meldebestätigung
5051	1	Hash-String Implantateregister	m	Regel 889	
5052	1	Hash-Wert Implantateregister	m	Regel 890	
5042	1	Mengenangabe KM /AM	k		
5043	1	Maßeinheit KM /AM	m		
5070	n	OMIM-G-Kode des untersuchten Gens	m	Regel 770 Regel 829 Regel 830 Regel 834	
5072	n	Gen-Name	m	Regel 772	
5071	n	OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)	m	Regel 770 Regel 816 Regel 834	
5073	n	Art der Erkrankung	m	Regel 773	
5098	1	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	m	Regel 859	
5102	1	Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	m	Regel 859	
5099	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	m	Regel 837	
5101	1	Pseudo-LANR (für Krankenhaus-ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des LE	m	Regel 837	
5100	1	ASV-Teamnummer des Vertragsarztes	K		
6001	n	ICD-Code	m	Regel 486 Regel 828 Regel 829 Regel 830 Regel 843 Regel 854	vgl. Kapitel 4.5.1
6003	1	Diagnosensicherheit	m		vgl. Kapitel 4.5.1
6004	1	Seitenlokalisierung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6006	n	Diagnosenerläuterung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6008	n	Diagnosenausnahmetatbestand	m	Regel 491	
3673	n	Dauerdiagnose (ICD-Code)	m	Regel 486	
3674	1	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	m		
3675	1	Seitenlokalisierung Dauerdiagnose	k		
3676	n	Diagnosenerläuterung Dauerdiagnose	k		
3677	n	Diagnosenausnahmetatbestand Dauerdiagnosen	m	Regel 491	

3.4.4 Satzart: Überweisung "0102"

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Überweisung
3000	1	Patientennummer	K		vgl. Kapitel 7
3003	1	Schein-ID	K		Projekt eAbrechnung KVWL
3006	1	CDM Version	m	Regel 307	vgl. Kapitel 7
3010	1	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	m	falls eGK eingelesen wurde und falls Datensatz, der zum Nachweis einer durchgeführten Onlineprüfung und -aktualisierung auf der eGK gespeichert wurde, vorhanden Regel 876	vgl. Kapitel 7
3011	1	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	m		vgl. Kapitel 7
3012	1	Error-Code	k		vgl. Kapitel 7
3013	1	Prüfziffer des Fachdienstes	k		vgl. Kapitel 7
3100	1	Namenszusatz	K		vgl. Kapitel 7
3120	1	Vorsatzwort	K		vgl. Kapitel 7
3101	1	Name	M		
3102	1	Vorname	M		
3103	1	Geburtsdatum	M		vgl. Kapitel 7
3104	1	Titel	K		
3105	1	Versichertennummer	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3119	1	Versicherten_ID	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3107	1	Straße	K		Straße der Patientenadresse
3109	1	Hausnummer	K		Hausnummer der Patientenadresse
3115	1	Anschriftenzusatz	K		
3112	1	PLZ	m	Regel 479	PLZ der Patientenadresse
3114	1	Wohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7
3113	1	Ort	K		Ort der Patientenadresse
3121	1	PostfachPLZ	m	Regel 479	PLZ der Postfachadresse
3122	1	PostfachOrt	K		Ort der Postfachadresse
3123	1	Postfach	K		
3124	1	PostfachWohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
3116	1	WOP	m	Regel 774	
3108	1	Versichertenart	M		
3110	1	Geschlecht	M		
4101	1	Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4102	1	Ausstellungsdatum	m	Regel 405 Regel 406	
4104	1	Abrechnungs-VKNR	M		
4106	1	Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	M		
4108	1	Zulassungsnummer	K		Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)
4109	1	Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	m	falls Versichertenkarte eingelesen wurde Regel 876	
4112	1	eEB vorhanden	K	Regel 895	
4133	1	VersicherungsschutzBeginn	m	Regel 775	
4110	1	VersicherungsschutzEnde	K		vgl. Kapitel 7
4111	1	Kostentraegererkennung	M		
4134	1	Kostentraegername	m	Regel 777	vgl. Kapitel 7
4131	1	BesonderePersonengruppe	M		
4132	1	DMP_Kennzeichnung	M		
4121	1	Gebührenordnung	M		
4122	1	Abrechnungsgebiet	M		
4123	1	Personenkreis / Untersuchungskategorie	K		
4124	1	SKT-Zusatzangaben	K		
4125	1	Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	K		Eintrag "Gültigkeitszeitraum"
4126	n	SKT-Bemerkungen	K		
4202	1	Unfall, Unfallfolgen	K		
4204	1	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	K		vgl. Kapitel 7
4205	n	Auftrag	m	Regel 744 Regel 755	
4206	1	Mutmaßlicher Tag der Entbindung	K		
4207	n	Diagnose/Verdachtsdiagnose	K		
4208	n	Befund/Medikation	K		
4209	n	Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen	k	Regel 756	
4214	1	Behandlungstag bei IVD-Leistungen	K		
4217	1	(N)BSNR des Erstveranlassers	k	Regel 431	
4241	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Erstveranlassers	m		
4225	1	ASV-Teamnummer des Erstveranlassers	k	Regel 431	
4241	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Erstveranlassers	m	Regel 844	

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
4248	1				Pseudo-LANR (für Krankenhaus-ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Erstveranlassers	m	Regel 844	
4218	1				(N)BSNR des Überweisers	m	Regel 328	
4242	1				Lebenslange Arztnummer des Überweisers	m		
4226	1				ASV-Teamnummer des Überweisers	m	Regel 328	
4242	1				Lebenslange Arztnummer des Überweisers	m	Regel 845	
4249	1				Pseudo-LANR (für Krankenhaus-ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Überweisers	m	Regel 845	
4219	1				Überweisung von anderen Ärzten	m	Regel 328	Arztnummer / Arztkennzeichen von anderen Ärzten (z.B. Zahnärzten))
4220	1				Überweisung an	m	Regel 320	Fachgruppe verbal oder Name des Arztes
4221	1				Kurativ / Präventiv / ESS / bei beleg-ärztl. Behandlung	m	Regel 404	
4229	1				Ausnahmeindikation	k	Regel 432	Technische Kennziffer zur Kennzeichnung von Knappschaftsfällen
4234	1				anerkannte Psychotherapie	K		
4235		n			Datum des Anerkennungsbescheides	m		Das Feld enthält das Datum des Anerkennungsbescheids oder des Fristendes nach § 33 Abs. 1 der Psychotherapie-Richtlinie
4299		1			Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragspsychotherapeuten	k		Die Angabe der LANR ermöglicht die Zuordnung der beantragten GOPen (im Rahmen der Psychotherapie) zu einem Arzt im Rahmen einer Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungs-gemeinschaft.
4247		1			Antragsdatum (des Anerkennungsbescheides)	K		
4244			n		Bewilligte Leistung	k	Regel 849 Regel 871	
4245			1		Anzahl bewilligter Leistungen	m		
4246			1		Anzahl abgerechneter Leistungen	m		
4250		1			Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie	k	Regel 849	
4251			1		Durchführungsart der Kombinationsbehandlung	m		
4252		1			Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten	k	Regel 849 Regel 850 Regel 852	

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
4253	n	Bewilligte GOP für den Versicherten	k	Regel 849 Regel 850 Regel 853	Das Feld enthält die bewilligte GOP für den Versicherten.
4254	1	Anzahl der abgerechneten GOPen für den Versicherten	m		Das Feld enthält die Anzahl (quartalsübergreifend für die beantragte Therapie) der abgerechneten GOPen für den Versicherten.
4255	1	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson	k	Regel 849 Regel 851 Regel 852	
4256	n	Bewilligte GOP für die Bezugsperson	k	Regel 849 Regel 851 Regel 853	Das Feld enthält die bewilligte GOP für die Bezugsperson.
4257	1	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson	m		Das Feld enthält die Anzahl (quartalsübergreifend für die beantragte Therapie) der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson.
4239	1	Scheinuntergruppe	M		
4103	1	Vermittlungs-/Kontaktart	K	Regel 870 Regel 877	
4114	1	Vermittlungscode	k		
4115	1	Tag der Terminvermittlung	k	Regel 877 Regel 886 Regel 887	Bei Hausarztvermittlungsfällen ist der Tag der durch den Hausarzt festgestellten Behandlungsnotwendigkeit zu übermitteln.
4105	n	Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart	k		
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001	n	GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5002	1	Art der Untersuchung	k		
5003	1	(N)BSNR des vermittelten Facharztes	k		
5005	1	Multiplikator	k	Regel 894	
5006	1	Um-Uhrzeit	k		
5008	1	DKM	k		
5009	n	freier Begründungstext	k		
5010	1	Chargennummer	m	Regel 868	
5012	n	Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		
5011	n	Sachkosten-Bezeichnung	m		
5074	1	Name Hersteller/ Lieferant	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDt-Anforderungskatalog

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
5075				1	Artikel-/ Modellnummer	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDt-Anforderungskatalog
5076				1	Rechnungsnummer	k		
5013		1			Prozent der Leistung	k		
5015			n		Organ	k		
5016			n		Name des Arztes	k		
5017		1			Besuchsort bei Hausbesuchen	k		
5018		1			Zone bei Besuchen	k		
5019		1			Erbringungsort/Standort des Gerätes	k		
5020		1			Wiederholungsuntersuchung	k		
5021				1	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung	k		
5023		1			GO-Nummern-Zusatz	k		
5024		1			GNR-Zusatzkennzeichen für poststationär erbrachte Leistungen	k		
5025		1			Aufnahmedatum	k		
5026		1			Entlassungsdatum	k		
5034		1			OP-Datum	k		
5035			n		OP-Schlüssel	k		
5041				1	Seitenlokalisierung OPS	k		
5036			n		GNR als Begründung	k		
5037		1			Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (GSNZ)	m	Simultaneingriff	
5038			n		Komplikation	k		
5040		1			Patientennummer der eDokumentation Hautkrebs-Screening	k		Nur bei Hautkrebs-Screening
5050			n		Melde-ID Implantateregister	m	Regel 888 Regel 894	Die exakte 10-stellige alphanumerische ID der Meldebestätigung
5051				1	Hash-String Implantateregister	m	Regel 889	
5052				1	Hash-Wert Implantateregister	m	Regel 890	
5042		1			Mengenangabe KM / AM	k		
5043				1	Maßeinheit KM / AM	m		
5070			n		OMIM-G-Kode des untersuchten Gens	m	Regel 770 Regel 829 Regel 830 Regel 834	
5072				n	Gen-Name	m	Regel 772	
5071			n		OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)	m	Regel 770 Regel 816 Regel 834	
5073				n	Art der Erkrankung	m	Regel 773	
5098		1			(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	m	Regel 859	

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
5102		1			Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	m	Regel 859	
5099		1			Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	m	Regel 837	
5101		1			Pseudo-LANR (für Krankenhaus-ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des LE	m	Regel 837	
5100		1			ASV-Teamnummer des Vertragsarztes	K		
6001	n				ICD-Code	m	Regel 486 Regel 828 Regel 829 Regel 830 Regel 843 Regel 854	vgl. Kapitel 4.5.1
6003		1			Diagnosensicherheit	m		vgl. Kapitel 4.5.1
6004		1			Seitenlokalisierung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6006		n			Diagnosenerläuterung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6008		n			Diagnosenausnahmetatbestand	m	Regel 491	
3673	n				Dauerdiagnose (ICD-Code)	m	Regel 486	
3674		1			Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	m		
3675		1			Seitenlokalisierung Dauerdiagnose	k		
3676		n			Diagnosenerläuterung Dauerdiagnose	k		
3677		n			Diagnosenausnahmetatbestand Dauerdiagnosen	m	Regel 491	

3.4.5 Satzart: Belegärztliche Behandlung "0103"

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
8000	1				Satzart	M		Satzart Belegärztliche Behandlung
3000	1				Patientennummer	K		vgl. Kapitel 7
3003	1				Schein-ID	K		Projekt eAbrechnung KWWL
3006	1				CDM Version	m	Regel 307	vgl. Kapitel 7

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
3010	1				Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	m	falls eGK eingelesen wurde und falls Datensatz, der zum Nachweis einer durchgeführten Onlineprüfung und -aktualisierung auf der eGK gespeichert wurde, vorhanden Regel 876	vgl. Kapitel 7
3011	1				Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	m		vgl. Kapitel 7
3012	1				Error-Code	k		vgl. Kapitel 7
3013	1				Prüfziffer des Fachdienstes	k		vgl. Kapitel 7
3100	1				Namenszusatz	K		vgl. Kapitel 7
3120	1				Vorsatzwort	K		vgl. Kapitel 7
3101	1				Name	M		
3102	1				Vorname	M		
3103	1				Geburtsdatum	M		vgl. Kapitel 7
3104	1				Titel	K		
3105	1				Versichertennummer	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3119	1				Versicherten_ID	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3107	1				Straße	K		Straße der Patientenadresse
3109	1				Hausnummer	K		Hausnummer der Patientenadresse
3115	1				Anschriftenzusatz	K		
3112	1				PLZ des Patienten	m	Regel 479	PLZ der Patientenadresse
3114	1				Wohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7
3113	1				Ort	K		Ort der Patientenadresse
3121	1				PostfachPLZ	m	Regel 479	PLZ der Postfachadresse
3122	1				PostfachOrt	K		Ort der Postfachadresse
3123	1				Postfach	K		
3124	1				PostfachWohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7
3116	1				WOP	m	Regel 774	
3108	1				Versichertenart	M		
3110	1				Geschlecht	M		
4101	1				Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4102	1				Ausstellungsdatum	K		
4104	1				Abrechnungs-VKNR	M		

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
4106	1	Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	M		
4108	1	Zulassungsnummer	K		Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)
4109	1	Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	m	falls Versichertenkarte eingelesen wurde Regel 876	
4112	1	eEB vorhanden	K	Regel 895	
4133	1	VersicherungsschutzBeginn	m	Regel 775	
4110	1	VersicherungsschutzEnde	K		vgl. Kapitel 7
4111	1	Kostentraegererkennung	M		
4134	1	Kostentraegername	m	Regel 777	
4131	1	BesonderePersonengruppe	M		
4132	1	DMP_Kennzeichnung	M		
4121	1	Gebührenordnung	M		
4122	1	Abrechnungsgebiet	M		
4123	1	Personenkreis / Untersuchungskategorie	K		
4124	1	SKT-Zusatzangaben	K		
4126	n	SKT-Bemerkungen	K		
4202	1	Unfall, Unfallfolgen	K		
4204	1	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V	K		vgl. Kapitel 7
4205	n	Auftrag	m	Regel 746	
4206	1	Mutmaßlicher Tag der Entbindung	K		
4207	n	Diagnose/Verdachtsdiagnose	m	Regel 746	
4208	n	Befund/Medikation	m	Regel 746	
4218	1	(N)BSNR des Überweisers	m	Regel 746	
4242	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Überweisers	m		
4233	n	Stationäre Behandlung von ... Bis ...	m	Regel 354	
4239	1	Scheinuntergruppe	M		
4103	1	Vermittlungs-/Kontaktart	K	Regel 870 Regel 877	
4114	1	Vermittlungscode	k		
4115	1	Tag der Terminvermittlung	k	Regel 877 Regel 886 Regel 887	
4105	n	Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart	k		
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung,
5001	n	GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5002	1	Art der Untersuchung	k		

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
5003			1		(N)BSNR des vermittelten Facharztes	k		
5005			1		Multiplikator	k	Regel 894	
5006			1		Um-Uhrzeit	k		
5008			1		DKM	k		
5009			n		freier Begründungstext	k		
5010			1		Chargennummer	m	Regel 868	
5012			n		Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		
5011				n	Sachkosten-Bezeichnung	m		
5074				1	Name Hersteller/ Lieferant	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDt-Anforderungskatalog
5075				1	Artikel-/ Modellnummer	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDt-Anforderungskatalog
5076				1	Rechnungsnummer	k		
5013			1		Prozent der Leistung	k		
5015			n		Organ	k		
5016			n		Name des Arztes	k		
5018			1		Zone bei Besuchen	k		
5019			1		Erbringungsort/Standort des Gerätes	k		
5020			1		Wiederholungsuntersuchung	k		
5021				1	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung	k		
5023			1		GO-Nummern-Zusatz	k		
5024			1		GNR-Zusatzkennzeichen für poststationär erbrachte Leistungen	k		
5025			1		Aufnahmedatum	k		
5026			1		Entlassungsdatum	k		
5034			1		OP-Datum	k		
5035			n		OP-Schlüssel	k		
5041				1	Seitenlokalisierung OPS	k		
5036			n		GNR als Begründung	k		
5037			1		Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (GSNZ)	m	Simultaneingriff	
5038			n		Komplikation	k		
5040			1		Patientennummer der eDokumentation Hautkrebs-Screening	k		Nur bei Hautkrebs-Screening
5050			n		Melde-ID Implantateregister	m	Regel 888 Regel 894	Die exakte 10-stellige alphanumerische ID der Meldebestätigung
5051				1	Hash-String Implantateregister	m	Regel 889	
5052				1	Hash-Wert Implantateregister	m	Regel 890	
5042				1	Mengenangabe KM /AM	k		
5043				1	Maßeinheit KM /AM	m		

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
5070	n	OMIM-G-Kode des untersuchten Gens	m	Regel 770 Regel 829 Regel 830 Regel 834	
5072	n	Gen-Name	m	Regel 772	
5071	n	OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)	m	Regel 770 Regel 816 Regel 834	
5073	n	Art der Erkrankung	m	Regel 773	
5098	1	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	M		
5099	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	M		
6001	n	ICD-Code	m	Regel 486 Regel 828 Regel 829 Regel 830 Regel 843 Regel 854	vgl. Kapitel 4.5.1
6003	1	Diagnosensicherheit	M		vgl. Kapitel 4.5.1
6004	1	Seitenlokalisierung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6006	n	Diagnosenerläuterung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6008	n	Diagnosenausnahmetatbestand	m	Regel 491	
3673	n	Dauerdiagnose (ICD-Code)	m	Regel 486	
3674	1	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	m		
3675	1	Seitenlokalisierung Dauerdiagnose	k		
3676	n	Diagnosenerläuterung Dauerdiagnose	k		
3677	n	Diagnosenausnahmetatbestand Dauerdiagnose	m	Regel 491	

3.4.6 Satzart: Notfalldienst/Vertretung/Notfall "0104"

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Notfalldienst/Vertretung/Notfall
3000	1	Patientennummer	K		vgl. Kapitel 7
3003	1	Schein-ID	K		Projekt eAbrechnung KVWL
3006	1	CDM Version	m	Regel 307	vgl. Kapitel 7

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
3010	1				Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	m	falls eGK eingelesen wurde und falls Datensatz, der zum Nachweis einer durchgeführten Onlineprüfung und -aktualisierung auf der eGK gespeichert wurde, vorhanden Regel 876	vgl. Kapitel 7
3011	1				Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	m		vgl. Kapitel 7
3012	1				Error-Code	k		vgl. Kapitel 7
3013	1				Prüfziffer des Fachdienstes	k		Vgl. Kapitel 7
3100	1				Namenszusatz	K		vgl. Kapitel 7
3120	1				Vorsatzwort	K		vgl. Kapitel 7
3101	1				Name	M		
3102	1				Vorname	M		
3103	1				Geburtsdatum	M		vgl. Kapitel 7
3104	1				Titel	K		
3105	1				Versichertennummer	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3119	1				Versicherten_ID	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3107	1				Straße	K		Straße der Patientenadresse
3109	1				Hausnummer	K		Hausnummer der Patientenadresse
3115	1				Anschriftenzusatz	K		
3112	1				PLZ	m	Regel 479	PLZ der Patientenadresse
3114	1				Wohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7
3113	1				Ort	K		Ort der Patientenadresse
3121	1				PostfachPLZ	m	Regel 479	
3122	1				PostfachOrt	K		
3123	1				Postfach	K		
3124	1				PostfachWohnsitzlaendercode	m	Regel 784	vgl. Kapitel 7
3116	1				WOP	m	Regel 774	
3108	1				Versichertenart	M		
3110	1				Geschlecht	M		
4101	1				Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4104	1				Abrechnungs-VKNR	M		
4106	1				Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	M		

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
4108	1	Zulassungsnummer	K		Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)
4109	1	Letzter Einlesetag der Versicherten- karte im Quartal	m	falls Versi- cherten- karte einge- lesen wurde Regel 876	
4112	1	eEB vorhanden	K	Regel 895	
4133	1	VersicherungsschutzBeginn	m	Regel 775	
4110	1	VersicherungsschutzEnde	K		
4111	1	Kostentraegerkennung	M		
4134	1	Kostentraegername	m	Regel 777	
4131	1	BesonderePersonengruppe	M		
4132	1	DMP_Kennzeichnung	M		
4121	1	Gebührenordnung	M		
4122	1	Abrechnungsgebiet	M		
4123	1	Personenkreis / Untersuchungskate- gorie	K		
4124	1	SKT-Zusatzangaben	K		
4125	1	Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	K		
4126	n	SKT-Bemerkungen	K		
4202	1	Unfall, Unfallfolgen	K		
4239	1	Scheinuntergruppe	M		
4103	1	Vermittlungs-/Kontaktart	K	Regel 870 Regel 877	
4114	1	Vermittlungscode	k		
4115	1	Tag der Terminvermittlung	k	Regel 877 Regel 886 Regel 887	
4105	n	Ergänzende Informationen zur Ver- mittlung-/Kontaktart	k		
4243	1	Weiterbehandelnder Arzt	M		Name des weiterbehand- elnden Arztes
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001	n	GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5002	1	Art der Untersuchung	k		
5003	1	(N)BSNR des vermittelten Facharz- tes	k		
5005	1	Multiplikator	k	Regel 894	
5006	1	Um-Uhrzeit	k		
5008	1	DKM	k		
5009	n	freier Begründungstext	k		
5010	1	Chargennummer	m	Regel 868	
5012	n	Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		
5011	n	Sachkosten-Bezeichnung	m		

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
5074				1	Name Hersteller/ Lieferant	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDT-Anforderungskatalog
5075				1	Artikel-/ Modellnummer	k		Übertragung entsprechend P21-015 in KVDT-Anforderungskatalog
5076				1	Rechnungsnummer	k		
5013		1			Prozent der Leistung	k		
5015			n		Organ	k		
5016			n		Name des Arztes	k		
5017			1		Besuchsort bei Hausbesuchen	k		
5018			1		Zone bei Besuchen	k		
5019			1		Erbringungsort/Standort des Gerätes	k		
5020			1		Wiederholungsuntersuchung	k		
5021				1	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung	k		
5023			1		GO-Nummern-Zusatz	k		
5024			1		GNR-Zusatzkennzeichen für poststationär erbrachte Leistungen	k		
5025			1		Aufnahmedatum	k		
5026			1		Entlassungsdatum	k		
5034			1		OP-Datum	k		
5035			n		OP-Schlüssel	k		
5041				1	Seitenlokalisierung OPS	k		
5036			n		GNR als Begründung	k		
5037			1		Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (GSNZ)	m	Simultaneingriff	
5038			n		Komplikation	k		
5040			1		Patientennummer der eDokumentation Hautkrebs-Screening	k		Nur bei Hautkrebs-Screening
5050			n		Melde-ID Implantateregister	m	Regel 888 Regel 894	Die exakte 10-stellige alphanumerische ID der Meldebestätigung
5051				1	Hash-String Implantateregister	m	Regel 889	
5052				1	Hash-Wert Implantateregister	m	Regel 890	
5042			1		Mengenangabe KM /AM	k		
5043				1	Maßeinheit KM /AM	m		
5070			n		OMIM-G-Kode des untersuchten Gens	m	Regel 770 Regel 829 Regel 830 Regel 834	
5072				n	Gen-Name	m	Regel 772	
5071			n		OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)	m	Regel 770 Regel 816 Regel 834	

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
5073			n		Art der Erkrankung	m	Regel 773	
5098		1			(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	m	Regel 859	
5102		1			Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	m	Regel 859	
5099		1			Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	m	Regel 837	
5101		1			Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des LE	m	Regel 837	
5100		1			ASV-Teamnummer des Vertragsarztes	K		
6001	n				ICD-Code	m	Regel 486 Regel 828 Regel 829 Regel 830 Regel 843 Regel 854	vgl. Kapitel 4.5.1
6003		1			Diagnosensicherheit	m		vgl. Kapitel 4.5.1
6004		1			Seitenlokalisierung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6006		n			Diagnosenerläuterung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6008		n			Diagnosenausnahmetatbestand	m	Regel 491	
3673	n				Dauerdiagnose (ICD-Code)	m	Regel 486	
3674		1			Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	m		
3675		1			Seitenlokalisierung Dauerdiagnose	k		
3676		n			Diagnosenerläuterung Dauerdiagnose	k		
3677		n			Diagnosenausnahmetatbestand Dauerdiagnosen	m	Regel 491	

3.5 Anforderungen an die Datenqualität

Eine kontinuierliche Erweiterung der Kriterien ist geplant. Deren schrittweise Einführung ist abhängig von den Möglichkeiten der direkten Überprüfung. Es werden prinzipiell nur solche Vorgaben gemacht, die beim Eingang der Daten in der Kassenärztlichen Vereinigung auch programmtechnisch kontrolliert werden können.

3.5.1 ADT-Feldtabelle

Die Feldtabelle dient der Prüfung der Feldinhalte. Einige Prüfungen können sofort anhand der Eintragung in dieser Tabelle durchgeführt werden, während zu weiteren Prüfungen in die Regeltabelle (vgl. Kapitel 3.5.2) bzw. in untergeordnete Tabellen verzweigt werden muss. In der Feldtabelle ist jeder Eintrag eindeutig einem Feld zugeordnet. Die Einträge „kvxn“ (n= 0,1,2,3) sind ein Verweis auf die KV-Spezifika-Stammdaten (vgl. Kap. 1.6.2).

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
0102	Softwareverantwortlicher (SV)	≤ 60	a			KBV Arztsoftware GmbH
0103	Software	≤ 60	a			DOCSFUN
0105	KBV-Prüfnummer	15 -17	a	052 204 213		X/1401/36/id9
0111	Email-Adresse des SV	≤ 60	a			test@kbv.de
0121	Straße des SV	≤ 60	a			Ottostr. 1
0122	PLZ des SV	≤ 7	a			56070
0123	Ort des SV	≤ 60	a			Koblenz
0124	Telefonnummer des SV	≤ 60	a			0261/4094
0125	Telefaxnummer des SV	≤ 60	a			0261/40943
0126	Regionaler Systembetreuer (SB)	≤ 60	a			Fa. Datasoft
0127	Straße des SB	≤ 60	a			Dürener Str. 322
0128	PLZ des SB	≤ 7	a			50859
0129	Ort des SB	≤ 60	a			Köln
0130	Telefonnummer des SB	≤ 60	a			0221/10002
0131	Telefaxnummer des SB	≤ 60	a			0221/34893
0132	Release-Stand der Software	≤ 60	a	840		2.52b
3000	Patientennummer	≤ 20	a			2002
3003	Schein-ID	≤ 60	a			
3006	CDM Version	5-11	a	055 307 308 790		5.2.0
3010	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	14	n	060 864 869 876		20191024101010
3011	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	1	n	528	1 = Aktualisierung VSD auf eGK durchgeführt 2 = Keine Aktualisierung VSD auf eGK erforderlich 3 = Aktualisierung VSD auf eGK technisch nicht möglich 4 = Authentifizierungszertifikat eGK ungültig 5 = Onlineprüfung des Authentifizierungszertifikats technisch nicht möglich	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
					6 = Aktualisierung VSD auf eGK technisch nicht möglich und maximaler Offline-Zeitraum überschritten	
3012	Error-Code	≤ 5	n			12101
3013	Prüfziffer des Fachdienstes	≤ 128	a			
3100	Namenszusatz	≤ 20	a			Herzogin
3101	Name	≤ 45	a			Schmitz
3102	Vorname	≤ 45	a			Erna
3103	Geburtsdatum	8	n	021 304 313		19661024
3104	Titel	≤ 20	a			Dr.
3105	Versichertennummer	6-12	n	053 776		1234567890
3107	Straße	≤ 46	a			Holzweg
3108	Versichertenart	1	n	116 kvx3	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	3
3109	Hausnummer	≤ 9	a			
3110	Geschlecht	1	a	533	M = männlich W = weiblich U = unbekannt X = unbestimmt D = divers	
3112	PLZ	≤ 10	a	478 479		50859
3113	Ort	≤ 40	a			Köln
3114	Wohnsitzlaendercode	≤ 3	a	784		
3115	Anschriftenzusatz	≤ 40	a			
3116	WOP	2	n	531 774	00 = Dummy bei eGK 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen (47 = Koblenz) (48 = Rheinhessen) (49 = Pfalz) (50 = Trier) 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg (55 = Nordbaden) (60 = Südbaden) (61 = Nordwürttemberg) (62 = Südwürttemberg) 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen	() fusioniert, teilweise aber noch in Gebrauch (bspw. KVK-WOP)
3119	Versicherten_ID	10	a	054 776 537	≠ T555558879	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
3120	Vorsatzwort	≤ 20	a			bei der
3121	PostfachPLZ	≤ 10	a	479 783		
3122	PostfachOrt	≤ 40	a			
3123	Postfach	≤ 8	a			
3124	PostfachWohnsitzlaender-code	≤ 3	a	784		
3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	3,5,6	a	022 486 489 490 491 492 728 729 761 817 860		
3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	1	a	109 860	G = gesicherte Diagnose A = Ausschluss V = Verdacht auf Z = Zustand nach	
3675	Seitenlokalisation Dauerdiagnose	1	a	110	R = rechts L = links B = beidseitig	
3676	Diagnosenerläuterung Dauerdiagnose	≤ 60	a			
3677	Diagnosenausnahmetatbestand Dauerdiagnosen	≤ 60	a	491		Zustand nach Geschlechtsumwandlung
4101	Quartal	5	n	016 324 480 kvx0		12020
4102	Ausstellungsdatum	8	d	405 406		20200101
4103	Vermittlungs-/Kontaktart	1	n	108 870 877	1 = TSS-Terminfall 2 = TSS-Akutfall 3 = HA-Vermittlungsfall 4 = Offene Sprechstunde 6 = TSS-Routine-Termin	
4104	Abrechnungs-VKNR	5	n	017 201 212 763 790		27106
4105	Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart	≤ 60	a			
4106	Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	2	n	174 778 779 780 818 827 kvx2	00 = Primärabrechnung 01 = Sozialversicherungsabkommen (SVA) 02 = Bundesversorgungsgesetz (BVG) 03 = Bundesentschädigungsgesetz (BEG) 04 = Grenzgänger (GG) 05 = Rheinschiffer (RHS) 06 = Sozialhilfeträger, ohne Asylstellen (SHT) 07 = Bundesvertriebenengesetz (BVFG) 08 = Asylstellen (AS) 09 = Schwangerschaftsabbrüche	00

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
4108	Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)	≤ 40	a			INGHC;ORGA930M;4.9.0:1.0.0 (Hersteller-ID;Produkt-Kürzel;Produktversion (=Firmwareversion: Hardwareversion))
4109	Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	8	d	480 776 790 876		20210505
4110	VersicherungsschutzEnde	8	d	315		20201010
4111	Kostentraegerkennung	9	n	202		101568008
4112	eEB vorhanden	1	n	142 895	1 = ja	
4114	Vermittlungscode	12	a			
4115	Tag der Terminvermittlung	8	d	877 886 887		
4121	Gebührenordnung	1	n	113 210	0 = EBM 1 = BMÄ 2 = E-GO 3 = GOÄ	1
4122	Abrechnungsgebiet	2	n	131 kvx2	00 = kein besonderes Abrechnungsgebiet (Defaultwert) 01 = Dialyse-Arztkosten 02 = Dialyse-Sachkosten 03 = Methadon-Substitutionsbehandlung 04 = persönlich erbrachte Notfallleistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte 05 = sonstige Notfallleistungen durch ermächtigte Krankenhausärzte 06 = Fremde Zytologie 07 = Diabetesabrechnung 08 = Umweltmedizin 09 = Rheuma 10 = Hirnleistungsstörungen 14 = Ambulantes Operieren 15 = AOP nach §115b	00
4123	Personenkreis / Untersuchungskategorie	2	n	149 kvx3	01 = Beschädigter 02 = Schwerbeschädigter 03 = Angehöriger 04 = Hinterbliebener 05 = Pflegeperson 06 = Tauglichkeitsuntersuchung 07 = ärztl. Versorgung 08 = Bewerber 09 = Erstuntersuchung 10 = Nachuntersuchung 11 = Ergänzungsuntersuchung 12 = Verfolgte	03
4124	SKT-Zusatzangaben	5 ≤ 60	a	734 kvx3		Österreich
4125	Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	16	n	058 363 kvx3		2019100120191015
4126	SKT-Bemerkungen	≤ 60	a	kvx3		
4131	BesonderePersonengruppe	2	a	534 778 779	00 = keine Besondere Personengruppe (Defaultwert)	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
				780 818 827	04 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V 06 = SER (Soziales Entschädigungsrecht) ⁸ 07 = SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: - Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand 08 = SVA-Kennzeichnung, pauschal 09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)	
4132	DMP_Kennzeichnung	2	a	536	00 = kein DMP-Kennzeichnen (Defaultwert) 01 = Diabetes mellitus Typ 2 02 = Brustkrebs 03 = Koronare Herzkrankheit 04 = Diabetes mellitus Typ 1 05 = Asthma bronchiale 06 = COPD (chronic obstructive pulmonary disease) 07 = Chronische Herzinsuffizienz 08 = Depression 09 = Rückenschmerz 10 = Rheuma 11 = Osteoporose 12 = Adipositas 30 = Diabetes Typ 2 und KHK 31 = Asthma und Diabetes Typ 2 32 = COPD und Diabetes Typ 2 33 = COPD und KHK 34 = COPD, Diabetes Typ 2 und KHK 35 = Asthma und KHK 36 = Asthma, Diabetes Typ 2 und KHK 37 = Brustkrebs und Diabetes Typ 2 38 = Diabetes Typ 1 und KHK 39 = Asthma und Diabetes Typ 1 40 = Asthma und Brustkrebs 41 = Brustkrebs und KHK 42 = Brustkrebs und COPD 43 = COPD und Diabetes Typ 1 44 = Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK 45 = Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 2 46 = Brustkrebs und Diabetes Typ 1 47 = COPD, Diabetes Typ 1 und KHK 48 = Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 2 49 = Asthma, Diabetes Typ 1 und KHK 50 = Asthma, Brustkrebs und KHK 51 = Brustkrebs, COPD und KHK 52 = Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 2 und KHK 53 = Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK 54 = Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK 55 = Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 1 56 = Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK 57 = Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 1	

⁸ ehemals BVG

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
					58 = Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 1 und KHK	
4133	VersicherungsschutzBe- ginn	8	d	775		
4134	Kostentraegername	≤ 45	a	777		
4202	Unfall, Unfallfolgen	1	n	142	1 = ja	1
4204	eingeschränkter Leis- tungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V	1	n	142	1 = ja	
4205	Auftrag	≤ 60	a	744 746 755		
4206	Mutm. Tag der Entbin- dung	8	d			20191012
4207	Diagnose/ Verdachtsdiagnose	≤ 60	a	746		Verdacht auf Hepatitis
4208	Befund/Medikation	≤ 60	a	746		
4209	Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen	≤ 60	a	756		
4214	Behandlungstag bei IVD- Leistungen	8	d			
4217	(N)BSNR des Erstveran- lassers	9	n	(049) (061) 319 431 820		
4218	(N)BSNR des Überwei- sers	9	n	(049) (061) 319 328 720 746 821 822		
4219	Überweisung von anderen Ärzten	≤ 60	a	328		
4220	Überweisung an	≤ 60	a	320		Radiologen
4221	Kurativ / Präventiv / ESS / bei belegärztlicher Be- handlung	1	n	205 404 754	1 = kurativ 2 = präventiv 3 = Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch 4 = belegärztliche Behandlung	
4225	ASV-Teamnummer des Erstveranlassers	9	n	059 431		
4226	ASV-Teamnummer des Überweisers	9	n	059 328 838		
4229	Ausnahmeindikation	5	n	432		87777
4233	Stationäre Behandlung von... bis...	16	n	058 354		2019100120191015
4234	anerkannte Psychothera- pie	1	n	142	1 = ja	
4235	Datum des Anerken- nungsbescheides	8	d			20191001
4236	Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	1	n	142	1 = ja	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
4239	Scheinuntergruppe	2	n	331 354 356 426 427 754 755 kvx2	<u>erlaubte Inhalte bei Satzart 0101</u> 00 = Ambulante Behandlung (Defaultwert) <u>erlaubte Inhalte bei Satzart 0102</u> 20 = Selbstausstellung 21 = Auftragsleistungen (Defaultwert bei Einsendepraxen) 23 = Konsiliaruntersuchung 24 = Mit-/Weiterbehandlung (Defaultwert; außer bei Einsendepraxen) 26 = Stationäre Mitbehandlung, Vergütung nach ambulanten Grundsätzen 27 = Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10 und 10C) 28 = Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10a) <u>erlaubte Inhalte bei Satzart 0103</u> 30 = Belegärztliche Behandlung (Defaultwert) 31 = Belegärztliche Mitbehandlung 32 = Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung bei belegärztlicher Behandlung <u>erlaubte Inhalte bei Satzart 0104</u> 41 = Ärztlicher Notfalldienst (Defaultwert) 42 = Urlaubs-/bzw. Krankheitsvertretung 43 = Notfall 44 = Notfalldienst mit Taxi 45 = Notarzt-/Rettungswagen (Rettungsdienst) 46 = Zentraler Notfalldienst	24
4241	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Erstveranlassers	9	n	056 762 844		
4242	Lebenslange Arztnummer des Überweisers	9	n	056 721 762 845		
4243	Weiterbehandelnder Arzt	≤ 60	a			Dr. Meier
4244	Bewilligte Leistung	5, 6	a	042 849 871		35200
4245	Anzahl bewilligter Leistungen	≤ 3	n			25
4246	Anzahl abgerechneter Leistungen	≤ 3	n			5
4247	Antragsdatum (des Anerkennungsescheides)	8	d			
4248	Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Erstveranlassers	9	n	064 844		
4249	Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Überweisers	9	n	064 845		
4250	Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie	1	n	142 849	1 = ja	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
4251	Durchführungsart der Kombinationsbehandlung	1	n	176	1 = Alleinige Durchführung mit überwiegend Einzeltherapie 2 = Alleinige Durchführung mit überwiegend Gruppentherapie 3 = Einzeltherapie-Anteil bei Durchführung durch zwei Therapeuten 4 = Gruppentherapie-Anteil bei Durchführung durch zwei Therapeuten	
4252	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten	≤ 3	n	849 850 852		
4253	Bewilligte GOP für den Versicherten	5, 6	a	042 849 850 853		35200
4254	Anzahl der abgerechneten GOPen für den Versicherten	≤ 3	n			
4255	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson	≤ 3	n	849 851 852		
4256	Bewilligte GOP für die Bezugsperson	5, 6	a	042 849 851 853		35200B
4257	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson	≤ 3	n			
4299	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragspsychotherapeuten	9	n	050 762		
5000	Leistungstag	8	d	304 315 324 363		20191001
5001	Gebührennummer (GNR)	≤ 9 bzw. 5, 6	a	203 496 497 701 702 703 704 749 770 816 828 829 830 834 843 847 848 854 kvx1 kvx2		03000
5002	Art der Untersuchung	≤ 60	a			Esterasereaktion
5003	(N)BSNR des vermittelten Facharztes	9	n	049		
5005	Multiplikator	3	n	535		002

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
				894		
5006	Um-Uhrzeit	4	n	005 kvx1		1215
5008	DKM	≤ 3	n	kvx1		4
5009	freier Begründungstext	≤ 60	a	700		Neuerkrankung
5010	Chargennummer	≤ 60	a	868		R3J404Y
5011	Sachkosten-Bezeichnung	≤ 60	a			Norm-Silberstift
5012	Sachkosten / Materialkosten in Cent	≤ 10	n	710		12345
5013	Prozent der Leistung	3	n			167
5015	Organ	≤ 60	a			Niere
5016	Name des Arztes	≤ 60	a			Dr. Pütz
5017	Besuchsort bei Hausbesuchen	≤ 60	a			Neustadt
5018	Zone bei Besuchen	2	a	111		Z1
5019	Erbringungsort / Standort des Gerätes	≤ 60	a			
5020	Wiederholungsuntersuchung	1	n	147	0 = nein 1 = ja	0
5021	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung	4	n	027		2015
5023	GO-Nummern-Zusatz	1	a			b
5024	GNR-Zusatzkennzeichen für poststationär erbrachte Leistungen	1	a	521	N = poststationäre Leistung	N
5025	Aufnahmedatum	8	d			20191001
5026	Entlassungsdatum	8	d			20191005
5034	OP-Datum	8	d	701		20191003
5035	OP-Schlüssel	≤ 8	a	046 702 703 705		5-301.1
5036	GNR als Begründung	5, 6	a	042 702 704		02300
5037	Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (Minuten)	≤ 3	n			60
5038	Komplikation	≤ 60	a			Blutung
5040	Patientennummer der e-Dokumentation Hautkrebs-Screening	≤ 8	a			
5041	Seitenlokalisation OPS	1	a	110 705		R
5042	Mengenangabe Kontrast-/Arzneimittel	≤ 5	n	707		80
5043	Maßeinheit Kontrast-/Arzneimittel	1	n	106	1 = ml 2 = mg 3 = µg	1
5050	Melde-ID Implantateregister	10	a	888 894		
5051	Hash-String Implantateregister	≤ 512	a	889		
5052	Hash-Wert Implantateregister	64	a	890		

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
5070	OMIM-G-Kode des untersuchten Gens	6	n	220 770 829 830 834	Werte gemäß Spalte „OMIM-G“ der Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv ⁹	612761
5071	OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung)	6	n	220 770 816 834 847 848	Werte gemäß Spalte „OMIM-P“ der Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv	136000
5072	Gen-Name	≤ 60	a	772		
5073	Art der Erkrankung	≤ 60	a	773		
5074	Name Hersteller/ Lieferant	≤ 60	a			
5075	Artikel-/ Modellnummer	≤ 60	a			
5076	Rechnungsnummer	≤ 20	a			
5098	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	9	n	(049) (061) (062) 716 720 724 823 859 869		
5099	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	9	n	(050) (056) 715 721 723 725 762 837		
5100	ASV-Teamnummer des Vertragsarztes	9	n	059 789 838		001234566
5101	Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des LE	9	n	063 837 839		
5102	Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	9	n	859		
6001	ICD-Code	3,5,6	a	022 486 489 490 491 492 728 729 761 817 828		L50.0

⁹ Die restlichen Spalten bzw. Werte dieser Datei haben aktuell **keine** Relevanz für die Implementierung in einem Praxisverwaltungssystem.

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
				829 830 843 854 856		
6003	Diagnosensicherheit	1	a	109 856	V = Verdacht auf Z = Zustand nach A = Ausschluss G = gesicherte Diagnose	Z
6004	Seitenlokalisation	1	a	110	R = rechts L = links B = beidseitig	
6006	Diagnosenerläuterung	≤ 60	a			
6008	Diagnosenausnahmetatbestand	≤ 60	a	491		Zustand nach Geschlechtsumwandlung
8000	Satzart	4	a	175 331 426 427 356 870 kvx2 kvx3	adt0 = ADT-Datenpaket-Header adt9 = ADT-Datenpaket-Abschluss 0101 = Ambulante Behandlung 0102 = Überweisung 0103 = Belegärztliche Behandlung 0104 = Notfalldienst/Vertretung/Notfall	0102
9102	Empfänger	2	n	532 kvx0	01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 18 = Dortmund 19 = Münster 20 = Dortmund 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = Linker Niederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land 39 = Darmstadt 40 = Frankfurt/Main 41 = Gießen 42 = Kassel 43 = Limburg 44 = Marburg 45 = Wiesbaden 47 = Koblenz 48 = Rheinhessen 49 = Pfalz 50 = Trier 51 = Rheinland-Pfalz 55 = Karlsruhe 60 = Freiburg 61 = Stuttgart 62 = Reutlingen 63 = München Stadt u. Land 64 = Oberbayern 65 = Oberfranken 66 = Mittelfranken 67 = Unterfranken 68 = Oberpfalz	27

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
					69 = Niederbayern 70 = Schwaben 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 79 = Potsdam 80 = Cottbus 81 = Frankfurt/Oder 83 = Brandenburg 85 = Magdeburg 86 = Halle 87 = Dessau 93 = Thüringen 94 = Chemnitz 95 = Dresden 96 = Leipzig 99 = Knappschaft	
9115	Erstellungsdatum ADT-Datenpaket	8	d			20191001
9204	Abrechnungsquartal	5	n	016		22020
9212	Version der Satzbeschreibung	≤ 11	a	031 813		
9250	AVWG-Prüfnummer der AVS	15-17	a	052 204		Y/1/2001/36/id9
9251	HMV-Prüfnummer	15-17	a	052 204		Y/2/2001/36/xxx
9260	Anzahl Teilabrechnungen	2	n	129		03
9261	Abrechnungsteil x von y	2	n	132 738		01
9901	Systeminterner Parameter	≤ 60	a	999*		abcd/q<rs

3.5.2 ADT-Regeltabelle

Die mit Sternchen (*) gekennzeichneten Regeln sind nur für die Fallaufbereitungs-Software der Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht für die Abrechnungssoftware relevant.

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf- status	Erläuterung
005	Format	HHMM	F	HH = Stunde, MM = Minute Wertebereich: 0000-2359
016	Format	QJJJJ	F	Q = Quartal, JJJJ = Jahr
017	Format	nnmmm	F	nn = KV-Kennung mmm = Seriennummer Wertebereich nn: 01 = KV Schleswig-Holstein 02 = KV Hamburg 03 = KV Bremen 06 = Aurich 07 = Braunschweig 08 = Göttingen 09 = Hannover 10 = Hildesheim 11 = Lüneburg 12 = Oldenburg 13 = Osnabrück 14 = Stade 15 = Verden

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf- status	Erläuterung
				16 = Wilhelmshaven 17 = KV Niedersachsen 18 = Dortmund 19 = Münster 20 = KV Westfalen-Lippe 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = Linker Niederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land 38 = KV Nordrhein 39 = Darmstadt 40 = Frankfurt/Main 41 = Gießen 42 = Kassel 43 = Limburg 44 = Marburg 45 = Wiesbaden 46 = KV Hessen 47 = Koblenz 48 = Rheinhessen 49 = Pfalz 50 = Trier 51 = KV Rheinland-Pfalz 52 = KV Baden-Württemberg 53 = Mannheim 54 = Pforzheim 55 = Karlsruhe 56 = Baden-Baden 57 = Freiburg 58 = Konstanz 59 = Offenburg 60 = Freiburg 61 = Stuttgart 62 = Reutlingen 63 = München Stadt und Land 64 = Oberbayern 65 = Oberfranken 66 = Mittelfranken 67 = Unterfranken 68 = Oberpfalz 69 = Niederbayern 70 = Schwaben 71 = KV Bayerns 72 = KV Berlin 73 = KV Saarland 74 = KBV 78 = KV Mecklenburg-Vorpommern 79 = Potsdam 80 = Cottbus 81 = Frankfurt/Oder 83 = KV Brandenburg 85 = Magdeburg 86 = Halle 87 = Dessau 88 = KV Sachsen-Anhalt

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
				89 = Erfurt 90 = Gera 91 = Suhl 93 = KV Thüringen 94 = Chemnitz 95 = Dresden 96 = Leipzig 98 = KV Sachsen 99 = KBV-Pseudo-Nummer
021	Format	JJJJMMTT	F	TT=Tag; MM=Monat; JJJJ=Jahr zusätzlich erlaubter Wertebereich: JJJJMM00, JJJJ0000, 00000000
022	Format	ann, ann.n, ann.nn, ann.n-	F	
027	Format	JJJJ	F	JJJJ = Jahr
031	Format	[a]aaaMMJJ.nn	F	[a]aaa = Datenpaketkürzel, MM = Monat, JJ = Jahr, nn = Unterversionsnummer
035	Format	G-alpha[n[n[n[n]]][K-alpha[aerw]]]/Lkz] oder [G-alpha]n[n[n[n]]][K-alpha[aerw]]/Lkz]	F	Mindestens ein Zeichen aus der Menge "G-alpha" oder mindestens ein Zeichen aus der Menge "n" muss in einer GNR vorhanden sein. Wertevorrat: G-alpha ::= A B ... Z K-alpha ::= A B ... Z a b c d n ::= 0 1 ... 9 Lkz ::= A B . Z 0 1 . 9 # \$ * < > aerw ::= A B ... Z 1 2 3 4 [] Ein Element aus dieser Symbolklasse kann optional verwendet werden, d.h. es kommt genau einmal oder keinmal vor.
042	Format	nnnnn, nnnnn[G-alpha]	F	n ::= 0 1 ... 9 G-alpha ::= A B ... Z
046	Format	n-anna[.][a][a]	F	n – numerisch a – alphanumerisch [] – optional
049	Format	Knnnnnnmm mit kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnnnn = Seriennummer mm = [undefiniert]	F	
050	Format	nnnnnnmff mit nnnnnn = ID, wobei „nnnnnn“ ungleich „555555“ sein muss m = Prüfziffer ff = erlaubter Inhalt gemäß Anlage 35 des BAR- Schlüsselverzeichnis, tolerierter Ersatzwert für die Ziffern 8 - 9: 00	F	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ⁵
052	Format	a/n[n]/JJMM/nn/aaa	F	a = [V, X, Y, Z] n = numerisch JJ = Jahr MM = Monat aaa = alphanumerisch
053	Format	nnnnnn[n][n][n][n][n]	F	n = numerisch
054	Format	annnnnnnnP	F	a = A-Z (ohne Umlaute) n = numerisch P = Prüfziffer, numerisch

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
				Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. Erläuterung auf Seite 127
055	Format	n[n][n].n[n][n].n[n][n]	F	n = numerisch
056	Format	nnnnnnmff mit nnnnnn = ID, wobei „nnnnnn“ ungleich „555555“ sein muss m = Prüfziffer ff = erlaubter Inhalt gemäß Anlage 35 des BAR- Schlüsselverzeichnis, tolerierter Ersatzwert für die Ziffern 8 - 9: 00	W	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ⁵
058	Format	JJJJMMTTJJJMMTT	F	TT = Tag, MM = Monat, JJJJ = Jahr
059	Format	00nnnnnnP mit 00 = ASV-ID-Kürzel nnnnnn = eindeutige Nummer P = Prüfziffer	I	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ³
060	Format	JJJJMMTTThhmmss	F	JJJJ = Jahr, MM = Monat, TT = Tag, hh = Stunde, mm = Minute, ss = Sekunde
061	Format	35kknnnn mit 35 = Krankenhäuser, die Leistungen im Rahmen von § 75 Absatz 1a SGB V erbringen kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnnn = Seriennummer	F	(N)BSNR KH, die Leistungen im Rah- men der Terminservicestelle erbringen (Anlage 28 BMV-Ä) Struktur der BSNR vgl. ⁶
062	Format	74kknnn63 mit 74 = KBV kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnn = Seriennummer 63 = Kennzeichnung SAPV	F	(N)BSNR SAPV Struktur der BSNR vgl. ⁷
063	Format	555555nff mit 555555= Pseudo-Arztnummer für Krankenhaus- ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung n = Ordnungsnummer ff = Fachgruppencode gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bun- desvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetz- nummern	F	Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung (ASV-AV Anlage 3 Fachgruppencodierungen) Wertevorrat: n ::= 0 1 ... 9
064	Format	555555nff mit 555555= Pseudo-Arztnummer für Krankenhaus- ärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung n = Ordnungsnummer ff = Fachgruppencode gemäß der jeweils gültigen Anlage 2 der Richtlinie der Kassenärztlichen Bun- desvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- und Praxisnetz- nummern	W	Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung (ASV-AV Anlage 3 Fachgruppencodierungen) Wertevorrat: n ::= 0 1 ... 9
106	erlaubter Inhalt	1, 2, 3	F	
108	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4, 6	F	
109	erlaubter Inhalt	V, Z, A, G	F	
110	erlaubter Inhalt	R, L, B	F	
111	erlaubter Inhalt	Z1, Z2, Z3, Z4	F	Wegegeldzonen
113	erlaubter Inhalt	0, 1, 2, 3	F	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
116	erlaubter Inhalt	1, 3, 5	F	
129	erlaubter Inhalt	02-99	F	
131	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 14, 15	F	Abrechnungsgebiet
132	erlaubter Inhalt	01-99	F	
142	erlaubter Inhalt	1	F	
147	erlaubter Inhalt	0,1	F	
149	erlaubter Inhalt	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11,12	F	Personenkreis / Untersuchungskategorie
162	erlaubter Inhalt	01-03, 06-21, 24, 25, 27, 28, 31, 37-73, 78-81, 83, 85-88, 93-96, 98, 99	F	UKV-/OKV-Kennungen in den Betriebsstättennummern + Knappschaft
174	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09	F	
175	erlaubter Inhalt	adt0, adt9, 0101, 0102, 0103, 0104	F	
176	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4	F	
201	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Abrechnungs-VKNR vorhanden und 5-stellig
202	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Krankenkassennummer (IK) vorhanden und 9-stellig
203*	Existenzprüfung	GO-Stammdatei	-	
204 [#]	Existenzprüfung	Anbieterstammdatei	W	Prüfnummer existent und gültig
205	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4	F	
210	Existenzprüfung	Kassendatei, wenn Inhalt von FK 4122 < 80	W	Gebührenordnung nur dann prüfen, wenn kein Selektivvertrag vorliegt
212	erlaubter Inhalt	≠ 74799	F	Der Kostenträger mit der VKNR 74799 darf in der Abrechnung nicht an die KVen übermittelt werden
213 [#]	Existenzprüfung	Anbieterstammdatei	F	Erweiterte Existenzprüfung: Falls Prüfnummer nicht existent in Anbieterstammdatei, dann gilt: (Angabe 1.Monat der Gültigkeit (/JJMM/)+ Gültigkeitsdauer in Monaten (/MM/)+ 12 Monate) > = Angabe in Feld „Abrechnungsquartal“ (FK 9204)
220	Existenzprüfung	Datei 74EJJQnn.omim.JJJJ-MM-TT.csv	F	OMIM-G-Kode (Inhalt FK 5070) in Spalte „OMIM-G“ bzw. OMIM-P-Kode (Inhalt FK 5071) in Spalte „OMIM-P“ der Stammdatei vorhanden und jeweils 6-stellig
304	Kontext	Datum ≤ Maschinendatum	F	Vermeidung von Fehleingaben
307	Kontext	Wenn FK 4109 und FK 3119 vorhanden sind und Inhalt von FK 4239 ≠ 21, 27, 28, muss FK 3006 vorhanden sein.	W	Erläuterung auf Seite 124
308	Kontext	Feldinhalt von FK 3006 ≥ 5.2.0	W	
313	Kontext	Geburtsdatum ≤ Leistungsdatum	F	Vermeidung von Fehleingaben
315	Kontext	Falls FK 4110 vorhanden ist, dann gilt: Leistungsdatum (FK 5000) ≤ Versicherungsschutz Ende (FK 4110)	W	Vermeidung von Fehleingaben
319	Kontext	Inhalt Feld 4218 darf nicht identisch sein mit Inhalt Feld 4217	F	Vermeidung von Fehleingaben Erläuterung vgl. Kapitel 3.6.1 „Laborauftrag an Facharzt-Labor“
320	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 8000 = 0102, dann gilt: FK 4220 muss nur dann vorhanden sein, wenn Feldinhalt von FK 4239 ≠ 27, 28	F	
324	Kontext	Der Inhalt des Feldes 5000 muss in dem umschriebenen Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe des Quartals (4101) definiert ist	F	
328	Kontext	Wenn Feldinhalt von 8000 = 0102, dann muss entweder Feld 4218 oder Feld 4219 oder Feld 4226 vorhanden sein. (XOR)	F	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		Es darf nur eins der Felder 4218, 4219 oder 4226 in einem Satz 0102 vorhanden sein.		
331	Kontext	Wenn Feldinhalt von 8000 = 0101, dann ist als Inhalt von FK 4239 00 erlaubt.	F	
354	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 = 30, dann muss das Feld 4233 vorhanden sein	F	
356	Kontext	Wenn Inhalt von 8000 = 0102, dann sind als Inhalte von 4239 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28 erlaubt	F	
363	Kontext	Der Inhalt des Feldes 5000 (Leistungstag) muss in dem Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe in Feld 4125 (Gültigkeitszeitraum von ... bis ...) definiert ist	F	Vermeidung von Fehleingaben
404	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4239 = 27, 28, dann muss das Feld 4221 vorhanden sein. Feld 4221 darf nicht vorhanden sein, wenn Feldinhalt von FK 4239 ≠ 27, 28.	F	
405	Kontext	Wenn der Feldinhalt von FK 4239 = 27 oder FK 4239 = 28 ist, dann muss das Feld 4102 vorhanden sein	F	
406	Kontext	Wenn FK 4102 vorhanden ist, dann gilt: Ausstellungsdatum (FK 4102) ≤ Erstellungsdatum (FK 9103, SA „con0“)	F	Ausstellungsdatum ist älter oder gleich dem Erstellungsdatum Korrekt: 20190201 (01.02.2019) ≤ 20190202 (02.02.2019) Korrekt: 20190201 ≤ 20190201 Inkorrekt: 20190203 > 20190202
426	Kontext	Wenn Inhalt von 8000 = 0103, dann sind als Inhalte von 4239 30, 31, 32 erlaubt	F	
427	Kontext	Wenn Inhalt von 8000 = 0104, dann sind als Inhalte von 4239 41, 42, 43, 44, 45, 46 erlaubt	F	
431	Kontext	Nur wenn FK 4239 = 27, kann entweder FK 4217 oder FK 4225 vorhanden sein.	F	
432	Kontext	Nur wenn FK 4239 = 27 oder 28, darf FK 4229 vorhanden sein	F	
478	Kontext	Wenn FK 3112 vorhanden ist, dann gilt: Wenn Inhalt von 4106 = 00 und ist kein Einleседatum (FK 4109) vorhanden, dann muss die PLZ in FK 3112 in der SDPLZ vorhanden sein.	F	
479	Kontext	Das Feld 3112 und/oder 3121 muss (je Satz 0101 – 0104) vorhanden sein. Ausnahmen: Nur wenn FK 3114 vorhanden und der Feldinhalt ungleich „D“ ist, dann gilt: Ist ein Einleседatum (FK 4109) vorhanden, dann muss die FK 3112 nicht vorhanden sein. Nur wenn FK 3124 vorhanden und der Feldinhalt ungleich „D“ ist, dann gilt: Ist ein Einleседatum (FK 4109) vorhanden, dann muss die FK 3121 nicht vorhanden sein.	F	
480	Kontext	Der Inhalt des Feldes 4109 (Einleседatum) muss in dem Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe in Feld 4101 (Quartal) definiert ist.	W	
486	Kontext	Mindestens eines der Felder 6001 oder 3673 muss vorhanden sein.	F	
489	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001/3673) in der SDICD die Elemente „untere_altersgrenze“ und/oder „obere_altersgrenze“ existieren, dann muss das aus dem Geburtsdatum FK 3103 berechnete Alter ¹⁾ oberhalb der „unteren_altersgrenze“ und unterhalb der „obere_altersgrenze“ liegen.	W	SDICD

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		Der Inhalt von Element „ <i>altersbezug_fehlerart</i> “ ist „m“. *) das Höchstalter wird prüfmoduleseitig zu Quartalsbeginn und Mindestalter zu Quartalsende berechnet		
490	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001/3673) in der SDICD das Element „ <i>krankheit_in_mitteuropa_sehr_selten</i> “ mit Inhalt V=„j“ existiert, dann Warnhinweis „ <i>Bitte Kodierung überprüfen: Diagnosen dieses Codes sind in Mitteleuropa sehr selten.</i> “	W	SDICD
491	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001 / 3673) in der SDICD das Element „ <i>geschlechtsbezug</i> “ existiert und der Inhalt von „ <i>geschlechtsbezug_fehlerart</i> “ mit V=„m“ definiert ist, und diese Bedingung nicht mit dem Geschlecht des Patienten (FK 3110) übereinstimmt, muss FK 6008 bzw. 3677 vorhanden sein	W	SDICD
492	Kontext	Wenn zu einer Diagnose (FK 6001 /3673) in der SDICD das Element „ <i>schlüsselnummer_mit_inhalt_belegt</i> “ mit Inhalt „n“ existiert, darf diese nicht übertragen werden	F	SDICD
496	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4121 = 3, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5001 Regel 035.	F	
497	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4121 = 0 oder 1 oder 2, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5001 die Regel 042.	F	
521	erlaubter Inhalt	N	F	
528	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4, 5, 6	F	
531	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 17, 20, 38, 46, (47), (48), (49), (50), 51, 52, (55), (60), (61), (62), 71, 72, 73, 78, 83, 88, 93, 98	F	WOP () fusioniert, teilweise aber noch in Gebrauch (bspw. KVK-WOP)
532	erlaubter Inhalt	01-03, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 37, 39-45, 47-51, 55, 60-70, 72, 73, 78-81, 83, 85-87, 93-96, 99	F	Empfänger der Abrechnung: UKV-OKV-Kennungen zulässiger Abrechnungsempfänger + Kennung für Knappschaft
533	erlaubter Inhalt	M, W, U, X, D	F	
534	erlaubter Inhalt	00, 04, 06, 07, 08, 09	F	
535	erlaubter Inhalt	002-999	F	Multiplikator/Anzahl
536	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58	F	
537	erlaubter Inhalt	≠ T555558879	F	
700	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn in FK 5009 ein OPS gemäß Formatregel 046 enthalten ist und kein Feld FK 5035 existiert, ein Warnhinweis erscheint, dass der OPS in Feld FK 5035 zu dokumentieren ist	W	
701	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn zu der Ziffer unter FK 5001 gemäß SDEBM die Zusatzangabe „5034“ definiert ist, muss FK 5034 vorhanden sein.	W	
702	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn für die GOP in Feld FK 5001 in der EBM-Stammdatei ausschließlich das XML-Element <code>../gnr_zusatzangabe/@V="5035"</code> bzw. <code>../gnr_zusatzangabe/@V="5036"</code> innerhalb einer GNR-Zusatzangabensliste vorhanden ist, muss mindestens ein Feld FK 5035 bzw. ein Feld FK 5036 vorhanden sein. Wenn für die GOP in Feld FK 5001 in der EBM-Stammdatei die XML-Elemente <code>../gnr_zusatzangabe/@V="5035"</code> und <code>../gnr_zusatzangabe/@V="5036"</code> innerhalb einer GNR-	W	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		Zusatzangabenliste vorhanden sind, muss mindestens entweder ein Feld FK 5035 oder ein Feld FK 5036 vorhanden sein.		
703	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn für die GOP in Feld FK 5001 gemäß Regel 702 mindestens ein Feld FK 5035 vorhanden sein muss und min. das XML-Element <code>.. /begrundungen_liste/ops_liste/</code> vorhanden ist, dann sollte mindestens ein Inhalt des Feldes FK 5035 einem Inhalt des Attributs <code>/@V</code> des XML-Elements <code>.. /begrundungen_liste/ops_liste/kategorie/ops</code> entsprechen.	W	
704	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn für die GOP in Feld FK 5001 gemäß Regel 702 mindestens ein Feld FK 5036 vorhanden sein muss und min. das XML-Element <code>.. /begrundungen_liste/gnr_liste/</code> vorhanden ist, dann sollte mindestens ein Inhalt des Feldes FK 5036 einem Inhalt des Attributs <code>/@V</code> des XML-Elements <code>.. /begrundungen_liste/gnr_liste/gnr</code> entsprechen.	W	
705	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn der Inhalt von FK 5035 gemäß SDOPS-Stammdatei mit "kzseite=J" definiert ist, muss zu dieser FK 5035 ein Feld FK 5041 existieren.	W	
707	Kontext	Wenn FK 5042 existiert, darf keine FK 5005 vorhanden sein	W	Kein Multiplikator zulässig
710	Kontext	Inhalt von FK 5012 ≤ 9999999	W	Prüfung auf realistische Sachkosten
715	Kontext	Wenn Inhalt von 4239 ≠ 28: Der Wert in FK 5099 muss mit einem der Werte aus FK 0212 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern der Wert in FK 5099 ungleich „9999999900“ (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (adt0))	F	Prüfung gegen Besa-Satz bei aktuellen Quartalsfällen (analog Regel 716)
716	Kontext	Wenn Inhalt von 4239 ≠ 28: Der Wert in FK 5098 muss mit einem der Werte aus FK 0201 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (adt0)).	F	Prüfung gegen Besa-Satz bei aktuellen Quartalsfällen
720	Kontext	Wenn FK 4239 = 28 und wenn Feld 4218 vorhanden ist, dann müssen die Inhalte von FK 4218 und 5098 identisch sein.	F	Bundesmantelvertragliche Regelung: Einweisender Arzt ist auch „durchführender“ Arzt
721	Kontext	Wenn FK 4239 = 28 und wenn Feld 4242 vorhanden ist, dann müssen die Inhalte von FK 4242 und 5099 identisch sein.	F	Bundesmantelvertragliche Regelung: Einweisender Arzt ist auch „durchführender“ Arzt
723	Kontext	Wenn Inhalt von 4239 = 28: Der Wert in FK 5099 muss mit einem der Werte aus FK 0212 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern der Wert in FK 5099 ungleich „9999999900“	W	
724	Kontext	Wenn Inhalt von 4239 = 28: Der Wert in FK 5098 muss mit einem der Werte aus FK 0201 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (adt0)).	W	
725	Kontext	Wenn Inhalt von FK 4239 = 28, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5099 die Formatregel 056. Wenn Inhalt von FK 4239 ≠ 28, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5099 die Formatregel 050.	siehe Regel 050 056	Berücksichtigt Erfassungsfehler bei SUG 28, wenn aus Überweiser-LANR stammend
728	Kontext	Der Inhalt von FK 6001/3673 muss als Element „ <code>icd_code</code> “ und dem Kindelement „ <code>abrechenbar</code> “ mit dem Inhalt <code>V="j"</code> in der SDICD vorhanden sein.	F	SDICD
729	Kontext	Wenn zu einer Diagnose (FK 6001 /3673) das Element „ <code>notationskennzeichen</code> “ (SDICD) mit Inhalt „ <code>*</code> “ oder „ <code>!</code> “ existiert (=Sekundärkode), muss mind. ein ICD-Code FK 6001/3673 ohne „ <code>notationskennzeichen</code> “ (SDICD) oder wenn vorhanden, mit Inhalt „ <code>+</code> “ (=Primärkode) vorhanden sein.	F	SDICD

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
734	Kontext	Wenn FK 8000 mit Inhalt 0101, 0102, 0103, 0104 und der Kostenträger der KT-Gruppe 75 entspricht (Element /kostentraegergruppe (kts)), dann muss der Inhalt des Feldes 4124 dem Format „TTMMJJannnnn“ entsprechen.	W	Plausibilitätsprüfung der Personenkennziffer bei dem bundesweiten SKT Bundeswehr
738	Kontext	Der Inhalt von FK 9261 muss <= dem Inhalt von FK 9260 sein.	F	
744	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 = 21, dann muss das Feld 4205 vorhanden sein.	F	
746	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 = 31, dann muss das Feld 4218 und mindestens eines der Felder 4205, 4207 oder 4208 vorhanden sein.	F	
749	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 5001 dem Inhalt des Attributs /@gop eines Elements /key der Schlüsselstabelle S_NVV_RV_Zertifikat entspricht und der Inhalt des Feldes 9204 (adt0) innerhalb von /key/@gueltigkeit liegt, dann gilt: Es muss mindestens ein Feld 0304 (SA „rvsa“) mit dem Inhalt aus Attribut /@V des jeweiligen Elements /key mit Feld 0305 = „1“ oder „2“ vorhanden sein.	W	Plausibilitätsprüfung gegen RVSA-Satz unter Verwendung der Schlüsselstabelle S_NVV_RV_Zertifikat (OID 1.2.276.0.76.3.1.1.5.2.22)
754	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 = 28, dann muss Inhalt von 4221 ungleich 3 sein.	F	
755	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 = 27, dann muss das Feld 4205 vorhanden sein.	F	
756	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 = 28, dann kann das Feld 4209 vorhanden sein. Ansonsten darf es nicht vorhanden sein.	W	
761	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001/3673) in der SDICD die Elemente „untere_altersgrenze“ und/oder „obere_altersgrenze“ existieren, dann muss das aus dem Geburtsdatum FK 3103 berechnete Alter ^{*)} oberhalb der „unteren_altersgrenze“ und unterhalb der „obere_altersgrenze“ liegen. Der Inhalt von Element „altersbezug_fehlerart“ ist „k“. ^{*)} das Höchstalter wird prüfmoduleseitig zu Quartalsbeginn und Mindestalter zu Quartalsende berechnet	W	SDICD
762	Kontext	Der (Ersatz-)wert „888888800“ ist obsolet und als Feldinhalt von FK 0212, 4241, 4242, 5099 und 4299 unzulässig.	F	
763	Kontext	Der, aus dem Inhalt der Stellen 1-2 der FK 0201 abgeleitete, KV-Bereich darf nicht dem Inhalt des Attributs @V des Elements /kostentraeger/unz_kv_geltungsbereich_liste/unz_kv_geltungsbereich der Kostenträgerstammdatei (SDKT) entsprechen.	W	Prüfung gegen Kostenträger-Stammdatei (vgl. Anforderungskatalog KVDT, P2-265) SDKT
770	Kontext	Wenn Feldinhalt von 5001 = 11511[G-alpha], 11512[G-alpha], 11516[G-alpha], 11517[G-alpha], 11518[G-alpha] oder 11521[G-alpha], dann müssen die Felder 5070 und 5071 genau einmal vorhanden sein.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei den genannten GOPen mit Buchstabensuffix
772	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 5070 = 999999, dann muss mindestens ein Feld 5072 vorhanden sein.	F	
773	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 5071 = 999999, dann muss mindestens ein Feld 5073 vorhanden sein.	F	
774	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 3006 >= 5.2.0, dann muss das Feld 3116 vorhanden sein.	F	
775	Kontext	Wenn FK 4109 und FK 3006 vorhanden sind, dann muss das Feld 4133 vorhanden sein.	F	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
776	Kontext	Falls FK 4109 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 3 - 5 des Feldes 4104 < 800, dann muss das Feld 3119 vorhanden sein. Falls FK 4109 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 3 - 5 des Feldes 4104 >= 800, dann muss entweder das Feld 3105 oder 3119 vorhanden sein.	F	
777	Kontext	Falls FK 4109 vorhanden ist und Feldinhalt von FK 4239 ≠ 21, 27, 28, muss das Feld 4134 vorhanden sein.	F	Der Kostenträgername muss beim Einlesen einer Versichertenkarte immer - unabhängig von der Scheinuntergruppe - übertragen werden.
778	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 ="07" oder "08", dann muss Feldinhalt von FK 4106 = "01" oder „09" sein.	F	
779	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 ="06", dann muss Feldinhalt von FK 4106 = "02" oder „09" sein.	F	
780	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 ="04", dann muss Feldinhalt von FK 4106 = "00" oder „09" sein.	F	
783	Kontext	Wenn FK 3121 vorhanden ist, dann gilt: Wenn Inhalt von FK 4106 = 00 <u>und</u> ist kein Einlesedatum (FK 4109) vorhanden, dann muss die PLZ in FK 3121 in der SDPLZ vorhanden sein.	F	
784	Kontext	Wenn FK 4109 und FK 3006 vorhanden sind, muss das Feld 3114 und/oder Feld 3124 vorhanden sein.	F	
789	Kontext	Wenn Feld 5100 vorhanden ist, dann gilt: Der Wert in FK 5100 muss mit einem der Werte aus FK 0222 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (adt0))	W	Prüfung gegen Besa-Satz bei aktuellen Quartalsfällen
790	Kontext	Wenn FK 4109 vorhanden ist und FK 3006 nicht vorhanden, dann muss der Inhalt der Stellen 3 - 5 der FK 4104 >= 800 sein.	F	KVK ab 01.01.2015 nur zulässig bei „originären“ SKT
813	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = adt0 ist, dann muss der Inhalt des Feldes 9212 der aktuellen Versionsangabe entsprechen.	W	
816	Kontext	Wenn Feldinhalt von 5001 = 11233[G-alpha], dann muss das Feld 5071 vorhanden sein. Zusätzlich gilt: Die Felder 5070 und 5072 dürfen <u>nicht</u> vorhanden sein.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
817	Kontext	Wenn zu einem ICD-Code (Feldinhalt FK 6001 bzw. 3673) in der SDICD das Element „geschlechtsbezug“ existiert und der Inhalt von Element „geschlechtsbezug_fehlerart“ = „k“ ist und kein Feld 6008 / 3677 vorhanden ist, dann muss das Geschlecht in FK 3110 (sofern 3110 ≠ U, X, D) zu der Angabe unter Element „geschlechtsbezug“ (SDICD) passen.	W	Stimmt das Geschlecht des Patienten nicht mit der Angabe im Element „geschlechtsbezug“ überein, ist vom PVS darauf hinzuweisen (vgl. KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_ICD-10, P10-470) SDICD
818	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 ="09", dann soll Feldinhalt von FK 4106 = "00" oder „09" sein.	W	
820	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = 0102 und wenn Feld 4217 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 4217 = 35, dann gilt für den Inhalt des Feldes 4217 die Formatregel 061. Wenn Inhalt des Feldes 8000 = 0102 und wenn Feld 4217 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 4217 ≠ 35, dann gilt für den Inhalt des Feldes 4217 die Formatregel 049.	siehe Regel 049 061	(N)BSNR des Erstveranlassers
821	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = 0102 und wenn Feld 4218 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 4218 = 35, dann gilt für den Inhalt des Feldes 4218 die Formatregel 061.	siehe Regel 049 061	(N)BSNR des Überweisers

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		Wenn Inhalt des Feldes 8000 = 0102 und wenn Feld 4218 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 4218 ≠ 35 und ≠ 77, dann gilt für den Inhalt des Feldes 4218 die Formatregel 049. Wenn Inhalt des Feldes 8000 = 0102 und wenn Feld 4218 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 4218 = 77, dann gilt für den Inhalt des Feldes 4218 gleich 777777700.		
822	Kontext	Wenn Inhalt des Feldes 8000 = 0103 und wenn Feld 4218 vorhanden ist, dann gilt für den Inhalt des Feldes 4218 die Formatregel 049.	siehe Regel 049	(N)BSNR des Überweisers
823	Kontext	Wenn der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 5098 = 35, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5098 die Formatregel 061. Wenn der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 5098 = 74, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5098 die Formatregel 062. Wenn der Inhalt der Stellen 1-2 des Feldes 5098 ≠ 35 und ≠ 74, dann gilt für den Inhalt des Feldes 5098 die Formatregel 049.	siehe Regel 049 061 062	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung
827	Kontext	Falls Feld 4109 vorhanden ist und Feld 4131 = 00, dann muss der Feldinhalt von Feld 4106 = 00 oder 09 sein.	W	
828	Kontext	Wenn Feldinhalt des Feldes 5001 = 11302[G-alpha], 11303[G-alpha] oder 19402[G-alpha], dann muss mindestens ein Feld 6001 mit einem Inhalt ungleich „Z01.7“ vorhanden sein und die Felder 5070 und 5071 dürfen nicht übertragen werden.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
829	Kontext	Wenn Feldinhalt von Feld 5001 = 19421[G-alpha], 19451[G-alpha] oder 19452[G-alpha], dann muss das Feld 5070 genau einmal je Feld 5001 vorhanden sein und es muss mindestens ein Feld 6001 mit einem Inhalt ungleich „Z01.7“ vorhanden sein.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
830	Kontext	Wenn Feldinhalt von Feld 5001 = 19424[G-alpha], 19453[G-alpha], oder 19456[G-alpha], dann muss das Feld FK 5070 mindestens einmal je Feld 5001 vorhanden sein und es muss mindestens ein Feld 6001 mit einem Inhalt ungleich „Z01.7“ vorhanden sein.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
834	Kontext	Wenn der Feldinhalt des Feldes 5001 = 11522[G-alpha], müssen die Felder FK 5070 und FK 5071 mindestens einmal je Feld 5001 vorhanden sein.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
837	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = 0101, 0102 oder 0104, dann gilt: Es muss entweder das Feld 5099 oder das Feld 5101 vorhanden sein.	F	
838	Kontext	Wenn Feld 4239 = 28 und wenn Feld 4226 vorhanden ist, dann müssen die Inhalte der Felder 4226 und 5100 identisch sein.	I	„Einweisender Arzt“ ist auch „durchführender“ Arzt
839	Kontext	Wenn Feld 5101 vorhanden ist, dann gilt: der Wert in Feld 5101 muss mit einem der Werte aus Feld 0223 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von Feld 4101 = Feld 9204 (adt0)).	I	Prüfung gegen besa-Satz bei aktuellen Quartalsfällen
840	Kontext	Wenn das Feld 9102 = „93“ oder „94“ oder „95“ oder „96“ ist, dann muss der Feldinhalt des Feldes 0132 dem regulären Ausdruck „(.{1,23})(.{1,23})\{([0-9][0-9][0-9])?([a-ku-x][a-z][1-9])*\}([a-ku-x][A-Z][1-9])*)“ entsprechen	W	1-23: Versionsnummer

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
				24: fixes Trennzeichen „ “ ¹⁰ 25-60: sonstige Informationen
843	Kontext	Wenn Feldinhalt des Feldes 5001 = 32901[G-alpha], 32902[G-alpha], 32904[G-alpha], 32906[G-alpha], 32908[G-alpha], 32910[G-alpha] oder 32911[G-alpha], dann muss mindestens ein Feld 6001 mit einem Inhalt ungleich „Z01.7“ vorhanden sein und die Felder 5070 und 5071 dürfen nicht übertragen werden.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
844	Kontext	Wenn ein Feld 4225 vorhanden ist, dann muss entweder ein Feld 4241 oder ein Feld 4248 vorhanden sein.	W	
845	Kontext	Wenn Feldinhalt von 4239 ≠ 28 und wenn ein Feld 4226 vorhanden ist, dann muss entweder ein Feld 4242 oder ein Feld 4249 vorhanden sein. Wenn Feldinhalt von 4239 = 28 und wenn ein Feld 4226 vorhanden ist, dann muss ein Feld 4242 vorhanden sein. Das Feld 4249 darf nicht vorhanden sein.	W	vgl. Erläuterung Kapitel 3.6.2
847	Kontext	Wenn Feldinhalt von Feld 5001 = 19421[G-alpha], 19451[G-alpha] oder 19452[G-alpha], dann sollte das Feld 5071 genau einmal je Feld 5001 vorhanden sein.	I	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
848	Kontext	Wenn Feldinhalt von Feld 5001 = 19424[G-alpha], 19453[G-alpha] oder 19456[G-alpha], dann sollte das Feld 5071 mindestens einmal je Feld 5001 vorhanden sein.	I	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
849	Kontext	Das Feld 4244 darf nur übertragen werden, wenn die Felder 4250, 4252, 4253, 4255 und 4256 nicht befüllt sind. Die Felder 4250, 4252, 4253, 4255 und 4256 dürfen nur übertragen werden, wenn das Feld 4244 nicht befüllt ist.	F	Es darf entweder das Feld 4244 oder es dürfen die Felder 4250, 4252, 4253, 4255 und 4256 übertragen werden.
850	Kontext	Die Felder 4252 und 4253 dürfen nur gemeinsam übertragen werden.	F	
851	Kontext	Die Felder 4255 und 4256 dürfen nur gemeinsam übertragen werden.	F	
852	Kontext	Wenn das Feld 4255 befüllt ist, muss auch das Feld 4252 befüllt sein.	F	
853	Kontext	Im Feld 4253 dürfen GNR nicht mehrfach übertragen werden. Im Feld 4256 dürfen GNR nicht mehrfach übertragen werden.	F	Beispiele: - Die Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4253 und die erneute Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4256 ist <u>zulässig</u> . - Die Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4253 und 35401B in der FK 4256 ist <u>zulässig</u> . - Die Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4253 und die erneute Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4253 ist <u>nicht zulässig</u> . - Die Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4256 und die Übertragung der Ziffer 35401B in der FK 4256 ist <u>zulässig</u> .

¹⁰ „|“ = Senkrechter Strich, im Programmierjargon „Pipe“ genannt. Auf PCs mit dem Betriebssystem Windows wird er über die Tastenkombination „Alt Gr“ und „<“ erzeugt.

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
854	Kontext	Wenn Feldinhalt des Feldes 5001 = 32915[G-alpha], 32916[G-alpha], 32917[G-alpha] oder 32918[G-alpha], dann muss mindestens ein Feld 6001 mit einem Inhalt ungleich „Z01.7“ vorhanden sein und die Felder 5070 und 5071 dürfen nicht übertragen werden.	F	G-alpha ::= A B ... Z [] - optional Dokumentationspflicht besteht auch bei der genannten GOP mit Buchstabensuffix
856	Kontext	Wenn der Feldinhalt von FK 6001 = „Z01.7“, dann muss der Feldinhalt von FK 6003 = „G“ sein.	W	
859	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = 0101, 0102 oder 0104, dann gilt: Es muss entweder das Feld FK 5098 oder das Feld FK 5102 vorhanden sein.	F	
860	Kontext	Der Inhalt des Feldes 3673 darf nicht „Z01.7“ sein.	W	
864	Kontext	Der Inhalt des Feldes 3010 muss in dem umschriebenen Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe des Quartals (4101) definiert ist	W	
868	Kontext	Wenn für die GOP in Feld 5001 in der EBM-Stammdatei das XML-Element ../gnr_zusatzangaben/gnr_zusatzangaben_liste/gnr_zusatzangabe/@V=„5010“ vorhanden ist, dann muss das Feld 5010 einmal je Feld 5001 vorhanden sein.	W	
869	Kontext	Sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (adt0)) gilt: Wenn in einem Datensatz die FK 3010 vorhanden ist, dann muss für min. eine der unter FK 5098 angegebenen (N)BSNR in der SA „besa“ zu dieser (N)BSNR (FK 5098 gleich FK 0201) das Feld 0224 (Produkttypversion des Konnektors) vorhanden sein.	W	
870	Kontext	Wenn in einem Datensatz die FK 4103 vorhanden ist und den Wert 3 besitzt, muss der Inhalt des Feldes 8000 = 0102 sein.	F	
871	Kontext	Im Feld 4244 dürfen GNR nicht mehrfach übertragen werden.	F	Beispiele: - Die Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4244 und die erneute Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4244 ist nicht zulässig. - Die Übertragung der Ziffer 35401 in der FK 4244 und die Übertragung der Ziffer 35401B in der FK 4244 ist zulässig.
876	Kontext	Wenn die FK 3010 vorhanden ist, dann muss auch die FK 4109 vorhanden sein.	W	
877	Kontext	Wenn der Feldinhalt von FK 4103 = 3, dann muss die FK 4115 vorhanden sein.	W	Bei Hausarzt-Vermittlungsfällen ist der Tag der durch den Hausarzt festgestellten Behandlungsnotwendigkeit anzugeben.
886	Kontext	Das Datum in FK 4115 darf nicht mehr als 60 Tage vor dem Datum in FK 5000 liegen. Hinweis: Wenn in der betroffenen Satzart mehr als eine FK 5000 enthalten ist, dann erfolgt die Prüfung gegen den ältesten Feldinhalt der FK 5000.	W	Der Anwender soll einen Hinweis erhalten, dass für den Tag der Terminvermittlung ein relatives altes Datum eingegeben wurde.
887	Kontext	Das Datum im Feld FK 4115 darf nicht größer als das Systemdatum sein.	W	
888	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn für die GOP in Feld FK 5001 in der EBM-Stammdatei das XML-Element ../gnr_zusatzangaben/@V=„5050“ vorhanden ist, muss das Feld FK 5050 vorhanden sein.	W	
889	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn für die GOP in Feld FK 5001 in der EBM-Stammdatei das XML-Element	W	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf- status	Erläuterung
		../gnr_zusatzangabe/@V="5051" vorhanden ist, muss das Feld FK 5051 vorhanden sein.		
890	Kontext	Wenn FK 4121 ≠ 3: Wenn für die GOP in Feld FK 5001 in der EBM-Stammdatei das XML-Element ../gnr_zusatzangabe/@V="5052" vorhanden ist, muss das Feld FK 5052 vorhanden sein.	W	
894	Kontext	Wenn die FK 5050 und die FK 5005 vorhanden sind, dann muss die Anzahl der vorhandenen FK 5050 gleich dem Wert der FK 5005 entsprechen.	W	Beispiele: - Die FK 5050 ist einmal vorhanden und die FK 5005 ist nicht vorhanden. - Die FK 5050 ist zweimal vorhanden und die FK 5005 ist vorhanden, dann muss die FK 5005 den Wert 002 besitzen. - Die FK 5050 ist zweimal vorhanden und die FK 5005 ist nicht vorhanden. Hinweis: Die FK 5005 kann nur mit einem Wert mindestens 002 vorkommen.
895	Kontext	Wenn die FK 4112 vorhanden ist, dann dürfen die FK 4109 und FK 3010 und FK 4108 und FK 3006 nicht vorhanden sein.	W	
999*	besondere Hinweise	wird von KV überlesen, kann in jeder Satzart mehrfach vorkommen		Für Praxiscomp. bei Rücksendung

3.6 Besondere Hinweise

3.6.1 Auftrag zur in-vitro-Diagnostik an Facharzt

Die Abrechnung von in-vitro-diagnostischen Leistungen auf Grundlage eines Überweisungsscheins für in-vitro-diagnostische Leistungen als Auftragsleistungen (Muster 10) darf nur die Satzart 0102 mit der Scheinuntergruppe „27“ (= Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen) verwenden.

Das Feld FK 4217 ((N)BSNR des Erstveranlassers) wird nur dann übertragen, wenn auf Basis der Überweisung des Erstveranlassers eine Weiterüberweisung veranlasst wurde.

Werden im Datensatz sowohl Feld FK 4217 als auch Feld FK 4218 ((N)BSNR des Überweisers) übermittelt, müssen diese bei gleichzeitiger Übertragung im Datensatz daher verschieden sein.

Alternativ zu Feld FK 4217 kann ein Feld FK 4225 (ASV-Teamnummer des Erstveranlassers) übertragen werden, wenn auf Basis der Überweisung des Erstveranlassers eine Weiterüberweisung veranlasst wird.

Hinweis: Einem ASV-Team können mehrere Fachärzte, die in-vitro-diagnostische Leistungen durchführen als Mitglied angehören. Alle Mitglieder eines ASV-Teams erhalten die gleiche ASV-Teamnummer. Es ist nicht zwingend, dass ein Facharzt als hinzugezogenes ASV-Team-Mitglied alle in-vitro-diagnostische Leistungen eines Auftrags ausführt. Eine Weiterüberweisung von in-vitro-diagnostische Leistungen innerhalb eines ASV-Teams ist somit nicht grundsätzlich auszuschließen. In diesem Fall ist es zulässig, in Feld FK 4225 und in Feld FK 4226 eine identische ASV-Teamnummer zu übermitteln.

In den Feldern FK 4217 und FK 4218 dürfen nur (Neben-)Betriebsstättennummern von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten übertragen werden. In den Feldern FK 4225 und FK 4226 dürfen nur ASV-Teamnummern übertragen werden.

Das Feld FK 4219 dient zur deutlichen Unterscheidung von Feld FK 4218 bzw. von Feld FK 4226. Feld FK 4219 wird übertragen, wenn z.B. eine Überweisung von anderen Ärzten (z.B. Zahnärzte) vorliegt.

Zusätzlich zur (N)BSNR ist jeweils die „Lebenslange Arztnummer (LANR)“ bzw. zur ASV-Teamnummer ist jeweils die „Lebenslange Arztnummer (LANR)“ oder die „Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung“ erforderlich, d.h. es sind jeweils die Feldpaare 4217/4241, 4218/4242 bzw. 4225/4241, 4225/4248, 4226/4242 oder 4226/4249 zu übermitteln.

3.6.2 Laborauftrag an Laborgemeinschaft

Laborgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, welche dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Einrichtung zu erbringen. Laborgemeinschaften rechnen direkt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab und erhalten hierzu eine Betriebsstättennummer. Der Honorarbescheid für die Laborgemeinschaft wird nach deren Mitgliedern aufgeschlüsselt. Aus Sicht der an der Laborgemeinschaft beteiligten Vertragsärzte ist die Laborgemeinschaft eine Nebenbetriebsstätte. Die an ihr beteiligten Vertragsärzte erhalten für diese Nebenbetriebsstätte dieselbe Betriebsstättennummer. Der Arzt, der die Laborleistung veranlasst, gilt als durchführender Arzt und ist daher in der Abrechnung der Laborgemeinschaft durch Angabe der Arztnummer und der (Neben-)Betriebsstättennummer der veranlassenden Arztpraxis kenntlich zu machen. Für die Anforderung von Laborleistungen bei Laborgemeinschaften ist das Muster 10A¹¹ zu verwenden.

¹¹ Anforderungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen bei Laborgemeinschaften

Im Betriebsstättendatensatz „besa“ sind bei der Laborgemeinschaft auch die Mitglieder der Laborgemeinschaft mit ihrer (N)BSNR, LANR und ggf. ASV-Teamnummer und Adresse aufzuführen.

Die Abrechnung von Laborgemeinschaften erfolgt in der Satzart 0102 mit der Scheinuntergruppe „28“ (=Anforderungsschein für Laboratoriumsleistungen bei Laborgemeinschaften).

In Feld 4218 dürfen nur (Neben-)Betriebsstättennummern von Vertragsärzten übertragen werden. In Feld 4226 dürfen nur ASV-Teamnummern übertragen werden.

Zusätzlich zur (N)BSNR bzw. zur ASV-Teamnummer ist jeweils die „Lebenslange Arztnummer (LANR)“ erforderlich, d.h. es ist ein Feldpaar 4218/4242 bzw. 4226/4242 zu übermitteln.

Die Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen (FK 5098, 5099) muss identisch zu der Überweiser-Betriebsstättennummer und –LANR (FK 4218, 4242) erfolgen.

Sofern die Überweisung durch einen „ASV-Arzt“ veranlasst wird (= Feld FK 4226 vorhanden), muss zusätzlich zu den Feldern 5098, 5099 ein Feld 5100 mit der ASV-Teamnummer übertragen werden.

Die (N)BSNR sollte in diesen Fällen aus einem entsprechenden praxisspezifischen „LG-Mitgliederverzeichnis“ ermittelt werden oder kann ggf. dem auf Muster 10A aufgedruckten Vertragsarztstempel entnommen werden.

Wichtiger Hinweis: Es muss im Betriebsstättendatensatz „besa“ als erste BSNR (FK 0201) immer die der abrechnungserzeugenden Betriebsstätte (= Laborgemeinschaft) übertragen werden, da die Zuordnung zur entsprechenden KV-Spezifika-Stammdatei im Rahmen der XPM-Prüfung über die Stellen 1–2 des Inhalts der ersten FK 0201 des besa-Datensatzes erfolgt.

3.6.3 Allgemeine Hinweise zu den in-vitro-Diagnostik Aufträgen

Das Feld 4221 muss übertragen werden, wenn eine Überweisung für in-vitro-diagnostische Leistungen gemäß Muster 10 oder ein Laborauftrag gemäß Muster 10A vorliegt (SUG 27 bzw. 28).

Nur zu den Scheinuntergruppen 27 und 28 darf das Feld 4229 vorhanden sein.

Nur zur Scheinuntergruppe „27“ darf Feld 4217 oder Feld 4225 vorhanden sein.

3.6.4 Handhabung der Laboraufträge von Knappschaftsärzten

Stellt ein Vertragsarzt in seiner Funktion als Knappschaftsarzt für einen Patienten der Knappschaft eine Überweisung zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen aus, benutzt er dazu ebenfalls den Vordruck 10 bzw. 10A (falls gemäß KV-Spezifika „99“ der Knappschaft definiert). Es bedarf daher einer besonderen Kennzeichnung, damit die Kosten dieser Laboratoriumsuntersuchungen nicht zulasten des vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsbonus angerechnet werden.

Folgende Vorgehensweise kommt in diesen Fällen zur Anwendung: Der Knappschaftsarzt kennzeichnet die betreffenden Laboraufträge mittels der technischen Kennziffer 87777 im zutreffenden Feld als Kennziffer (entsprechend dem ADT-Feld 4229).

3.6.5 Integration der ASV-Abrechnung in das ADT-Datenpaket

Im Rahmen der ASV-Abrechnung wurde weitgehend auf die Definition von zusätzlichen, ASV-spezifischen Feldern im ADT-Datenpaket verzichtet.

Ausnahmen:

- Feld „ASV-Teamnummer“ (FK 0222) ergänzt in der Container-Satzart „Betriebsstättendaten (besa)“
- Feld „ASV-Teamnummer des Vertragsarztes“ (FK 5100) ergänzt in den ADT-Satzarten „Ambulante Behandlung (0101)“, „Überweisung (0102)“ und „Notfalldienst/ Vertretung/ Notfall (0104)“
- Feld „Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung“ (FK 0223) ergänzt in der Container-Satzart „Betriebsstättendaten“ (besa)
- Feld „Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des LE (FK 5101)“ ergänzt in den ADT-Satzarten „Ambulante Behandlung“ (0101), „Überweisung“ (0102) und „Notfalldienst/ Vertretung/ Notfall“ (0104)
- Feld „ASV-Teamnummer des Erstveranlassers“ (FK 4225) ergänzt in der ADT-Satzart „Überweisung“ (0102)
- Feld „ASV-Teamnummer des Überweisers“ (FK 4226) ergänzt in der ADT-Satzart „Überweisung“ (0102)
- Feld 4248 „Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Erstveranlassers“ ergänzt in der ADT-Satzart „Überweisung“ (0102)
- Feld 4249 „Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Überweisers“ ergänzt in der ADT-Satzart „Überweisung“ (0102)
- Feld 0213 „Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)“ ergänzt in der Container-Satzart „Betriebsstättendaten (besa)“ zur Übermittlung der IK-Nummer des Krankenhauses
- Feld 5102 „Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)“ ergänzt in den ADT-Satzarten „Ambulante Behandlung“ (0101), „Überweisung“ (0102) und „Notfalldienst/ Vertretung/ Notfall“ (0104)

Ansonsten werden bestehende Felder des ADT-Datenpakets gemäß der nachfolgenden Tabelle zur Übertragung von ASV-Abrechnungsinformationen verwendet:

FK	Feldbezeichnung	Verwendung im Rahmen der ASV-Abrechnung zur Übertragung ...	Beispiele
5001	GNR	von EBM-GOPen bzw. „Pseudoziffern für ASV-Leistungen außerhalb des EBM“ gemäß Kapitel 3.6.5.1	50200 88500
5011	Sachkosten-Bezeichnung	von Sachkosten-Bezeichnungen bzw. der GOÄ-Nummer der erbrachten Leistung gemäß Kapitel 3.6.5.1	5489
5012	Sachkosten/Materialkosten in Cent	von Sach-/Materialkosten in Cent bzw. des Preises in Cent zur GOÄ-Nummer gemäß Kapitel 3.6.5.1	52458
6006	Diagnosenerläuterung	einer Leistungsdokumentation (sofern in der ASV-Richtlinie vorgegeben), bspw. des TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC-Stadium, eine Angabe für die Progression der Tumorerkrankung	rT1N2M1G2R1

Beispielhafter Auszug aus einem Datensatz zur Abrechnung einer GOP aus EBM-Kapitel VII (Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen):

01380000102

...

017500020160104

014500150200

0185098013201300

0185099604432405

0185100001234566

...

3.6.5.1 Abrechnung von ASV-Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind

Seit dem 01.01.2015 können gemäß Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V, **2. Vergütung der ASV-Leistungen** und Anlage 5 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) Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM sind, mittels KVDT/ADT-Abrechnung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

ASV-Ärzte, die diese Leistungen abrechnen, geben eine Pseudoziffer in ihrer Abrechnung im Feld 5001 (Gebührennummer) an und kennzeichnen sie mit ihrer ASV-Teamnummer im Feld 5100 (ASV-Teamnummer des Vertragsarztes).

Zusätzlich müssen die GOÄ-Nummer der erbrachten Leistung im Feld 5011 (Sachkosten-Bezeichnung) und der Preis im Feld 5012 (Sachkosten/Materialkosten) in Cent erfasst und übertragen werden.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit den für die ASV gemäß § 2 Vergütung der ASV-Leistungen festgelegten Gebührensätzen (Laborleistungen 1-facher, technische Leistungen 1,2-facher und übrige ärztliche Leistungen 1,5-facher Gebührensatz).

Die vereinbarten Pseudoziffern und weitere Informationen (z. B. Praxisnachrichten zur Information Ihrer ASV-Kunden) finden Sie auf der KBV-Webseite unter der URL

<http://www.kbv.de/html/asv.php>.

Im Folgenden ein Beispiel:

Leistung im Abschnitt 2 des Appendix Gastrointestinale Tumoren: PET/ PET-CT

Pseudo-GOP: 88500 Inhalt des Feldes 5001

GOÄ-Nummer: 5489 Inhalt des Feldes 5011

einfacher Satz: 437,15 €

Preis: $437,15 \text{ €} \cdot 1,2 = 524,58 \text{ €} = 52458 \text{ Cent}$ Inhalt des Feldes 5012

GOÄ-Nummer 5489 entspricht einer Leistung des Abschnitt O, es gilt der Steigerungsfaktor 1,2

Beispielhafter Auszug aus einem Datensatz zur Abrechnung einer Pseudoziffer für eine ASV-Leistung außerhalb des EBM

01380000102

...

017500020190104

014500188500

014501252458

01350115489

0185098013201300
0185099633116027
0185100001234577
...

3.6.5.2 Angabe „Tumorstadium“ (s. g. „TNM-Status“) und / oder Progression

Sofern in der ASV-Abrechnung das Tumorstadium (s. g. „TNM-Status“) und / oder die Progression zur Dokumentation des im Einzelfall schweren Verlaufs der Erkrankung zu dokumentieren sind, erfolgt dies gemäß der in der **Anlage 6 TNM-Status** 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) festgelegten Kodierungen, vgl. https://www.kbv.de/media/sp/ASV_AV_Anlage_6.pdf.

Grundlage bildet die internationale Klassifikation von Tumorstadien – kurz UICC. Der 11-stellige TNM-Status enthält die verpflichtenden Angaben: r (Rezidiv) T (Tumorklassifikation) N (Lymphknotenmetastasen) M (Fernmetastasen) G (Grading) und R (Residualtumor), wobei die Ausprägung jeweils zu ergänzen ist.

Die Progression wird durch die Angabe der Ausprägungen 0 oder 1 verschlüsselt.

Beide Angaben werden im Feld 6006 (Diagnosenerläuterung) übertragen.

Werden sowohl der TNM-Status als auch die Progression dokumentiert, sind diese durch geeignete Trennzeichen zu separieren; der TNM-Status ist dabei voranzustellen.

Hinweis: Sowohl die Angabe des TNM-Status als auch die Angabe der Progression können auch jeweils separat erfolgen.

Beispiele:

Angabe TNM-Status ohne Progression:	rT1N2M1G2R1
Angabe TNM-Status mit Progression:	rT1N2M1G2R1+1
Angabe Progression ohne TNM-Status:	1

4 KADT-Datenpaket

4.1 Zielsetzung

Mittels des KADT-Datenpaketes kann die kurärztliche Abrechnung übertragen werden. Diese Abrechnungsmöglichkeit besteht nur gegenüber den Primärkassen und Ersatzkassen, nicht gegenüber Sonstigen Kostenträgern. Mit diesen Kostenträgern rechnet der Kurarzt direkt ab.

Der Bestimmungsort der kurärztlichen Abrechnung ist die kurärztliche Verwaltungsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Dortmund. Dies gilt für alle Kurärzte in Deutschland.

Grundlage ist der "Vertrag über die kurärztliche Behandlung" der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV unter Beteiligung des Verbandes Deutscher Badeärzte vereinbart wurde.

4.2 Übersicht

Folgende KADT-Sätze sind definiert:

Satzbezeichnung	Satzart
KADT-Datenpaket-Header	kad0
KADT-Datenpaket-Abschluss	kad9
Kurärztliche Behandlung	0109

4.3 Anordnung

Reihenfolge, Anzahl und Position der Satzarten innerhalb des KADT-Datenpaketes sind wie folgt:

- Satz "kad0" ist einmal vorhanden. Er ist als erster Satz des KADT-Datenpaketes abzulegen.
- Satz "0109" folgt auf Satz "kad0" in beliebiger Anzahl.
- Satz "kad9" ist pro KADT-Datenpaket einmal vorhanden. Er ist als letzter Satz des KADT-Datenpaketes abzulegen.

4.4 KADT-Satztabellen

Im Folgenden werden die bereits definierten Sätze beschrieben.

Ein Datensatz der Satzart "0109" besteht aus Feldern mit den Kennungen:

"8xxx" Satzglobale Felder

"3xxx" Patientenfelder

"4xxx" Satzartspezifische Felder

"5xxx" Leistungsfelder

"6xxx" Diagnosefelder

4.4.1 Satzart: KADT-Datenpaket-Header "kad0"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart KADT-Datenpaket-Header
0105	1	KBV-Prüfnummer	M		Eindeutige Nummer, die bei der Systemprüfung von der KBV vergeben wird
9102	1	Empfänger	M		20
9212	1	Version der Satzbeschreibung	M		Verbindliche Version der KADT-Satzbeschreibung KADT1024.01 KADT0425.01
0102	1	Softwareverantwortlicher (SV)	M		vgl. Kapitel 7
0121	1	Straße des SV	M		
0122	1	PLZ des SV	M		
0123	1	Ort des SV	M		
0124	1	Telefonnummer des SV	M		
0125	1	Telefaxnummer des SV	K		
0111	1	Email-Adresse des SV	K		
0126	1	Regionaler Systembetreuer (SB)	M		vgl. Kapitel 7
0127	1	Straße des SB	M		
0128	1	PLZ des SB	M		
0129	1	Ort des SB	M		
0130	1	Telefonnummer des SB	M		
0131	1	Telefaxnummer des SB	K		
0103	1	Software	M		Name der zugelassenen Software oder Softwarevariante. Bei Einsatz einer Softwarevariante ist deren Name zu hinterlegen.
0132	1	Release-Stand der Software	K		
9116	1	Erstellungsdatum KADT-Datenpaket	K		
9204	1	Abrechnungsquartal	M		
9250	n	AVWG-Prüfnummer der AVS	K		Prüfnummer der Arzneimittelverordnungssoftware, sofern vorhanden
9251	n	HMV-Prüfnummer	K		

4.4.2 Satzart: KADT-Datenpaket-Abschluss "kad9"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart KADT-Datenpaket-Abschluss

4.4.3 Satzart: Kurärztliche Behandlung "0109"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Kurärztliche Behandlung
3000	1	Patientennummer	K		vgl. Kapitel 7
3003	1	Schein-ID	K		Projekt eAbrechnung KVWL
3006	1	CDM Version	m	Regel 791	vgl. Kapitel 7
3010	1	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	m	falls eGK eingelesen wurde und falls Datensatz, der zum Nachweis einer durchgeführten Onlineprüfung und -aktualisierung auf der eGK gespeichert wurde, vorhanden Regel 876	vgl. Kapitel 7
3011	1	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	m		Vgl. Kapitel 7
3012	1	Error-Code	k		vgl. Kapitel 7
3013	1	Prüfziffer des Fachdienstes	k		vgl. Kapitel 7
3100	1	Namenszusatz	K		vgl. Kapitel 7
3120	1	Vorsatzwort	K		vgl. Kapitel 7
3101	1	Name	M		
3102	1	Vorname	M		
3103	1	Geburtsdatum	M		vgl. Kapitel 7
3104	1	Titel	K		
3119	1	Versicherten_ID	m	Regel 791	vgl. Kapitel 7
3107	1	Straße	K		Straße der Patientenadresse
3109	1	Hausnummer	K		
3115	1	Anschriftenzusatz	K		
3112	1	PLZ	K		PLZ der Patientenadresse
3114	1	Wohnsitzlaendercode	K		vgl. Kapitel 7
3113	1	Ort	K		Ort der Patientenadresse
3121	1	PostfachPLZ	K		PLZ der Postfachadresse
3122	1	PostfachOrt	K		Ort der Postfachadresse
3123	1	Postfach	K		
3124	1	PostfachWohnsitzlaendercode	K		vgl. Kapitel 7
3108	1	Versichertenart	M		
3110	1	Geschlecht	M		
4102	1	Ausstellungsdatum	K		Eintrag der Krankenkasse
4104	1	Abrechnungs-VKNR	M		
4108	1	Zulassungsnummer	K		Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
4109	1	Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	m	falls Versichertenkarte eingelesen wurde Regel 876	
4112	1	eEB vorhanden	K	Regel 895	
4133	1	VersicherungsschutzBeginn	m	Regel 791	
4110	1	VersicherungsschutzEnde	K		
4111	1	Kostentraegerkennung	M		
4134	1	Kostentraegername	m	Regel 791	
4131	1	BesonderePersonengruppe	M		
4132	1	DMP_Kennzeichnung	M		
4261	1	Kurart	M		
4262	1	Durchführung als Kompaktkur	k	Regel 382 Regel 881	
4272	1	Durchführung als Kompaktkur mit Refresher	k	Regel 382 Regel 881	
4263	1	genehmigte Kurdauer in Wochen	M		
4264	1	Anreisetag	M		
4265	1	Abreisetag	M		
4266	1	Kurabbruch am	K		
4275	1	Kontakt zur Vorbereitung des Kuraufenthaltes	K		
4276	1	Anreisetag als Teil 2 bei Refresher	k	Regel 879	
4277	1	Abreisetag als Teil 2 bei Refresher	k	Regel 879	
4278	1	Kurabbruch am als Teil 2 bei Refresher	k	Regel 880	
4267	1	Bewilligte Kurverlängerung in Wochen	K		
4268	1	Bewilligungsdatum Kurverlängerung	m		
4269	1	Verhaltenspräventive Maßnahmen angeregt	K		
4270	1	Verhaltenspräventive Maßnahmen durchgeführt	K		
4271	1	Kompaktkur nicht möglich	k	Regel 383	
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001	n	GNR	m		Gebührennummer
5098	1	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	M		
5099	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	M		
6001	n	ICD-Code	M		vgl. Kapitel 4.5.1
6003	1	Diagnosensicherheit	m		vgl. Kapitel 4.5.1
6004	1	Seitenlokalisation	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6006	n	Diagnosenerläuterung	k		vgl. Kapitel 4.5.1
6008	n	Diagnosenausnahmetatbestand	m	Regel 491	

4.5 Besondere Hinweise

Für die KADT-Abrechnung gelten grundsätzlich die Vorgaben, die im Rahmen der ADT-Abrechnung zu beachten sind.

4.5.1 Erläuterung zu den Feldern 5000, 5001, 6001, 6003, 6004 und 6006

Sowohl das Datum der ärztlichen Leistung bei einer interkurrenten Erkrankung als auch das "Datum der durchgeführten Kontrolluntersuchung" sind unter FK 5000 zu übertragen. Zu jeder Kontrolluntersuchung muss ein Feld 5001 mit der Pseudo-Gebührennummer "00001U" übertragen werden.

Unter der Feldkennung 6001 – evtl. in Verbindung mit den Feldern 6003, 6004, 6006, 6008 – sind sowohl die Kurdiagnosen als auch die Diagnosen bei interkurrenten Erkrankungen zu übertragen. Vgl. auch Kapitel 4.8, Abbildung "Kurarztschein-Rückseite".

4.6 Begleitpapiere

Um die ordnungsgemäße Weiterleitung der Abrechnungsdatei in der Abrechnungsstelle zu gewährleisten, muss jede Abrechnung mit einer Erklärung versehen werden, deren Aufbau von der kurärztlichen Verwaltungsstelle vorgegeben ist.

4.7 Anforderungen an die Datenqualität

4.7.1 KADT-Feldtabelle

Die Feldtabelle dient der Prüfung der Feldinhalte. Einige Prüfungen können sofort anhand der Eintragung in dieser Tabelle durchgeführt werden, während zu weiteren Prüfungen in die Regeltabelle (vgl. Kapitel 4.7.2) bzw. in untergeordnete Tabellen verzweigt werden muss. In der Feldtabelle ist jeder Eintrag eindeutig einem Feld zugeordnet. Die Einträge „kvxn“ (n= 0,1,2,3) sind ein Verweis auf die KV-Spezifika-Stammdatei (vgl. Kap. 1.6.2).

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
0102	Softwareverantwortlicher (SV)	≤ 60	a			KBV Arztsoftware AG
0103	Software	≤ 60	a			DOCSFUN
0105	KBV-Prüfnummer	15 – 17	a	052 204 213		X/1/1401/36/id9
0111	Email-Adresse des SV	≤ 60	a			test@kbv.de
0121	Straße des SV	≤ 60	a			Ottostr. 1
0122	PLZ des SV	≤ 7	a			56070
0123	Ort des SV	≤ 60	a			Koblenz
0124	Telefonnummer des SV	≤ 60	a			0261/4094
0125	Telefaxnummer des SV	≤ 60	a			0261/40943
0126	Regionaler Systembetreuer (SB)	≤ 60	a			Fa. Datasoft
0127	Straße des SB	≤ 60	a			Dürener Str. 322
0128	PLZ des SB	≤ 7	a			50859
0129	Ort des SB	≤ 60	a			Köln
0130	Telefonnummer des SB	≤ 60	a			0221/10002
0131	Telefaxnummer des SB	≤ 60	a			0221/34893
0132	Release-Stand der Software	≤ 60	a			2.52b
3000	Patientennummer	≤ 20	a			127
3003	Schein-ID	≤ 60	a			
3006	CDM Version	5-11	a	055 308 791		
3010	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	14	n	060 865 866 867 876		20191024101010
3011	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	1	n	528	1 = Aktualisierung VSD auf eGK durchgeführt 2 = Keine Aktualisierung VSD auf eGK erforderlich 3 = Aktualisierung VSD auf eGK technisch nicht möglich 4 = Authentifizierungszertifikat eGK ungültig 5 = Onlineprüfung des Authentifizierungszertifikats technisch nicht möglich 6 = Aktualisierung VSD auf eGK technisch nicht möglich und maximaler Offline-Zeitraum überschritten	
3012	Error-Code	≤ 5	n			12101

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
3013	Prüfziffer des Fachdienstes	≤ 128	a			
3100	Namenszusatz	≤ 20	a			Herzogin
3101	Name	≤ 45	a			Schmitz
3102	Vorname	≤ 45	a			Erna
3103	Geburtsdatum	8	n	021 304 313		
3104	Titel	≤ 20	a			Dr.
3107	Straße	≤ 46	a			Holzweg
3108	Versichertenart	1	n	116	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	3
3109	Hausnummer	≤ 9	a			
3110	Geschlecht	1	a	533	M = männlich W = weiblich U = unbekannt X = unbestimmt D = divers	
3112	PLZ	≤ 10	a			50859
3113	Ort	≤ 40	a			Köln
3114	Wohnsitzlaendercode	≤ 3	a			
3115	Anschriftenzusatz	≤ 40	a			Hinterhaus
3119	Versicherten_ID	10	a	054 791 537 776	≠ T555558879	
3120	Vorsatzwort	≤ 20	a			bei der
3121	PostfachPLZ	≤ 10	a			
3122	PostfachOrt	≤ 40	a			
3123	Postfach	≤ 8	a			
3124	PostfachWohnsitzlaendercode	≤ 3	a			
4102	Ausstellungsdatum	8	d			
4104	Abrechnungs-VKNR	5	n	017 201 212		27106
4108	Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)	≤ 40	a			INGHC;ORGA930M;4.9.0:1.0.0 (Hersteller-ID;Produkt-Kürzel;Produktversion (=Firmwareversion: Hardwareversion))
4109	letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	8	d	791 876		
4110	VersicherungsschutzEnde	8	d	315		20191010
4111	Kostentraegerkennung	9	n	202		101568008
4112	eEB vorhanden	1	n	142 895	1 = ja	
4131	BesonderePersonengruppe	2	a	530	00 = keine Besondere Personengruppe (Defaultwert) 04 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V	
4132	DMP_Kennzeichnung	2	a	536	00 = kein DMP-Kennzeichnen	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
					(Defaultwert) 01 = Diabetes mellitus Typ 2 02 = Brustkrebs 03 = Koronare Herzkrankheit 04 = Diabetes mellitus Typ 1 05 = Asthma bronchiale 06 = COPD (chronic obstructive pulmonary disease) 07 = Chronische Herzinsuffizienz 08 = Depression 09 = Rückenschmerz 10 = Rheuma 11 = Osteoporose 12 = Adipositas 30 = Diabetes Typ 2 und KHK 31 = Asthma und Diabetes Typ 2 32 = COPD und Diabetes Typ 2 33 = COPD und KHK 34 = COPD, Diabetes Typ 2 und KHK 35 = Asthma und KHK 36 = Asthma, Diabetes Typ 2 und KHK 37 = Brustkrebs und Diabetes Typ 2 38 = Diabetes Typ 1 und KHK 39 = Asthma und Diabetes Typ 1 40 = Asthma und Brustkrebs 41 = Brustkrebs und KHK 42 = Brustkrebs und COPD 43 = COPD und Diabetes Typ 1 44 = Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK 45 = Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 2 46 = Brustkrebs und Diabetes Typ 1 47 = COPD, Diabetes Typ 1 und KHK 48 = Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 2 49 = Asthma, Diabetes Typ 1 und KHK 50 = Asthma, Brustkrebs und KHK 51 = Brustkrebs, COPD und KHK 52 = Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 2 und KHK 53 = Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK 54 = Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK 55 = Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 1 56 = Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK 57 = Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 1 58 = Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 1 und KHK	
4133	VersicherungsschutzBeginn	8	d	791		
4134	Kostentraegername	≤ 45	a	791		
4261	Kurart	1	n	106 382	1 = Ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung 2 = Ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten 3 = Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder	1
4262	Durchführung als Kompaktkur	1	n	101 382 383 881		1

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
4263	genehmigte Kurdauer in Wochen	≤ 2	n	168		3
4264	Anreisetag	8	d	316 882 883 884 885		
4265	Abreisetag	8	d	317 866 882 883 884 885		
4266	Kurabbruch am	8	d	318 867 883 885		
4267	Bewilligte Kurverlängerung in Wochen	≤ 2	n	168		1
4268	Bewilligungsdatum Kurverlängerung	8	d			
4269	Verhaltenspräventive Maßnahmen angeregt	1	n	101		1
4270	Verhaltenspräventive Maßnahmen durchgeführt	1	n	101		1
4271	Kompaktkur nicht möglich	1	n	101 383		1
4272	Durchführung als Kompaktkur mit Refresher	1	n	101 317 318 382 383 866 881 882 883 884 885		
4275	Kontakt zur Vorbereitung des Kuraufenthaltes	1	n	101		
4276	Anreisetag als Teil 2 bei Refresher	8	d	317 318 879 882 883 884 885		
4277	Abreisetag als Teil 2 bei Refresher	8	d	317 866 879 882 883 884 885		
4278	Kurabbruch am als Teil 2 bei Refresher	8	d	318 867		

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
				880 884 885		
5000	Leistungstag	8	d	304 315 316 317 318 882 883 884 885		
5001	Gebührennummer (GNR)	5, 6	a	042 203 kvx1		00001U
5098	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	9	n	049 730		
5099	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	9	n	050 731 762		
6001	ICD-Code	3, 5, 6	a	022 489 490 491 492 728 729 761 817 856		L50.0
6003	Diagnosensicherheit	1	a	109 856	V = Verdacht auf Z = Zustand nach A = Ausschluss G = gesicherte Diagnose	V
6004	Seitenlokalisation	1	a	110	R = rechts L = links B = beidseitig	R
6006	Diagnosenerläuterung	≤ 60	a			
6008	Diagnosenausnahmetatbestand	≤ 60	a	491		
8000	Satzart	4	a	165 kvx2 kvx3	kad0 = KADT-Datenpaket-Header kad9 = KADT-Datenpaket-Abschluss 0109 = Kurärztliche Abrechnung	
9102	Empfänger	2	n	166 kvx0	20 = KV Westfalen Lippe	20
9116	Erstellungsdatum KADT-Datenpaket	8	d			
9204	Abrechnungsquartal	5	n	016		12020
9212	Version der Satzbeschreibung	≤ 11	a	031 814		
9250	AVWG-Prüfnummer der AVS	15-17	a	052 204		Y/1/1901/36/id9
9251	HMV-Prüfnummer	15-17	a	052 204		Y/2/1912/36/xxx
9901	Systeminterner Parameter	≤ 60	a	999		abcd/q<rs

4.7.2 KADT-Regeltabelle

Die mit Sternchen (*) gekennzeichneten Regeln sind nur für die Fallaufbereitungs-Software der Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht für die Abrechnungssoftware relevant.

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
016	Format	QJJJJ	F	Q = Quartal, JJJJ = Jahr
017	Format	nnmmm	F	nn = KV-Kennung mmm = Seriennummer Wertebereich nn: 01 = KV Schleswig-Holstein 02 = KV Hamburg 03 = KV Bremen 06 = Aurich 07 = Braunschweig 08 = Göttingen 09 = Hannover 10 = Hildesheim 11 = Lüneburg 12 = Oldenburg 13 = Osnabrück 14 = Stade 15 = Verden 16 = Wilhelmshaven 17 = KV Niedersachsen 18 = Dortmund 19 = Münster 20 = KV Westfalen-Lippe 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = LinkerNiederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land 38 = KV Nordrhein 39 = Darmstadt 40 = Frankfurt/Main 41 = Gießen 42 = Kassel 43 = Limburg 44 = Marburg 45 = Wiesbaden 46 = KV Hessen 47 = Koblenz 48 = Rheinhessen 49 = Pfalz 50 = Trier 51 = KV Rheinland-Pfalz 52 = KV Baden-Württemberg 53 = Mannheim 54 = Pforzheim 55 = Karlsruhe 56 = Baden-Baden 57 = Freiburg 58 = Konstanz 59 = Offenburg 60 = Freiburg 61 = Stuttgart

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
				62 = Reutlingen 63 = München Stadt und Land 64 = Oberbayern 65 = Oberfranken 66 = Mittelfranken 67 = Unterfranken 68 = Oberpfalz 69 = Niederbayern 70 = Schwaben 71 = KV Bayerns 72 = KV Berlin 73 = KV Saarland 74 = KBV 78 = KV Mecklenburg-Vorpommern 79 = Potsdam 80 = Cottbus 81 = Frankfurt/Oder 83 = KV Brandenburg 85 = Magdeburg 86 = Halle 87 = Dessau 88 = KV Sachsen-Anhalt 89 = Erfurt 90 = Gera 91 = Suhl 93 = KV Thüringen 94 = Chemnitz 95 = Dresden 96 = Leipzig 98 = KV Sachsen 99 = KBV-Pseudo-Nummer
021	Format	JJJJMMTT	F	TT=Tag; MM=Monat; JJJJ=Jahr zusätzlich erlaubter Wertebereich: JJJJMM00, JJJJ0000, 00000000
022	Format	ann, ann.n, ann.nn, ann.n-	F	
031	Format	[a]aaaMMJJ.nn	F	[a]aaa = Datenpaketkürzel, MM = Monat, JJ = Jahr, nn = Unterversionsnummer
042	Format	nnnnn, nnnnn[G-alpha]	F	
049	Format	kknnnnmm mit kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 mm = [undefiniert]	F	
050	Format	Nnnnnmff mit m = Prüfziffer, wobei „nnnnn“ ungleich „55555“ sein muss ff = erlaubter Inhalt gemäß Anlage 35 des BAR-Schlüsselverzeichnis, tolerierter Er- satzwert für die Ziffern 8 – 9: 00	F	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ⁵
052	Format	a/n[n][n]/JJMM/nn/aaa	F	a = [V, X, Y,Z] n = numerisch JJ = Jahr MM = Monat aaa = alphanumerisch
054	Format	annnnnnnP	F	a = A-Z (ohne Umlaute) n = numerisch P = Prüfziffer, numerisch

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
				Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer, vgl. Erläuterung auf Seite 127
055	Format	n[n][n].n[n][n].n[n][n]	F	n = numerisch
060	Format	JJJJMMThhmmss	F	JJJJ = Jahr, MM = Monat, TT = Tag, hh = Stunde, mm = Minute, ss = Sekunde
101	erlaubter Inhalt	1	F	1 = Feld angekreuzt = Ja
106	erlaubter Inhalt	1, 2, 3	F	
109	erlaubter Inhalt	V, Z, A, G	F	
110	erlaubter Inhalt	R, L, B	F	
116	erlaubter Inhalt	1, 3, 5	F	
142	erlaubter Inhalt	1	F	
162	erlaubter Inhalt	01-03, 06-21, 24, 25, 27, 28, 31, 37-73, 78-81, 83, 85-88, 93-96, 98, 99	F	UKV-/OKV-Kennungen in den Betriebsstättennummern + Knappschaft
165	erlaubter Inhalt	kad0, kad9, 0109	F	
166	erlaubter Inhalt	20	F	
168	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	F	
174	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09	F	
201	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Abrechnungs-VKNR vorhanden und 5-stellig
202	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Krankenkassennummer (IK) vorhanden und 9-stellig
203*	Existenzprüfung	GO-Stammdatei	-	
204#	Existenzprüfung	Anbieterstammdatei	W	Prüfnummer existent und gültig
212	erlaubter Inhalt	≠ 74799	F	Der Kostenträger mit der VKNR 74799 darf in der Abrechnung <u>nicht</u> an die KVen übermittelt werden
213#	Existenzprüfung	Anbieterstammdatei	F	Erweiterte Existenzprüfung: Falls Prüfnummer nicht existent in Anbieterstammdatei, dann gilt: (Angabe 1.Monat der Gültigkeit (/JJMM/)+ Gültigkeitsdauer in Monaten (/MM/)+ 12 Monate) > = Angabe in Feld „Abrechnungsquartal“ (FK 9204)
304	Kontext	Datum ≤ Maschinendatum	F	Vermeidung von Fehleingaben
308	Kontext	Feldinhalt von FK 3006 >= 5.2.0	W	
313	Kontext	Geburtsdatum ≤ Leistungsdatum	F	Vermeidung von Fehleingaben
315	Kontext	Falls FK 4110 vorhanden ist, dann gilt: Leistungsdatum (FK 5000) ≤ Versicherungsschutz Ende (FK 4110)	W	Vermeidung von Fehleingaben
316	Kontext	Leistungsdatum (FK 5000) ≥ Anreisetag (FK 4264)	F	
317	Kontext	Wenn die FK 4272 nicht vorhanden ist, dann gilt: Leistungsdatum (FK 5000) ≤ Abreisetag (FK 4265)	F	
318	Kontext	Wenn die FK 4272 nicht vorhanden ist und die FK 4266 vorhanden ist, dann gilt: Leistungsdatum (FK 5000) ≤ Kurabbruch am (FK 4266)	F	
382	Kontext	Nur wenn Inhalt von 4261 = 1 oder 2, darf das Feld 4262 oder 4272 vorhanden sein	F	
383	Kontext	Nur wenn Feld 4262 oder 4272 vorhanden ist, darf das Feld 4271 vorhanden sein	F	
489	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001/3673) in der SDICD die Elemente „untere_altersgrenze“ und/oder „obere_altersgrenze“ existieren, dann muss das aus dem	W	SDICD

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		Geburtsdatum FK 3103 berechnete Alter ^{*)} oberhalb der „ <i>unteren_altersgrenze</i> “ und unterhalb der „ <i>obere_altersgrenze</i> “ liegen. Der Inhalt von Element „ <i>altersbezug_fehlerart</i> “ ist „m“. ^{*)} das Höchstalter wird prüfmoduleseitig zu Quartalsbeginn und Mindestalter zu Quartalsende berechnet		
490	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001/3673) in der SDICD das Element „ <i>krankheit_in_mittel-europa_sehr_selten</i> “ mit Inhalt V=„j“ existiert, dann Warnhinweis „ <i>Bitte Kodierung überprüfen: Diagnosen dieses Kodes sind in Mitteleuropa sehr selten.</i> “	W	SDICD
491	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001 / 3673) in der SDICD das Element „ <i>geschlechtsbezug_fehlerart</i> “ existiert und der Inhalt von „ <i>geschlechtsbezug_fehlerart</i> “ mit V=„m“ definiert ist, und diese Bedingung nicht mit dem Geschlecht des Patienten (FK 3110) übereinstimmt, muss FK 6008 bzw. 3677 vorhanden sein	W	SDICD
492	Kontext	Wenn zu einer Diagnose (FK 6001 /3673) in der SDICD das Element „ <i>schlüsselnummer_mit_inhalt_belegt</i> “ mit Inhalt „n“ existiert, darf diese nicht übertragen werden	F	SDICD
528	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4, 5, 6	F	
530	erlaubter Inhalt	00, 04	F	
533	erlaubter Inhalt	M, W, U, X, D	F	
536	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58	F	
537	erlaubter Inhalt	≠ T555558879	F	
728	Kontext	Der Inhalt von FK 6001/3673 muss als Element „ <i>icd_code</i> “ und dem Inhalt V=„j“ von Kindelement „ <i>abrechenbar</i> “ in der SDICD vorhanden sein.	F	SDICD
729	Kontext	Wenn zu einer Diagnose (FK 6001 /3673) das Element „ <i>notationskennzeichen</i> “ (SDICD) mit Inhalt „*“ oder „!“ existiert (=Sekundär-code), muss mind. ein ICD-Code FK 6001/3673 ohne „ <i>notationskennzeichen</i> “ (SDICD) oder wenn vorhanden, mit Inhalt „+“ (=Primär-code) vorhanden sein.	F	SDICD
730	Kontext	Der Wert in FK 5098 muss mit einem der Werte aus FK 0201 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von FK 5000 liegt innerhalb von FK 9204 (kadt0)).	F	Prüfung gegen Besa-Satz bei aktuellen Quartalsfällen (nicht bei Vorquartalsfällen)
731	Kontext	Der Wert in FK 5099 muss mit einem der Werte aus FK 0212 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern der Wert in FK 5099 ungleich „999999900“ ist (wenn Inhalt von FK 5000 innerhalb von FK 9204 (kadt0)).	W	Prüfung gegen Besa-Satz bei aktuellen Quartalsfällen (nicht bei Vorquartalsfällen)
761	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6001/3673) in der SDICD die Elemente „ <i>untere_altersgrenze</i> “ und/oder „ <i>obere_altersgrenze</i> “ existieren, dann muss das aus dem Geburtsdatum FK 3103 berechnete Alter ^{*)} oberhalb der „ <i>unteren_altersgrenze</i> “ und unterhalb der „ <i>obere_altersgrenze</i> “ liegen. Der Inhalt von Element „ <i>altersbezug_fehlerart</i> “ ist „k“.	W	SDICD

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		¹⁾ das Höchstalter wird prüfmoduleseitig zu Quartalsbeginn und Mindestalter zu Quartalsende berechnet		
762	Kontext	Der (Ersatz-)wert „888888800“ ist obsolet und als Feldinhalt von FK 0212, 4241, 4242, 5099 unzulässig.	F	
791	Kontext	Falls FK 4109 vorhanden ist, dann müssen die Felder 3006, 3119, 4133 und 4134 vorhanden sein.	F	KVK für GKV-Versicherten unzulässig ab 01.01.2015
814	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = kad0 ist, dann muss der Inhalt des Feldes 9212 der aktuellen Versionsangabe entsprechen.	W	
817	Kontext	Wenn zu einem ICD-Code (Feldinhalt FK 6001 bzw. 3673) in der SDICD das Element „ geschlechtsbezug “ existiert und der Inhalt von Element „ geschlechtsbezug_fehlerart “ = „k“ ist und kein Feld 6008 / 3677 vorhanden ist, dann muss das Geschlecht in FK 3110 (sofern 3110 ≠ U, X, D) zu der Angabe unter Element „geschlechtsbezug“ (SDICD) passen.	W	SDICD
856	Kontext	Wenn der Feldinhalt von FK 6001 = „Z01.7“ ist, dann muss der Feldinhalt von FK 6003 = „G“ sein.	W	
865	Kontext	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp) (FK 3010) >= Anreisetag (FK 4264)	W	
866	Kontext	Wenn die FK 4272 nicht vorhanden ist, dann gilt: Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp) (FK 3010) <= Abreisetag (FK 4265) Wenn die FK 4272 vorhanden ist, dann gilt: Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp) (FK 3010) <= Abreisetag (FK 4277)	W	
867	Kontext	Wenn die Feldkennung 4266 vorhanden ist, dann muss die Feldkennung Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp) (FK 3010) <= Kurabbruch am (FK 4266) sein Wenn die Feldkennung 4278 vorhanden ist, dann muss die Feldkennung Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp) (FK 3010) <= Kurabbruch am als Teil 2 bei Refresher (FK 4278) sein	W	
876	Kontext	Wenn die FK 3010 vorhanden ist, dann muss auch die FK 4109 vorhanden sein.	W	
879	Kontext	Wenn Feld 4272 vorhanden ist, müssen dann dürfen die Felder 4276 und 4277 vorhanden sein.	W	
880	Kontext	Wenn Feld 4272 vorhanden ist, darf das Feld 4278 vorhanden sein.	W	
881	Kontext	Es darf entweder die FK 4262 oder die FK 4272 oder keine gesetzt sein.	W	
882	Kontext	Wenn die FK 4272 vorhanden ist, dann gilt: Das Leistungsdatum (FK 5000) kann in den folgenden Zeiträumen liegen: 1. FK 5000 muss >= FK 4264 und <= 4265 2. FK 5000 muss >= 4276 und <= 4277	W	Bildet den Fall einer Kompaktkur als Refresher ab. Der Versicherte kommt zum ersten sowie zum zweiten Teil der Kur

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
883	Kontext	Wenn die FK 4272 und die FK 4266 vorhanden sind, dann gilt: Das Leistungsdatum (FK 5000) kann in den folgenden Zeiträumen liegen: 1. FK 5000 muss >= FK 4264 und <= 4265 und <= 4266 2. FK 5000 muss >= 4276 und <= 4277 sein	W	Bildet den Fall einer Kompaktkur als Refresher ab. Der Versicherte kommt zum ersten sowie zum zweiten Teil der Kur. Allerdings wird der erste Teil vorzeitig abgebrochen.
884	Kontext	Wenn die FK 4272 und die FK 4278 vorhanden sind, dann gilt: Das Leistungsdatum (FK 5000) kann in den folgenden Zeiträumen liegen: 1. FK 5000 muss >= FK 4264 und <= 4265 2. FK 5000 muss >= 4276 und <= 4277 und <= 4278	W	Bildet den Fall einer Kompaktkur als Refresher ab. Der Versicherte kommt zum ersten sowie zum zweiten Teil der Kur. Allerdings wird der zweite Teil vorzeitig abgebrochen.
885	Kontext	Wenn die FK 4272 und FK 4266 und die FK 4278 vorhanden sind, dann gilt: Das Leistungsdatum (FK 5000) kann in den folgenden Zeiträumen liegen: 1. FK 5000 muss >= FK 4264 und <= 4265 und <= 4266 2. FK 5000 muss >= 4276 und <= 4277 und <= 4278	W	Bildet den Fall einer Kompaktkur als Refresher ab. Der Versicherte kommt zum ersten sowie zum zweiten Teil der Kur. Allerdings werden der erste und zweite Teil abgebrochen.
895	Kontext	Wenn die FK 4112 vorhanden ist, dann dürfen die FK 4109 und FK 3010 und FK 4108 und FK 3006 nicht vorhanden sein.	W	
999*	besondere Hinweise	wird von KV überlesen, kann in jeder Satzart mehrfach vorkommen		Für Praxiscomp. Bei Rücksendung

4.8 Vordruckmuster "Kurarztschein"

Vorderseite Kurarztschein

Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 05.11.2014 Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum		- Kurarztschein - Behandlungsausweis für kurärztliche Behandlung Mitgegebene Original ☐ ☐ ☐ Unterlagen: EKG ☐ Rö ☐ Sono ☐ Keine ☐ Auswertung ☐ ☐ ☐ Relevante Diagnosen / Schädigungen / Funktionsstörungen / Befunde / Risikofaktoren / Regulations- / Befindlichkeitsstörungen _____ _____ _____ _____ Dauermedikation: ☐ Nein ☐ Ja - welche: ● Dauermedikamente sind ausreichend zu verordnen! ● In Behandlung seit: _____ Der Patient ist vorsorgefähig: ☐ Ja ☐ Nein Hinweise / Risiken / Einschränkungen: _____ _____ Verhaltenspräventive Maßnahmen empfohlen? ☐ Ja ☐ Nein _____ _____ Datum Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Von der Krankenkasse auszufüllen ☐ Ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung ☐ Ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten ☐ Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder ☐ Durchführung als Kompaktkur Kurort: _____ Dauer in Wochen: _____ Zur Beachtung für den Versicherten! Bitte den Kurarztschein ca. 1 Woche vor Beginn vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen Bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte für den Kurarzt mitnehmen _____ Datum Krankenkassenstempel und Unterschrift		Verbindliches Muster 5107 (1-2015)	

[illegible]

5 SADT-Datenpaket NRW

5.1 Zielsetzung

Mit dem SADT-Datenpaket wird die Abrechnung von Leistungen nach dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe übertragen.

5.2 Übersicht

Folgende SADT-Sätze sind definiert:

Satzbezeichnung	Satzart
SADT-Datenpaket-Header	sad0
SADT-Datenpaket-Abschluss	sad9
SADT-Ambulante Behandlung	sad1
SADT-Überweisung	sad2
SADT-Belegärztliche Behandlung	sad3

5.3 Anordnung

Reihenfolge, Anzahl und Position der Satzarten innerhalb des SADT-Datenpaketes sind wie folgt:

- Satz "sad0" ist einmal vorhanden.
Er ist als erster Satz des SADT-Datenpaketes abzulegen.
- Sätze "sad1", "sad2", "sad3" folgen auf den Satz "sad0" in beliebiger Anzahl und Reihenfolge.
- Satz "sad9" ist pro SADT-Datenpaket einmal vorhanden.
Er ist als letzter Satz des SADT Datenpaketes abzulegen.

5.4 SADT-Satztabellen

Im Folgenden werden die bereits definierten Sätze beschrieben:

5.4.1 Satzart: SADT-Datenpaket-Header "sad0"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart SADT-Datenpaket-Header „sad0“
0105	1	KBV-Prüfnummer	M		Eindeutige Nummer, die bei der Systemprüfung von der KBV vergeben wird
9102	1	Empfänger	M		UKV-Kennung (eingeschränkt auf KVWL und KVNO)
9212	1	Version der Satzbeschreibung	M		Verbindliche Version der SADT-Satzbeschreibung SADT0125.01
0102	1	Softwareverantwortlicher (SV)	M		vgl. Kapitel 5.5.1
0121	1	Straße des SV	M		
0122	1	PLZ des SV	M		
0123	1	Ort des SV	M		
0124	1	Telefonnummer des SV	M		
0125	1	Telefaxnummer des SV	K		
0111	1	Email-Adresse des SV	K		
0126	1	Regionaler Systembetreuer (SB)	M		vgl. Kapitel 5.5.1
0127	1	Straße des SB	M		
0128	1	PLZ des SB	M		
0129	1	Ort des SB	M		
0130	1	Telefonnummer des SB	M		
0131	1	Telefaxnummer des SB	K		
0103	1	Software	M		Name der zugelassenen Software oder Softwarevariante. Bei Einsatz einer Softwarevariante ist deren Name zu hinterlegen.
0132	1	Release-Stand der Software	K		
9122	1	Erstellungsdatum SADT-Datenpaket	K		
9204	1	Abrechnungsquartal	M		
9250	n	AVWG-Prüfnummer der AVS	K		Prüfnummer der eingesetzten Arzneimittelverordnungssoftware, falls vorhanden
9251	n	HMV-Prüfnummer	K		

5.4.2 Satzart: SADT-Datenpaket-Abschluss "sad9"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart SADT-Datenpaket-Abschluss „sad9“

5.4.3 Satzart: SADT-ambulante Behandlung "sad1"

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart „sad1“
3005	1	Kennziffer SA	M		
4101	1	Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4104	1	Abrechnungs-VKNR	M		
4111	1	Kostentraegerkennung	M		Verkettung ('10', Stellen 9 – 15 aus FK 3005) ¹² ,
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001	n	GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5009	n	freier Begründungstext	k		
5012	n	Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		
5011	n	Sachkosten-Bezeichnung	m		
5076	1	Rechnungsnummer	k		
5098	1	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	M	Regel 732	
5099	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	M	Regel 733	

5.4.4 Satzart: SADT-Überweisung "sad2"

FK	Vorkommen 1 2 3 4	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart „sad2“
3005	1	Kennziffer SA	M		
4101	1	Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4104	1	Abrechnungs-VKNR	M		
4111	1	Kostentraegerkennung	M		Verkettung ('10', Stellen 9 – 15 aus FK 3005)
4205	n	Auftrag	M		
4218	1	(N)BSNR des Überweisers	M		(Neben-)Betriebsstätten Nummer des überweisenden <u>Vertragsarztes</u>
4242	1	Lebenslange Arztnummer des Überweisers	m		
4220	1	Überweisung an	M		Fachgruppe verbal oder Name des Arztes
5000	n	Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001	n	GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5009	n	freier Begründungstext	k		
5012	n	Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		

¹² CONCAT-Methode

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
5011			n		Sachkosten-Bezeichnung	m		
5076			1		Rechnungsnummer	k		
5098			1		(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	M	Regel 732	
5099			1		Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	M	Regel 733	

5.4.5 Satzart: SADT-belegärztliche Behandlung "sad3"

FK	Vorkommen				Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4				
8000	1				Satzart	M		Satzart „sad3“
3005	1				Kennziffer SA	M		
4101	1				Quartal	M		Quartal des Behandlungsfalles, QJJJJ
4104	1				Abrechnungs-VKNR	M		
4111	1				Kostentraegerkennung	M		Verkettung ('10', Stellen 9 – 15 aus FK 3005)
5000	n				Leistungstag	M		Datum der erbrachten Leistung
5001		n			GNR	m		Gebührennummer, vgl. Kapitel 4.5.1
5009			n		freier Begründungstext	k		
5012			n		Sachkosten/Materialkosten in Cent	k		
5011			n		Sachkosten-Bezeichnung	m		
5076			1		Rechnungsnummer	k		
5098			1		(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	M	Regel 732	
5099			1		Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	M	Regel 733	

5.5 Anforderungen an die Datenqualität

Eine kontinuierliche Erweiterung der Kriterien ist geplant. Deren schrittweise Einführung ist abhängig von den Möglichkeiten der direkten Überprüfung. Es werden prinzipiell nur solche Vorgaben gemacht, die beim Eingang der Daten in der Kassenärztlichen Vereinigung auch programmtechnisch kontrolliert werden können.

5.5.1 SADT-Feldtabelle

Die Feldtabelle dient der Prüfung der Feldinhalte. Einige Prüfungen können sofort anhand der Eintragung in dieser Tabelle durchgeführt werden, während zu weiteren Prüfungen in die SADT-Regeltabelle bzw. in untergeordnete Tabellen verzweigt werden muss. In der Feldtabelle ist jeder Eintrag eindeutig einem Feld zugeordnet. Die Einträge „kvxn“ (n= 0,1,2,3) sind ein Verweis auf die KV-Spezifika-Stammdatei.

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
0102	Softwareverantwortlicher (SV)	≤ 60	a			KBV Arztsoftware GmbH
0103	Software	≤ 60	a			DOCSFUN
0105	KBV-Prüfnummer	15 – 17	a	052 204 213		X/1/1401/36/id9
0111	Email-Adresse des SV	≤ 60	a			test@kbv.de
0121	Straße des SV	≤ 60	a			Ottostr. 1
0122	PLZ des SV	≤ 7	a			56070
0123	Ort des SV	≤ 60	a			Koblenz
0124	Telefonnummer des SV	≤ 60	a			0261/4094
0125	Telefaxnummer des SV	≤ 60	a			0261/40943
0126	Regionaler Systembetreuer (SB)	≤ 60	a			Fa. Datasoft
0127	Straße des SB	≤ 60	a			Dürener Str. 322
0128	PLZ des SB	≤ 7	a			50859
0129	Ort des SB	≤ 60	a			Köln
0130	Telefonnummer des SB	≤ 60	a			0221/10002
0131	Telefaxnummer des SB	≤ 60	a			0221/34893
0132	Release-Stand der Software	≤ 60	a			2.52b
3005	Kennziffer SA	≤ 27	a	048 709		
4101	Quartal	5	n	016 324 kvx0		
4104	Abrechnungs-VKNR	5	n	017 201 212		27106
4111	Kostentraegerkennung	9	n	202		101568008
4205	Auftrag	≤ 60	a			
4218	(N)BSNR des Überweisers	9	n	049		
4242	lebenslange Arztnummer des Überweisers	9	n	050 762		
4220	Überweisung an	≤ 60	a			Radiologen
5000	Leistungstag	8	d	304 324		
5001	Gebührennummer (GNR)	5, 6	a	203		13100
5009	freier Begründungstext	≤ 60	a			Neuerkrankung
5011	Sachkosten-Bezeichnung	≤ 60	a			Norm-Silberstift
5012	Sachkosten / Materialkosten in Cent	≤ 10	n	710		12345
5076	Rechnungsnummer	≤ 20	a			
5098	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	9	n	049 732		
5099	Lebenslange Arztnummer (LANR) des	9	n	050 733 762		

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
	Vertragsarztes/Vertrags- psychotherapeuten					
8000	Satzart	4	a	523	sad0 = SADT-Datenpaket-Header sad9 = SADT-Datenpaket-Abschluss sad1 = SADT-ambulante Behandlung sad2 = SADT-Überweisung sad3 = SADT-belegärztliche Behandlung	
9102	Empfänger	2	n	524 kvx0	18 = Dortmund 19 = Münster 20 = Dortmund 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = Linker Niederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land	27
9122	Erstellungsdatum SADT-Datenpaket	8	d			
9204	Abrechnungsquartal	5	n	016		22020
9212	Version der Satzbeschreibung	≤ 11	a	031 815		
9250	AVWG-Prüfnummer der AVS	15-17	a	052 204		Y/1/1901/36/id9
9251	HMV-Prüfnummer	15-17	a	052 204		Y/2/1912/36/xxx
9901	Systeminterner Parameter	≤ 60	a	999		abcd/q<rs

5.5.2 SADT-Regeltabelle

Die mit Sternchen (*) gekennzeichneten Regeln sind nur für die Fallaufbereitungs-Software der Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht für die Abrechnungssoftware relevant.

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
016	Format	QJJJJ	F	Q = Quartal, JJJJ = Jahr
017	Format	nnmmm	F	nn = KV-Kennung mmm = Seriennummer Wertebereich nn: 01 = KV Schleswig-Holstein 02 = KV Hamburg 03 = KV Bremen 06 = Aurich 07 = Braunschweig 08 = Göttingen 09 = Hannover 10 = Hildesheim 11 = Lüneburg 12 = Oldenburg 13 = Osnabrück 14 = Stade 15 = Verden 16 = Wilhelmshaven 17 = KV Niedersachsen 18 = Dortmund 19 = Münster 20 = KV Westfalen-Lippe 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = LinkerNiederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land 38 = KV Nordrhein 39 = Darmstadt 40 = Frankfurt/Main 41 = Gießen 42 = Kassel 43 = Limburg 44 = Marburg 45 = Wiesbaden 46 = KV Hessen 47 = Koblenz 48 = Rheinhessen 49 = Pfalz 50 = Trier 51 = KV-Rheinland-Pfalz 52 = KV Baden-Württemberg 53 = Mannheim 54 = Pforzheim 55 = Karlsruhe 56 = Baden-Baden 57 = Freiburg 58 = Konstanz 59 = Offenburg 60 = Freiburg 61 = Stuttgart

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf- status	Erläuterung
				62 = Reutlingen 63 = München Stadt und Land 64 = Oberbayern 65 = Oberfranken 66 = Mittelfranken 67 = Unterfranken 68 = Oberpfalz 69 = Niederbayern 70 = Schwaben 71 = KV Bayerns 72 = KV Berlin 73 = KV Saarland 74 = KBV 78 = KV Mecklenburg-Vorpommern 79 = Potsdam 80 = Cottbus 81 = Frankfurt/Oder 83 = KV Brandenburg 85 = Magdeburg 86 = Halle 87 = Dessau 88 = KV Sachsen-Anhalt 89 = Erfurt 90 = Gera 91 = Suhl 93 = KV Thüringen 94 = Chemnitz 95 = Dresden 96 = Leipzig 98 = KV Sachsen 99 = KBV-Pseudo-Nummer
031	Format	[a]aaaMMJJ.nn	F	[a]aaa = Datenpaketkürzel, MM = Monat, JJ = Jahr, nn = Unterversionsnummer
048	Format	ndddddnnnnnnnnnnnnna[a][a][a][a] <u>erlaubte Inhalte:</u> Stelle 1 0, 1 Stellen 2-7 TTMMJJ Stellen 8-20 numerisch Stellen 21-27 alphanumerisch	F	
049	Format	kknmmmm mit kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 mm = [undefiniert]	F	
050	Format	nnnnnnmff mit m = Prüfziffer, wobei „nnnnn“ ungleich „55555“ sein muss ff = erlaubter Inhalt gemäß Anlage 35 des BAR-Schlüsselverzeichnisses, tolerierter Ersatzwert für die Ziffern 8 – 9: 00	F	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ⁵
052	Format	a/n[n]/JJMM/nn/aaa	F	a = [V, X, Y, Z] n = numerisch JJ = Jahr MM = Monat aaa = alphanumerisch

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
162	erlaubter Inhalt	01-03, 06-21, 24, 25, 27, 28, 31, 37-73, 78-81, 83, 85-88, 93-96, 98, 99	F	Zulässige UKV-/OKV-Kennungen in den Betriebsstättennummern + Knappschaft
201	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Abrechnungs-VKNR vorhanden und 5-stellig
202	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Krankenkassennummer (IK)
203*	Existenzprüfung	GO-Stammdatei	-	
204#	Existenzprüfung	Anbieterstammdatei	W	Prüfnummer existent und gültig
212	erlaubter Inhalt	≠ 74799	F	Der Kostenträger mit der VKNR 74799 darf in der Abrechnung <u>nicht</u> an die KVen übermittelt werden
213#	Existenzprüfung	Anbieterstammdatei	F	Erweiterte Existenzprüfung: Falls Prüfnummer nicht existent in Anbieterstammdatei, dann gilt: (Angabe 1.Monat der Gültigkeit (/JJMM/)+ Gültigkeitsdauer in Monaten (/MM) + 12 Monate) > = Angabe in Feld „Abrechnungsquartal“ (FK 9204)
304	Kontext	Datum ≤ Maschinendatum	F	Vermeidung von Fehleingaben
324	Kontext	Der Inhalt des Feldes 5000 muss in dem umschriebenen Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe des Quartals (4101) definiert ist	F	
523	erlaubter Inhalt	sad0, sad9, sad1, sad2, sad3	F	
524	erlaubter Inhalt	18, 19, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 31, 37,	F	<u>Empfänger der Abrechnung:</u> UKV-Kennung
709	Kontext	Wenn die 1. Stelle von FK 3005 = „0“, dann keine Abrechnung über SADT möglich.	W	Der Schein ist dann direkt mit dem Kostenträger abzurechnen.
710	Kontext	Inhalt von FK 5012 ≤ 999999	W	Prüfung auf realistische Sachkosten
732	Kontext	Der Wert in FK 5098 muss mit einem der Werte aus FK 0201 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern kein Vorquartalsfall vorliegt (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (sad0)).	F	Keine Prüfung gegen Besa-Satz bei Nachzüglerfällen.
733	Kontext	Der Wert in FK 5099 muss mit einem der Werte aus FK 0212 (SA „besa“) übereinstimmen, sofern der Wert in FK 5099 ungleich „999999900“ (Inhalt von FK 4101 = FK 9204 (sad0))	F	Keine Prüfung gegen Besa-Satz bei Nachzüglerfällen.
762	Kontext	Der (Ersatz-)wert „888888800“ ist obsolet und als Feldinhalt von FK 0212, 4241, 4242, 5099 unzulässig.	F	
815	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = sad0 ist, dann muss der Inhalt des Feldes 9212 der aktuellen Versionsangabe entsprechen.	W	
999*	besondere Hinweise	wird von KV überlesen, kann in jeder Satzart mehrfach vorkommen		Für Praxiscomp. Bei Rücksendung

6 Hybrid-DRG Datenpaket

6.1 Zielsetzung

Mit dem Hybrid-DRG-Datenpaket kann die Abrechnung von Hybrid-DRG-Leistungen gemäß der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung siehe <https://recht.bund.de/bgbl/1/2023/380/VO>) an die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werden.

6.2 Einsatzzwecke des Datenpaketes

Abrechnungsdateien gemäß dem Hybrid-DRG Datenpaket dürfen ausschließlich zur Abrechnung von Hybrid-DRG Leistungen zwischen Arztpraxen und Kassenärztlichen Vereinigungen eingesetzt werden.

6.3 Übersicht

Folgende Hybrid-DRG-Sätze sind definiert:

Satzbezeichnung	Satzart
Hybrid-DRG - Datenpaket-Header	hdrg0
Hybrid-DRG - Datenpaket-Abschluss	hdrg9
Hybrid-DRG - Datenpaket	hdrg1

6.4 Anordnung

Reihenfolge, Anzahl und Position der Satzarten bzw. Datenpakete in einer Datei sind wie folgt:

1. Satz "con0" ist pro Datei einmal vorhanden. Er ist als erster Satz abzulegen.
2. Datenpakete
 - a. Satz "hdrg0" ist einmal vorhanden. Er ist als erster Satz des Hybrid-DRG-Datenpaketes abzulegen.
 - b. Satz "hdrg1" folgt auf den Satz "hdrg0" in beliebiger Anzahl.
3. Satz "hdrg9" ist pro Hybrid-DRG-Datenpaket einmal vorhanden. Er ist als letzter Satz des Hybrid-DRG-Datenpaketes abzulegen.
4. Satz "con9" ist pro Datei einmal vorhanden. Er ist als letzter Satz der Datei abzulegen.

6.5 Hybrid-DRG-Satztabellen

Im Folgenden werden die bereits definierten Sätze beschrieben:

6.5.1 Satzart: Hybrid-DRG-Datenpaket-Header "hdrg0"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart HDRG-Datenpaket-Header
0105	1	KBV-Prüfnummer	K		Eindeutige Nummer, die bei der Systemprüfung von der KBV vergeben wird

9212	1	Version der Satzbeschreibung	M		Verbindliche Version der HDRG-Satzbeschreibung HDRG0125.01 HDRG0425.01
0103	1	Software	M		Name der zugelassenen Software oder Softwarevariante. Bei Einsatz einer Softwarevariante ist deren Name zu hinterlegen.
0132	1	Release-Stand der Software	K		
0104	1	Grouper-Software	K		Namen des eingesetzten Grouper-Software
9117	1	Erstellungsdatum Hybrid-DRG-Datenpaket	K		

6.5.2 Satzart: HDRG-Datenpaket-Abschluss "hdrg9"

FK	Vorkommen 1 2 3	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart HDRG-Datenpaket-Abschluss

6.5.3 Satzart: HDRG "hdrg1"

FK	Vorkommen 1 2 3 4 5	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
8000	1	Satzart	M		Satzart Hybrid-DRG
3000	1	Patientennummer	K		vgl. Kapitel 7
3006	1	CDM Version	m	Regel 307	vgl. Kapitel 7
3010	1	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	m	falls eGK eingelesen wurde und falls Datensatz, der zum Nachweis einer durchgeführten Onlineprüfung und -aktualisierung auf der eGK gespeichert wurde, vorhanden Regel 876	vgl. Kapitel 7
3011	1	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	m		vgl. Kapitel 7
3012	1	Error-Code	k		vgl. Kapitel 7
3013	1	Prüfziffer des Fachdienstes	k		vgl. Kapitel 7
3100	1	Namenszusatz	K		vgl. Kapitel 7
3120	1	Vorsatzwort	K		vgl. Kapitel 7
3101	1	Name	M		
3102	1	Vorname	M		

FK	Vorkommen					Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
	1	2	3	4	5				
3103	1					Geburtsdatum	M		vgl. Kapitel 7
3104	1					Titel	K		
3105	1					Versichertennummer	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3119	1					Versicherten_ID	m	Regel 776	vgl. Kapitel 7
3107	1					Straße	K		Straße der Patientenadresse
3109	1					Hausnummer	K		Hausnummer der Patientenadresse
3115	1					Anschriftenzusatz	K		
3112	1					PLZ	K		PLZ der Patientenadresse
3114	1					Wohnsitzlaendercode	K		vgl. Kapitel 7
3113	1					Ort	K		Ort der Patientenadresse
3121	1					PostfachPLZ	K		PLZ der Postfachadresse
3122	1					PostfachOrt	K		Ort der Postfachadresse
3123	1					Postfach	K		
3124	1					PostfachWohnsitzlaendercode	K		vgl. Kapitel 7
3116	1					WOP	K		
3108	1					Versichertenart	M		
3110	1					Geschlecht	M		
3111	1					Aufnahmegewicht	k		Aufnahmegewicht in Gramm bei Kleinkindern bis zu 1 Jahr
4104	1					Abrechnungs-VKNR	M		
4106	1					Kostenträger-Abrechnungsbe- reich (KTAB)	M		
4109	1					Letzter Einlesetag der Versi- chertenkarte im Quartal	m	falls Versi- cherten- karte einge- lesen wurde Regel 876	
4112	1					eEB vorhanden	K	Regel 895	
4133	1					VersicherungsschutzBeginn	m		
4110	1					VersicherungsschutzEnde	K		vgl. Kapitel 7
4111	1					Kostentraegerkennung	M		
4131	1					BesonderePersonengruppe	M		
4132	1					DMP_Kennzeichnung	M		
4124	1					SKT-Zusatzangaben	K		
4125	1					Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	K		Eintrag "Gültigkeits-zeit- raum"
4126	n					SKT-Bemerkungen	K		
4218	1					(N)BSNR des Überweisers	K		
4242	1					Lebenslange Arztnummer des Überweisers	m		
5027	1					Hybrid-DRG Leistung	M		
5028	1					Datum Beginn der Leistung	M		

FK	Vorkommen 1 2 3 4 5	Feldbezeichnung	Feldart	Bedingung	Erläuterung
5029	1	Datum Ende der Leistung	M		
5030	1	Beatmungsstunden	K		
5009	n	freier Begründungstext	K		Dokumentation der Abrechnungsbegründung
5034	1	OP-Datum	K		
5035	n	OP-Schlüssel	M		
5041	1	Seitenlokalisierung OPS	k		
5098	1	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	M		
5099	1	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	M		
6009	1	Hauptdiagnose (ICD-10-GM-Kode)	M		
6010	1	Seitenlokalisierung Hauptdiagnose	K		
6011	n	Nebendiagnose (ICD-10-GM-Kode)	k		
6012	1	Seitenlokalisierung Nebendiagnose	k		

6.5.4 HDRG-Feldtabelle

Die Feldtabelle dient der Prüfung der Feldinhalte. Einige Prüfungen können sofort anhand der Eintragung in dieser Tabelle durchgeführt werden, während zu weiteren Prüfungen in die HDRG-Regeltabelle bzw. in untergeordnete Tabellen verzweigt werden muss. In der Feldtabelle ist jeder Eintrag eindeutig einem Feld zugeordnet.

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
0103	Software	≤ 60	a			DOCSFUN
0104	Grouper-Software	≤ 60	a			
0105	KBV-Prüfnummer	15 -17	a	052		X/1401/36/id9
0132	Release-Stand der Software	≤ 60	a			2.52b
3000	Patientennummer	≤ 20	a			2002
3006	CDM Version	5-11	a	055 308 790		5.2.0
3010	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	14	n	060 876		20191024101010
3011	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	1	n	528	1 = Aktualisierung VSD auf eGK durchgeführt 2 = Keine Aktualisierung VSD auf eGK erforderlich 3 = Aktualisierung VSD auf eGK technisch nicht möglich 4 = Authentifizierungszertifikat eGK ungültig 5 = Onlineprüfung des Authentifizierungszertifikats technisch nicht möglich	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
					6 = Aktualisierung VSD auf eGK technisch nicht möglich und maximaler Offline-Zeitraum überschritten	
3012	Error-Code	≤ 5	n			12101
3013	Prüfziffer des Fachdienstes	≤ 128	a			
3100	Namenszusatz	≤ 20	a			Herzogin
3101	Name	≤ 45	a			Schmitz
3102	Vorname	≤ 45	a			Erna
3103	Geburtsdatum	8	n	021 304 314 390		19661024
3104	Titel	≤ 20	a			Dr.
3105	Versichertennummer	6-12	n	053 776		1234567890
3107	Straße	≤ 46	a			Holzweg
3108	Versichertenart	1	n	116	1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner	3
3109	Hausnummer	≤ 9	a			
3110	Geschlecht	1	a	538	M = männlich W = weiblich X = unbestimmt D = divers	
3111	Aufnahmegewicht	≤ 5	n	390		3200
3112	PLZ	≤ 10	a			50859
3113	Ort	≤ 40	a			Köln
3114	Wohnsitzlaendercode	≤ 3	a			
3115	Anschriftenzusatz	≤ 40	a			
3116	WOP	2	n		00 = Dummy bei eGK 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen (47 = Koblenz) (48 = Rheinhessen) (49 = Pfalz) (50 = Trier) 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg (55 = Nordbaden) (60 = Südbaden) (61 = Nordwürttemberg) (62 = Südwürttemberg) 71 = Bayern 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen	() fusioniert, teilweise aber noch in Gebrauch (bspw. KVK-WOP)
3119	Versicherten_ID	10	a	054	≠ T555558879	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
				776 537		
3120	Vorsatzwort	≤ 20	a			bei der
3121	PostfachPLZ	≤ 10	a			
3122	PostfachOrt	≤ 40	a			
3123	Postfach	≤ 8	a			
3124	PostfachWohnsitzlaendercode	≤ 3	a			
4104	Abrechnungs-VKNR	5	n	017 201 212 790		27106
4106	Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	2	n	174 778 779 780 818 827	00 = Primärabrechnung 01 = Sozialversicherungsabkommen (SVA) 02 = Bundesversorgungsgesetz (BVG) 03 = Bundesentschädigungsgesetz (BEG) 04 = Grenzgänger (GG) 05 = Rheinschiffer (RHS) 06 = Sozialhilfeträger, ohne Asylstellen (SHT) 07 = Bundesvertriebenengesetz (BVFG) 08 = Asylstellen (AS) 09 = Schwangerschaftsabbrüche	00
4109	Letzter Einlesetag der Versichertenkarte im Quartal	8	d	776 790 876		20210505
4110	VersicherungsschutzEnde	8	d	321		20201010
4111	Kostentraegererkennung	9	n	202		101568008
4112	eEB vorhanden	1	n	142 895	1 = ja	
4124	SKT-Zusatzangaben	5 ≤ 60	a	734		Österreich
4125	Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	16	n	058 364 365 366		2019100120191015
4126	SKT-Bemerkungen	≤ 60	a			
4131	BesonderePersonengruppe	2	a	534 778 779 780 818 827	00 = keine Besondere Personengruppe (Defaultwert) 04 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V 06 = SER (Soziales Entschädigungsrecht) ¹³ 07 = SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: - Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand 08 = SVA-Kennzeichnung, pauschal 09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)	
4132	DMP_Kennzeichnung	2	a	536	00 = kein DMP-Kennzeichnen (Defaultwert) 01 = Diabetes mellitus Typ 2 02 = Brustkrebs 03 = Koronare Herzkrankheit	

¹³ ehemals BVG

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Regel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
					04 = Diabetes mellitus Typ 1 05 = Asthma bronchiale 06 = COPD (chronic obstructive pulmonary disease) 07 = Chronische Herzinsuffizienz 08 = Depression 09 = Rückenschmerz 10 = Rheuma 11 = Osteoporose 12 = Adipositas 30 = Diabetes Typ 2 und KHK 31 = Asthma und Diabetes Typ 2 32 = COPD und Diabetes Typ 2 33 = COPD und KHK 34 = COPD, Diabetes Typ 2 und KHK 35 = Asthma und KHK 36 = Asthma, Diabetes Typ 2 und KHK 37 = Brustkrebs und Diabetes Typ 2 38 = Diabetes Typ 1 und KHK 39 = Asthma und Diabetes Typ 1 40 = Asthma und Brustkrebs 41 = Brustkrebs und KHK 42 = Brustkrebs und COPD 43 = COPD und Diabetes Typ 1 44 = Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK 45 = Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 2 46 = Brustkrebs und Diabetes Typ 1 47 = COPD, Diabetes Typ 1 und KHK 48 = Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 2 49 = Asthma, Diabetes Typ 1 und KHK 50 = Asthma, Brustkrebs und KHK 51 = Brustkrebs, COPD und KHK 52 = Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 2 und KHK 53 = Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 2 und KHK 54 = Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK 55 = Asthma, Brustkrebs und Diabetes Typ 1 56 = Asthma, Brustkrebs, Diabetes Typ 1 und KHK 57 = Brustkrebs, COPD und Diabetes Typ 1 58 = Brustkrebs, COPD, Diabetes Typ 1 und KHK	
4133	VersicherungsschutzBeginn	8	d	322 775		
4218	(N)BSNR des Überweisers	9	n	(049)		
4242	Lebenslange Arztnummer des Überweisers	9	n	056 764		
5009	freier Begründungstext	≤ 60	a			Dokumentation der Abrechnungsbegründung
5027	Hybrid-DRG Leistung	4	a	066 221		G24M
5028	Datum Beginn der Leistung	8	d	365 390		20240502
5029	Datum Ende der Leistung	8	d	366		20240503
5030	Beatmungstunden	≤4	n			3

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Re- gel	Erlaubte Inhalte und deren Bedeutung	Beispiel
5034	OP-Datum	8	d	314 321 322 364		20191003
5035	OP-Schlüssel	≤ 8	a	046		5-301.1
5041	Seitenlokalisation OPS	1	a	110		R
5098	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	9	n	(049)		
5099	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten	9	n	(056) 764		
6009	Hauptdiagnose (ICD-10-GM-Kode)	3, 5, 6	a	024 493 494 498 499 735 737		J09.6
6010	Seitenlokalisation Hauptdiagnose	1	a	110	R = rechts L = links B = beidseitig	
6011	Nebendiagnose (ICD-10-GM-Kode)	3, 5, 6	a	024 493 494 498 499 735 737		
6012	Seitenlokalisation Nebendiagnose	1	a	110	R = rechts L = links B = beidseitig	
8000	Satzart	5	a	623 824	hdrg0 = Hybrid-DRG -Datenpaket-Header hdrg9 = Hybrid-DRG -Datenpaket-Abschluss hdrg1 = Hybrid-DRG	
9117	Erstellungsdatum Hybrid-DRG-Datenpaket	8	d			20240502
9212	Version der Satzbeschreibung	≤ 11	a	031 824		
9901	Systeminterner Parameter	≤ 60	a	999*		abcd/q<rs

6.5.5 HDRG-Regeltabelle

Die mit Sternchen (*) gekennzeichneten Regeln sind nur für die Fallaufbereitungs-Software der Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht für die Abrechnungssoftware relevant.

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf- status	Erläuterung
017	Format	nnmmmm	F	nn = KV-Kennung mmm = Seriennummer Wertebereich nn: 01 = KV Schleswig-Holstein 02 = KV Hamburg 03 = KV Bremen

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf- status	Erläuterung
				06 = Aurich 07 = Braunschweig 08 = Göttingen 09 = Hannover 10 = Hildesheim 11 = Lüneburg 12 = Oldenburg 13 = Osnabrück 14 = Stade 15 = Verden 16 = Wilhelmshaven 17 = KV Niedersachsen 18 = Dortmund 19 = Münster 20 = KV Westfalen-Lippe 21 = Aachen 24 = Düsseldorf 25 = Duisburg 27 = Köln 28 = Linker Niederrhein 31 = Ruhr 37 = Bergisch-Land 38 = KV Nordrhein 39 = Darmstadt 40 = Frankfurt/Main 41 = Gießen 42 = Kassel 43 = Limburg 44 = Marburg 45 = Wiesbaden 46 = KV Hessen 47 = Koblenz 48 = Rheinhessen 49 = Pfalz 50 = Trier 51 = KV Rheinland-Pfalz 52 = KV Baden-Württemberg 53 = Mannheim 54 = Pforzheim 55 = Karlsruhe 56 = Baden-Baden 57 = Freiburg 58 = Konstanz 59 = Offenburg 60 = Freiburg 61 = Stuttgart 62 = Reutlingen 63 = München Stadt und Land 64 = Oberbayern 65 = Oberfranken 66 = Mittelfranken 67 = Unterfranken 68 = Oberpfalz 69 = Niederbayern 70 = Schwaben 71 = KV Bayerns 72 = KV Berlin 73 = KV Saarland

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
				74 = KBV 78 = KV Mecklenburg-Vorpommern 79 = Potsdam 80 = Cottbus 81 = Frankfurt/Oder 83 = KV Brandenburg 85 = Magdeburg 86 = Halle 87 = Dessau 88 = KV Sachsen-Anhalt 89 = Erfurt 90 = Gera 91 = Suhl 93 = KV Thüringen 94 = Chemnitz 95 = Dresden 96 = Leipzig 98 = KV Sachsen 99 = KBV-Pseudo-Nummer
021	Format	JJJJMMTT	F	TT=Tag; MM=Monat; JJJJ=Jahr zusätzlich erlaubter Wertebereich: JJJJMM00, JJJJ0000, 00000000
024	Format	ann, ann.n, ann.nn	F	
031	Format	[a]aaaMMJJ.nn	F	[a]aaa = Datenpaketkürzel, MM = Monat, JJ = Jahr, nn = Unterversionsnummer
046	Format	n-anna[.][a][a]	F	n – numerisch a – alphanumerisch [] – optional
049	Format	Kknennmm mit kk = erlaubter Inhalt gemäß Regel 162 nnnnn = Seriennummer mm = [undefiniert]	F	
052	Format	a/n[n]/JJMM/nn/aaaa	F	a = [V, X, Y, Z]
053	Format	nnnnnn[n][n][n][n][n]	F	n = numerisch
054	Format	annnnnnnnP	F	a = A-Z (ohne Umlaute) n = numerisch P = Prüfziffer, numerisch Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. Erläuterung auf Seite 127
055	Format	n[n][n].n[n][n].n[n][n]	F	n = numerisch
056	Format	nnnnnnmff mit nnnnnn = ID, wobei „nnnnnn“ ungleich „555555“ sein muss m = Prüfziffer ff = erlaubter Inhalt gemäß Anlage 35 des BAR- Schlüsselverzeichnis, tolerierter Ersatzwert für die Ziffern 8 - 9: 00	W	Verfahren zur Bestimmung der Prüfziffer vgl. ⁵
058	Format	JJJJMMTTJJJJMMTT	F	TT = Tag, MM = Monat, JJJJ = Jahr
060	Format	JJJJMMTTThhmmss	F	JJJJ = Jahr, MM = Monat, TT = Tag, hh = Stunde, mm = Minute, ss = Sekunde
066	Format	anna	F	a = A-Z (ohne Umlaute) [nur Großbuch- staben] n = numerisch (0-9)
110	erlaubter Inhalt	R, L, B	F	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
116	erlaubter Inhalt	1, 3, 5	F	
142	erlaubter Inhalt	1	F	
162	erlaubter Inhalt	01-03, 06-21, 24, 25, 27, 28, 31, 37-73, 78-81, 83, 85-88, 93-96, 98, 99	F	UKV/OKV-Kennung in der Betriebsstättennummer + Knappschaft
174	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09	F	
201	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Abrechnungs-VKNR vorhanden und 5-stellig
202	Existenzprüfung	Kassendatei	I	Krankenkassennummer (IK) vorhanden und 9-stellig
212	erlaubter Inhalt	≠ 74799	F	Der Kostenträger mit der VKNR 74799 darf in der Abrechnung nicht an die KVen übermittelt werden
221	Existenzprüfung	Prüfung, ob der übermittelte Wert in der Stammdatei für Hybrid-DRGs (SDHDRG) enthalten ist.	W	
304	Kontext	Datum ≤ Maschinendatum	F	Vermeidung von Fehleingaben
307	Kontext	Wenn FK 4109 und FK 3119 vorhanden sind, muss FK 3006 vorhanden sein.	W	Erläuterung auf Seite 124
308	Kontext	Feldinhalt von FK 3006 ≥ 5.2.0	W	
314	Kontext	Geburtsdatum (FK 3103) ≤ OP-Datum (FK 5034)	W	Vermeidung von Fehleingaben
321	Kontext	Falls FK 4110 vorhanden ist, dann gilt: OP-Datum (FK 5034) ≤ Versicherungsschutz Ende (FK 4110)	W	Vermeidung von Fehleingaben
322	Kontext	Falls FK 4133 vorhanden ist, dann gilt: OP-Datum (FK 5034) ≥ Versicherungsschutz Beginn (FK 4133)	W	Vermeidung von Fehleingaben
364	Kontext	Wenn das Feld 4125 vorhanden ist, dann muss das Datum des Feldes 5034 (OP-Datum) in dem Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe in Feld 4125 (Gültigkeitszeitraum von ... bis ...) definiert ist.	W	Vermeidung von Fehleingaben
365	Kontext	Wenn das Feld 4125 vorhanden ist, dann muss das Datum des Feldes 5028 (Datum Beginn der Leistung) in dem Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe in Feld 4125 (Gültigkeitszeitraum von ... bis ...) definiert ist.	W	Vermeidung von Fehleingaben
366	Kontext	Wenn das Feld 4125 vorhanden ist, dann muss das Datum des Feldes 5029 (Datum Ende der Leistung) in dem Zeitraum liegen, welcher durch die Angabe in Feld 4125 (Gültigkeitszeitraum von ... bis ...) definiert ist.	W	Vermeidung von Fehleingaben
390	Kontext	Wenn das Alter des Versicherten ≤ 1 Jahr (FK 5028 (Datum Beginn der Leistung) - FK 3103 (Geburtsdatum)) ist, muss das Feld 3111 (Aufnahmegewicht) vorhanden sein.	W	
493	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6009/ 6011) in der SDICD die Elemente „untere_altersgrenze“ und/oder „obere_altersgrenze“ existieren, dann muss das aus dem Geburtsdatum FK 3103 berechnete Alter*) oberhalb der „unteren_altersgrenze“ und unterhalb der „oberen_altersgrenze“ liegen. Der Inhalt von Element „altersbezug_fehlerart“ ist „m“. *) das Höchstalter wird prüfmoduleseitig zum Datum Beginn der Leistung (5028) und das Mindestalter zum Datum Ende der Leistung (5029) berechnet	W	SDICD
494	Kontext	Wenn zu dem ICD-Code (FK 6009/ 6011) in der SDICD das Element „krankheit_in_mitteuropa_sehr_selten“ mit Inhalt V=„j“ existiert, dann Warnhinweis „Bitte Kodierung überprüfen: Diagnosen dieses Codes sind in Mitteleuropa sehr selten.“	W	SDICD
498	Kontext	Wenn zu einer Diagnose (FK 6009/ 6011) in der SDICD das Element	F	SDICD

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
		„schlüsselnummer_mit_inhalt_belegt“ mit Inhalt „n“ existiert, darf diese nicht übertragen werden		
499	Kontext	Der Inhalt von FK 6009/ 6011 muss als Element „icd_code“ und dem Kindelement „abrechenbar“ mit dem Inhalt V=„j“ in der SDICD vorhanden sein.	F	SDICD
528	erlaubter Inhalt	1, 2, 3, 4, 5, 6	F	
538	erlaubter Inhalt	M, W, X, D	F	
534	erlaubter Inhalt	00, 04, 06, 07, 08, 09	F	
536	erlaubter Inhalt	00, 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58	F	
537	erlaubter Inhalt	≠ T555558879	F	
623	erlaubter Inhalt	hdrg0, hdrg9, hdrg1	F	
735	Kontext	Wenn zu einer Diagnose (FK 6009/ 6011) das Element „notationskennzeichen“ (SDICD) mit Inhalt „*“ oder „!“ existiert (=Sekundärkode), muss mind. ein ICD-Code FK 6009 / 6011 ohne „notationskennzeichen“ (SDICD) oder wenn vorhanden, mit Inhalt „+“ (=Primärkode) vorhanden sein	F	SDICD
734	Kontext	Wenn der Kostenträger der KT-Gruppe 75 entspricht (Element /kostentraegergruppe (kts)), dann muss der Inhalt des Feldes 4124 dem Format „TTMMJJannnnn“ entsprechen.	W	Plausibilitätsprüfung der Personenkennziffer bei dem bundesweiten SKT Bundeswehr
764	Kontext	Der (Ersatz-)wert „888888800“ ist obsolet und als Feldinhalt von 4242 und 5099 unzulässig.	F	
775	Kontext	Wenn FK 4109 und FK 3006 vorhanden sind, dann muss das Feld 4133 vorhanden sein.	F	
776	Kontext	Falls FK 4109 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 3 - 5 des Feldes 4104 < 800, dann muss das Feld 3119 vorhanden sein. Falls FK 4109 vorhanden ist und der Inhalt der Stellen 3 - 5 des Feldes 4104 >= 800, dann muss entweder das Feld 3105 oder das Feld 3119 vorhanden sein.	F	
778	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 = „07“ oder „08“, dann muss Feldinhalt von FK 4106 = „01“ oder „09“ sein.	F	
779	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 = „06“, dann muss Feldinhalt von FK 4106 = „02“ oder „09“ sein.	F	
780	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 = „04“, dann muss Feldinhalt von FK 4106 = „00“ oder „09“ sein.	F	
784	Kontext	Wenn FK 4109 und FK 3006 vorhanden sind, muss das Feld 3114 und/oder Feld 3124 vorhanden sein.	F	
790	Kontext	Wenn FK 4109 vorhanden ist und FK 3006 nicht vorhanden, dann muss der Inhalt der Stellen 3 - 5 der FK 4104 >= 800 sein.	F	KVK ab 01.01.2015 nur zulässig bei „originären“ SKT
824	Kontext	Wenn der Inhalt des Feldes 8000 = hdrg0 ist, dann muss der Inhalt des Feldes 9212 der aktuellen Versionsangabe entsprechen.	W	
737	Kontext	Wenn zu einem ICD-Code (Feldinhalt FK 6009 bzw. 6011) in der SDICD das Element „geschlechtsbezug“ existiert und der Inhalt von Element „geschlechtsbezug_fehlerart“ = „k“ ist, dann muss das Geschlecht in FK 3110 (sofern 3110 ≠ X, D) zu der Angabe unter Element „geschlechtsbezug“ (SDICD) passen.	W	Stimmt das Geschlecht des Patienten nicht mit der Angabe im Element „geschlechtsbezug“ überein, ist vom PVS darauf hinzuweisen (vgl. KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_ICD-10, P10-470) SDICD
818	Kontext	Wenn Feldinhalt von FK 4131 = „09“, dann soll Feldinhalt von FK 4106 = „00“ oder „09“ sein.	W	

R-Nr	Kategorie	Prüfung	Prüf-status	Erläuterung
827	Kontext	Falls Feld 4109 vorhanden ist und Feld 4131 = 00, dann muss der Feldinhalt von Feld 4106 = 00 oder 09 sein.	W	
876	Kontext	Wenn die FK 3010 vorhanden ist, dann muss auch die FK 4109 vorhanden sein.	W	
895	Kontext	Wenn die FK 4112 vorhanden ist, dann dürfen die FK 4109 und FK 3010 und FK 3006 nicht vorhanden sein.	W	
999*	besondere Hinweise	wird von KV überlesen, kann in jeder Satzart mehrfach vorkommen		Für Praxiscomp. bei Rücksendung

7 Feldverzeichnis

Dieses Feldverzeichnis beschreibt **alle** im KVDT definierten Felder. Zu jedem Feld ist ein Eintrag mit den folgenden Angaben vorhanden:

- Feldkennung (FK),
- Feldbezeichnung, evtl. Ersatzwert,
- Länge des Feldinhaltes,
- Feldtyp,
- Vorkommen in Satzart,
- teilweise ergänzende Erläuterung.

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
0102	Softwareverantwortlicher (SV)	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	Softwareverantwortlicher ist die juristische oder natürliche Person, die für die Einhaltung der Zulassungskriterien im rechtlichen Sinne gegenüber der KBV verantwortlich zeichnet.
0103	Software	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0, hdr0	Name der zugelassenen Software oder Softwarevariante. Bei Einsatz einer Softwarevariante ist deren Name zu hinterlegen.
0104	Grouper-Software	≤ 60	a	hdr0	Namen des eingesetzten Grouper-Software
0105	KBV-Prüfnummer	15 – 17	a	adt0, kad0, sad0, hdr0	
0111	Email-Adresse des SV	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0121	Straße des SV	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0122	PLZ des SV	≤ 7	a	adt0, kad0, sad0	
0123	Ort des SV	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0124	Telefonnummer des SV	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0125	Telefaxnummer des SV	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0126	Regionaler Systembetreuer (SB)	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	Regionaler Systembetreuer ist die juristische oder natürliche Person, die im Auftrag des Softwareverantwortlichen Dienstleistungen bzgl. der zugelassenen Software vornimmt.
0127	Straße des SB	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0128	PLZ des SB	≤ 7	a	adt0, kad0, sad0	
0129	Ort des SB	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0130	Telefonnummer des SB	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0131	Telefaxnummer des SB	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0	
0132	Release-Stand der Software	≤ 60	a	adt0, kad0, sad0, hdr0	Dieses Feld dient grundsätzlich zur Übertragung des Release-Stands der Software. Das Feld kann darüber hinaus im Rahmen von KV-spezifischen Verträgen zur Übermittlung sonstiger Informationen verwendet werden. Das Feld muss

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
					entsprechend folgende Informationen enthalten können: Zeichen 1-23: Versionsnummer 24: fixes Trennzeichen „ “ ¹⁴ 25-60: sonstige Informationen
0201	Betriebs- (BSNR) oder Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR)	9	n	besa, rvsa	
0203	(N)BSNR-/Krankenhaus-Bezeichnung	≤ 60	a	besa	
0205	Straße der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	≤ 60	a	besa	
0208	Telefonnummer	≤ 60	a	besa	
0209	Telefaxnummer	≤ 60	a	besa	
0211	Arztname oder Erläuterung	≤ 60	a	besa	
0212	Lebenslange Arztnummer (LANR) Ersatzwert: 999999900	9	n	besa	
0213	Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	9	n	besa	
0214	KV-Bereich	2	n	besa	
0215	PLZ der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	≤ 7	a	besa	
0216	Ort der (N)BSNR-/Krankenhaus-Adresse	≤ 60	a	besa	
0218	E-Mail der Betriebsstätte/Praxis/Krankenhaus	≤ 60	a	besa	
0219	Titel des Arztes	≤ 100	a	besa	
0220	Arztvorname	≤ 45	a	besa	
0221	Namenszusatz des Arztes	≤ 20	a	besa	
0222	ASV-Teamnummer	9	n	besa	
0223	Pseudo-LANR für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung	9	n	besa	
0224	Produkttypversion des Konnektors	≤ 20	a	besa	Die Produkttypversion des Konnektors kann über die Außenschnittstelle der Telematikinfrastruktur-Basisanwendung Dienstverzeichnisdienst erfasst werden. Im Antwortdokument dieses Dienstes ist die Produkttypversion des Konnektors in der Produktinformation enthalten, welche mittels des XML Schemas „ProductInformation.xsd“ beschrieben wird. Weitere Informationen sind der aktuellen „Spezifikation Konnektor“ und dem

¹⁴ „|“ = Senkrechter Strich, im Programmierjargon „Pipe“ genannt. Auf PCs mit dem Betriebssystem Windows wird er über die Tastenkombination „Alt Gr“ und „<“ erzeugt.

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
					aktuellen Dokument „Übergreifende Spezifikation Operations und Maintenance“ der gematik zu entnehmen. Eine manuelle Erfassung durch den Anwender ist nicht zu ermöglichen.
0225	TI-Fachanwendung / TI-Komponente	1-2	n	besa	Dieses Feld dient zur Kennzeichnung der TI-Fachanwendung bzw. der TI-Komponente, auf die sich die Angabe in FK 0226 bezieht.
0226	Systemunterstützung / Ausstattung der Praxis	1	n	besa	Dieses Feld dient zum Nachweis, dass in einer Betriebsstätte ein Primärsystem zur Verfügung steht, welches die Funktionsmerkmale der in FK 0225 angegebenen TI-Fachanwendung unterstützt bzw. die in FK 0225 angegebene TI-Komponente unterstützt hat. Dieses Feld muss automatisch vorbelegt werden. Eine manuelle Erfassung durch den Anwender ist zu ermöglichen.
0227	Ablaufdatum des Konnektorzertifikats	8	d	besa	
0228	Produktname des Konnektors	≤ 60	a	besa	
0300	Abrechnung von (zertifikatspflichtigen) Laborleistungen	1	n	rvsa	
0301	pnSD/uu-Analysen	1	n	rvsa	
0302	Gerätetyp	≤ 60	a	rvsa	
0303	Hersteller	≤ 60	a	rvsa	
0304	Analyt-ID	3	n	rvsa	
0305	RV-Zertifikat	1	n	rvsa	
3000	Patientennummer	≤ 20	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdrgr1	Dieses Feld dient zur Übertragung der praxisinternen Patientennummer. Diese Angabe kann im Rahmen der Fehlerprotokoll-Schnittstelle des ADT-Prüfmoduls verwendet werden, vgl. ADT-Prüfmodul-Handbuch.
3003	Schein-ID	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
3005	Kennziffer SA	≤ 27	a	sad1, sad2, sad3	
3006	CDM ¹⁵ Version	5-11	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdrgr1	eGK-Versichertenstammdaten-Schema-Version Auf der eGK wird in der Datei EF.StatusVD (Element /Version) die Schemaversion der auf dieser

¹⁵ CDM = Abkürzung für Common Data Model

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
					Karte gespeicherten Versichertenstammdaten hinterlegt. Die eigentlichen Versichertendaten werden auf der eGK in mehreren Dateien, beispielsweise u.a. in Datei EF.VD abgelegt. Diese Dateien enthalten ebenfalls jeweils in der „ersten“ Zeile die Angabe zur CDM-Version, Beispiel: <tns:UC_Allgemeine-VersicherungsdatenXML xmlns:tns="http://ws.gematik.de/fa/vsds/UC_Allgemeine-VersicherungsdatenXML/v5.2" CDM_VERSION="n.n.n">. Laut Auskunft der gematik sind die Schemaversionen dieser Dateien untereinander immer konsistent! Das Feld muss übertragen werden, wenn eine eGK eingelesen wurde. Dies gilt auch, wenn die Daten von einem mobilen Kartenterminal in ein PVS übernommen werden. Eine manuelle Erfassung durch den Anwender ist nicht gefordert!
3010	Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung und -aktualisierung (Timestamp)	14	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	Auf der eGK wird der „Prüfungsnachweis“ in der Datei EF.PN abgelegt. Im Prüfungsnachweis können die folgenden Inhalte abgebildet werden: - Timestamp (TS) - Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung (E) - Error-Code (Rückgabewert) (EC) - Prüfziffer des Fachdienstes (PZ) Diese Inhalte müssen entsprechend in den Feldern FK 3010 – 3013 unverändert übertragen werden. Da als Zeitzone für den Timestamp im Element /PN/TS UTC verwendet werden muss, gilt diese Festlegung auch für FK 3010. Weitere Informationen sind dem aktuellen „Implementierungsleitfaden Primärsysteme – Telemedizininfrastruktur (TI)“ und dem aktuellen Dokument „Systemspezifisches Konzept Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)“ der gematik zu entnehmen. Inhalt von Element /PN/TS

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
3011	Ergebnis der Onlineprüfung und -aktualisierung	1	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	Inhalt von Element /PN/E
3012	Error-Code	≤ 5	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	Inhalt von Element /PN/EC
3013	Prüfziffer des Fachdienstes	≤ 128	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	Inhalt von Element /PN/PZ
3100	Namenszusatz	≤ 20	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	Codierung gemäß DEÜV, Anlage 07 (Tabelle der gültigen Namenszusätze) unter http://www.gkv-datenaustausch.de/arbeitsgeber/deuev/gemeinsame_rundschreiben/gemeinsame_rundschreiben.jsp
3101	Name	≤ 45	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	
3102	Vorname	≤ 45	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	
3103	Geburtsdatum Ersatzwert: 00000000	8	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	Transformationsempfehlung bei Erfassung eines Geburtsdatums im Ersatzverfahren ohne Arzt-Patienten-Kontakt: Das in Druckzeile 3, Position 23 – 30 ausgedruckte Geburtsdatum im Format „TT.MM.JJ“ muss in die Form „JJJJMMTT“ transformiert werden. Wenn JJ ≤ 3.-4.Stelle der aktuellen vierstelligen Jahreszahl <u>und</u> Datumsangabe < Systemdatum, dann JJJJ = Verkettung ('20',JJ), sonst JJJJ = Verkettung ('19',JJ). Geburtsdaten in der Form JJJJMM00, JJJJ0000 und 00000000 sind gültige Datumsformate. Anlass ist die Ausgabe von Versichertenkarten mit unvollständigen Geburtsdaten, z. B. ohne Angabe eines Geburtsmonats und/oder eines Geburtstages.
3104	Titel	≤ 20	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	
3105	Versichertennummer	6-12	n	0101, 0102, 0103, 0104, hrg1	Dieses Feld dient zur Übertragung der KVK-Versichertennummer.
3107	Straße	≤ 46	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	Auf der eGK sind unterschiedliche Strukturen für die Aufnahme einer Straßenadresse und/oder einer Postfachadresse definiert. Falls beide Adresstypen auf einer eGK vorhanden sind, können sowohl die Straßenadresse (FK 3107, 3109, 3112, 3113, 3114, 3115) als auch die Postfachadresse (FK 3121 – 3124) in einem Datensatz 010x vorhanden sein. Die Straßenadresse hat im

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
					Rahmen der Bedruckung eines Personalienfeldes Priorität, vgl. „Mappingtabelle_KVK“ [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK] Gemäß der Dokumentation zum eGK-Schema VSD 5.2.0 gilt zum Element ///Strasse folgendes: Gibt den Namen der Strasse an. Wenn die Hausnummer nicht separat abgelegt werden kann, ist es zulässig, die Hausnummer in das Feld Straße zu übernehmen. Anlage 9.4 (...) Sofern auf einer eGK der Straßennamen und die Hausnummer in einem Element ///Strasse abgelegt sind, sind diese unverändert in das Feld „Straße“ (FK 3107) zu übernehmen.
3108	Versichertenart	1	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3109	Hausnummer	≤ 9	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3110	Geschlecht	1	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3111	Aufnahmegewicht	≤ 5	n	hdr1	
3112	PLZ	≤ 10	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3113	Ort	≤ 40	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3114	Wohnsitzlaendercode	≤ 3	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	Codierung gemäß DEÜV¹⁶, Anlage 08 (Staatsangehörigkeit und Länderkennzeichen für Auslandsanschriften) unter http://www.gkv-datenaustausch.de/arbeitsgeber/deuev/gemeinsame_rundschreiben/gemeinsame_rundschreiben.jsp
3115	Anschriftenzusatz	≤ 40	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3116	WOP	2	n	0101, 0102, 0103, 0104, hdr1	
3119	Versicherten_ID	10	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	10-stellige unveränderliche Teil (Versicherten-ID) der eGK-Krankenversicherungsnummer Die Berechnung der Prüfziffer der Versicherten-ID erfolgt nach dem Schema der Anlage 1 der Richtlinie „Organisatorische und technische Richtlinien zur Nutzung der Versicherungsnummer nach

¹⁶ Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung - DEÜV)

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
					§147 SGB VI bei Einführung einer neuen Krankenversicherungsnummer nach § 290 SGB V, Version 1.5¹⁷. Die Prüfziffer wird mit einem Modulo-10-Verfahren ermittelt. Der Buchstabe wird dabei durch zwei Ziffern ersetzt, das A mit 0 und 1, das B mit 0 und 2, ..., und das Z mit 2 und 6. Die Ziffern werden von links nach rechts abwechselnd mit 1 und 2 multipliziert. Es erfolgt eine Quersummenbildung der einzelnen Produkte, mit anschließender Summenbildung der Quersummen. Die Prüfziffer ergibt sich aus dem Rest der ganzzahligen Division dieser Summe durch 10. Beim Ersatzverfahren oder beim Scannen von gedruckten Patientenstammdaten (z. B. Überweisungsschein im Labor) kann eine Überprüfung zur Vermeidung von Tipp- bzw. Lesefehlern (OCR) erfolgen.
3120	Vorsatzwort	≤ 20	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	Codierung gemäß DEÜV, Anlage 06 (Tabelle der gültigen Vorsatzwörter) unter http://www.gkv-datenaustausch.de/arbeitsgeber/deuev/gemeinsame_rundschreiben/gemeinsame_rundschreiben.jsp
3121	PostfachPLZ	≤ 10	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3122	PostfachOrt	≤ 40	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
3123	Postfach	≤ 8	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	Dieses Feld dient zur Übertragung der Postfachnummer ohne beschreibendes Schlüsselwort. Beispiel: Übertragung der Postfachnummer "12345" Falsch: 0173123Postf 12 Falsch: 0173123Postfach Korrekt: 014312312345
3124	PostfachWohnsitzlaendercode	≤ 3	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	Codierung gemäß DEÜV ¹⁷ , Anlage 08 (Staatsangehörigkeit und Länderkennzeichen für Auslandsanschriften) unter http://www.gkv-datenaustausch.de/arbeitsgeber/deuev/gemeinsame_rundschreiben/gemeinsame_rundschreiben.jsp
3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	3,5,6	a	0101, 0102, 0103, 0104	

¹⁷ Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung - DEÜV)

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	1	a	0101, 0102, 0103, 0104	
3675	Seitenlokalisation Dauerdiagnose	1	a	0101, 0102, 0103, 0104	
3676	Diagnosenerläuterung Dauerdiagnose	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
3677	Diagnosenausnahmetatbestand Dauerdiagnosen	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
4101	Quartal	5	n	0101, 0102, 0103, 0104, sad1, sad2, sad3	
4102	Ausstellungsdatum	8	d	0101, 0102, 0103, 0109	
4103	Vermittlungs-/Kontaktart	1	n	0101, 0102, 0103, 0104	
4104	Abrechnungs-VKNR	5	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, sad1, sad2, sad3, hdr1	
4105	Ergänzende Informationen zur Vermittlungs-/Kontaktart	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
4106	Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB)	2	n	0101, 0102, 0103, 0104, hdr1	
4114	Vermittlungscode	12	a	0101, 0102, 0103, 0104	
4108	Zulassungsnummer (mobiles Lesegerät)	≤ 40	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
4109	letzter Einlesetag der Versicherungskarte im Quartal	8	d	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
4110	Versicherungsschutzende	8	d	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	Transformation des KVK-Feldes „Bis-Datum der Gültigkeit“ im Format „MMJJ“ in die Form „JJJJMMTT“ notwendig, wobei TT = letzter möglicher Tag dieses Monats und JJJJ = Verkettung ('20', JJ), vgl. Mappingtabelle_KVK [KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK]
4111	Kostentraegererkennung	9	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, sad1, sad2, sad3, hdr1	
4112	eEB vorhanden	1	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hdr1	
4115	Tag der Terminvermittlung	8	d	0101, 0102, 0103, 0104	
4121	Gebührenordnung	1	n	0101, 0102, 0103, 0104,	
4122	Abrechnungsgebiet	2	n	0101, 0102, 0103, 0104,	
4123	Personenkreis / Untersuchungskategorie	2	n	0101, 0102, 0103, 0104,	
4124	SKT-Zusatzangaben	5 ≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, hdr1	
4125	Gültigkeitszeitraum von ... bis ...	16	n	0101, 0102, 0104, hdr1	
4126	SKT-Bemerkungen	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, hdr1	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
4131	BesonderePersonengruppe	2	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	
4132	DMP-Kennzeichnung	2	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	
4133	VersicherungsschutzBeginn	8	d	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, hrg1	
4134	Kostentraegername	≤ 45	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	KVK: Objektag 80, „KrankenKassenName“ eGK: 1. Priorität: Inhalt von Element UC_AllgemeineVersicherungsdatenXML/Versicherter/ Versicherungsschutz/Kostentraeger/AbrechnenderKostentraeger/Name 2. Priorität: Inhalt von Element UC_AllgemeineVersicherungsdatenXML/Versicherter/ Versicherungsschutz /Kostentraeger/Name Das Feld muss übertragen werden, wenn eine Versichertenkarte <u>eingelese</u>n wurde. Dies gilt auch, wenn die Daten von einem mobilen Kartenterminal in ein PVS übernommen werden. Eine manuelle Erfassung durch den Anwender im Ersatzverfahren ist nicht gefordert, da faktisch nicht möglich. Auch der aus der KT-Stammdatei abgeleitete "Kassenname zur Bedruckung" darf nicht übertragen werden.
4202	Unfall, Unfallfolgen	1	n	0101, 0102, 0103, 0104	
4204	eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V	1	n	0101, 0102, 0103	Dieses Feld dient zur Kennzeichnung von Fällen mit „eingeschränktem Leistungsanspruch gemäß § 16 Absatz 3a SGB V“. Das Muster 85 (Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Absatz 3a SGB V) wird von den Krankenkassen ausgestellt und dient dem Vertragsarzt als Information über den Behandlungsanspruch. Muster 85 ersetzt in diesen Fällen die Versichertenkarte und der „Versicherte“ muss manuell im Ersatzverfahren aufgenommen werden. Muster 6 (Überweisungsschein) wurde um ein entsprechendes

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
					Ankreuzfeld (eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Absatz 3a SGB V) erweitert. Der überweisende Vertragsarzt muss dieses Feld ankreuzen, um den Arzt, der auf Überweisung tätig wird, über den eingeschränkten Leistungsanspruch zu informieren. Der abrechnende Arzt muss diese Information im Rahmen seiner Abrechnung unter Angabe des Feldes 4204 entsprechend übertragen.
4205	Auftrag	≤ 60	a	0102, 0103, sad2	
4206	Mutm. Tag der Entbindung	8	d	0101, 0102, 0103	
4207	Diagnose/Verdachtsdiagnose	≤ 60	a	0102, 0103	
4208	Befund/Medikation	≤ 60	a	0102, 0103	
4209	Zusätzliche Angaben zu Untersuchungen	≤ 60	a	0102	
4214	Behandlungstag bei IVD-Leistungen	8	d	0102	
4217	(N)BSNR des Erstveranlassers	9	n	0102	
4218	(N)BSNR des Überweisers	9	n	0102, 0103, sad2, hdr1	
4219	Überweisung von anderen Ärzten Ersatzwert: unbekannt	≤ 60	a	0102	
4220	Überweisung an Ersatzwert: kA ¹⁸	≤ 60	a	0102, sad2	
4221	Kurativ / Präventiv / ESS / bei belegärztlicher Behandlung	1	n	0102	
4225	ASV-Teamnummer des Erstveranlassers	9	n	0102	
4226	ASV-Teamnummer des Überweisers	9	n	0102	
4229	Ausnahmeindikation	5	n	0102	Technische Kennziffer zur Kennzeichnung von Knappschaftsfällen
4233	Stationäre Behandlung von ... bis ...	16	n	0103	
4234	anerkannte Psychotherapie	1	n	0101, 0102	Ankreuzfeld
4235	Datum des Anerkennungsbescheides	8	d	0101, 0102	Datum des Anerkennungsbescheides des Kostenträgers
4236	Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	1	n	0101	Ankreuzfeld
4239	Scheinuntergruppe	2	n	0101, 0102, 0103, 0104	

¹⁸ kA = Abkürzung für "keine Angabe".

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
4241	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Erstveranlassers Ersatzwert: 999999900	9	n	0102	
4242	Lebenslange Arztnummer des Überweisers Ersatzwert: 999999900	9	n	0102, 0103, sad2, hdr1	
4243	Weiterbehandelnder Arzt Ersatzwert: unbekannt	≤ 60	a	0104	
4244	Bewilligte Leistung	5, 6	a	0101, 0102	GOP bewilligte Leistung
4245	Anzahl bewilligter Leistungen	≤ 3	n	0101, 0102	Anzahl der bewilligten Leistungen insgesamt nach GOP aus Feld FK 4244
4246	Anzahl abgerechneter Leistungen	≤ 3	n	0101, 0102	Anzahl der insgesamt abgerechneten Leistungen aus den ggf. Vorquartal(en) inkl. der Behandlung(en) aus dem aktuellen Abrechnungsquartal (= Gesamtzahl der abgerechneten Leistungen seit dem Bewilligungsbescheid).
4247	Antragsdatum (des Anerkennungsbescheides)	8	d	0101, 0102	
4248	Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Erstveranlassers	9	n	0102	
4249	Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des Überweisers	9	n	0102	
4250	Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie	1	n	0101, 0102	
4251	Durchführungsart der Kombinationsbehandlung	1	n	0101, 0102	
4252	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten	≤ 3	n	0101, 0102	
4253	Bewilligte GOP für den Versicherten	5, 6	a	0101, 0102	
4254	Anzahl der abgerechneten GOPen für den Versicherten	≤ 3	n	0101, 0102	
4255	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson	≤ 3	n	0101, 0102	
4256	Bewilligte GOP für die Bezugsperson	5, 6	a	0101, 0102	
4257	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson	≤ 3	n	0101, 0102	
4261	Kurart	1	n	0109	
4262	Durchführung als Kompaktkur	1	n	0109	
4263	genehmigte Kurdauer in Wochen	≤ 2	n	0109	
4264	Anreisetag	8	d	0109	
4265	Abreisetag	8	d	0109	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
4266	Kurabbruch am	8	d	0109	
4267	Bewilligte Kurverlängerung in Wochen	≤ 2	n	0109	
4268	Bewilligungsdatum Kurverlängerung	8	d	0109	
4269	Verhaltenspräventive Maßnahmen angeregt	1	n	0109	
4270	Verhaltenspräventive Maßnahmen durchgeführt	1	n	0109	
4271	Kompaktkur nicht möglich	1	n	0109	
4272	Durchführung als Kompaktkur mit Refresher	1	n	0109	
4275	Kontakt zur Vorbereitung des Kuraufenthaltes	1	n	0109	
4276	Anreisetag als Teil 2 bei Refresher	8	d	0109	
4277	Abreisetag als Teil 2 bei Refresher	8	d	0109	
4278	Kurabbruch am als Teil 2 bei Refresher	8	d	0109	
5000	Leistungstag	8	d	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, sad1, sad2, sad3	
5001	Gebührennummer (GNR)	≤ 9 bzw. 5, 6	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, sad1, sad2, sad3	
5002	Art der Untersuchung	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5003	(N)BSNR des vermittelten Facharztes	9	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5005	Multiplikator	3	n	0101, 0102, 0103, 0104	Dieses Feld dient dazu, ein mehrfaches Ansetzen der in FK 5001 erfassten Leistung zu kennzeichnen. Darüber hinaus kann das Feld zusätzlich ein mehrfaches Ansetzen der in FK 5012 erfassten Sach- und Materialkosten kennzeichnen, falls dies von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung individuell je Gebührenordnungsposition festgelegt wird.
5006	Um-Uhrzeit	4	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5008	DKM	≤ 3	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5009	freier Begründungstext	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, sad1, sad2, sad3 hdr1	
5010	Chargennummer	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5011	Sachkosten-Bezeichnung	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, sad1, sad2, sad3	
5012	Sachkosten/Materialkosten in Cent	≤ 10	n	0101, 0102, 0103, 0104, sad1, sad2, sad3	
5013	Prozent der Leistung	3	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5015	Organ	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
5016	Name des Arztes	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	Dieses Feld dient zur Übertragung von Arztnamen, die nach den Bestimmungen des EBM als Begründung zu einer Gebührennummer anzugeben sind. Mögliche Inhalte des Feldes sind Empfänger des Briefes, Name des Konsiliarparters, Name des Anästhesisten.
5017	Besuchsort bei Hausbesuchen	≤ 60	a	0101, 0102, 0104	
5018	Zone bei Besuchen	2	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5019	Erbringungsort/Standort des Gerätes	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5020	Wiederholungsuntersuchung	1	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5021	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsuntersuchung	4	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5023	GO-Nummern-Zusatz	1	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5024	GNR-Zusatzkennzeichen poststationär erbrachte Leistungen	1	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5025	Aufnahmedatum	8	d	0101, 0102, 0103, 0104	
5026	Entlassungsdatum	8	d	0101, 0102, 0103, 0104	
5027	Hybrid-DRG Leistung	4	a	hdrg1	
5028	Datum Beginn der Leistung	8	d	hdrg1	
5029	Datum Ende der Leistung	8	d	hdrg1	
5030	Beatmungstunden	≤4	n	hdrg1	
5034	OP-Datum	8	d	0101, 0102, 0103, 0104, hdrg1	
5035	OP-Schlüssel	≤ 8	a	0101, 0102, 0103, 0104, hdrg1	
5036	GNR als Begründung	5, 6	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5037	Gesamt-Schnitt-Naht-Zeit (Minuten)	≤ 3	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5038	Komplikation	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5040	Patientennummer der eDokumentation Hautkrebs-Screening	≤ 8	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5041	Seitenlokalisation OPS	1	a	0101, 0102, 0103, 0104, hdrg1	
5042	Mengenangabe KM /AM	≤ 5	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5043	Maßeinheit KM /AM	1	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5050	Melde-ID Implantateregister	10	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5051	Hash-String Implantateregister	≤ 512	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5052	Hash-Wert Implantateregister	64	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5070	OMIM-G-Kode des untersuchten Gens Ersatzwert: 999999	6	n	0101, 0102, 0103, 0104	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
5071	OMIM-P-Kode (Art der Erkrankung) Ersatzwert: 999999	6	n	0101, 0102, 0103, 0104	
5072	Gen-Name	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5073	Art der Erkrankung	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5074	Name Hersteller/ Lieferant	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5075	Artikel-/ Modellnummer	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104	
5098	(N)BSNR des Ortes der Leistungserbringung	9	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, sad1, sad2, sad3, hdr1	
5099	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten Ersatzwert: 999999900	9	n	0101, 0102, 0103, 0104, 0109, sad1, sad2, sad3, hdr1	
5100	ASV-Teamnummer des Vertragsarztes	9	n	0101, 0102, 0104	
5101	Pseudo-LANR (für Krankenhausärzte im Rahmen der ASV-Abrechnung) des LE	9	n	0101, 0102, 0104	
5102	Krankenhaus-IK (im Rahmen der ASV-Abrechnung)	9	n	0101, 0102, 0104	
6001	ICD-Code	3,5,6	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
6003	Diagnosensicherheit	1	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
6004	Seitenlokalisation	1	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
6006	Diagnosenerläuterung	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
6008	Diagnosenausnahmetatbestand	≤ 60	a	0101, 0102, 0103, 0104, 0109	
6009	Hauptdiagnose (ICD-10-GM-Kode)	3, 5, 6	a	hdr1	
6010	Seitenlokalisation Hauptdiagnose	1	a	hdr1	
6011	Nebendiagnose (ICD-10-GM-Kode)	3, 5, 6	a	hdr1	
6012	Seitenlokalisation Nebendiagnose	1	a	hdr1	
8000	Satzart	4	a	alle Satzarten	
9102	Empfänger	2	n	adt0, kad0, sad0	
9103	Erstellungsdatum	8	d	con0	
9106	verwendeter Zeichensatz	1	n	con0	
9115	Erstellungsdatum ADT-Datenpaket	8	d	adt0	
9116	Erstellungsdatum KADT-Datenpaket	8	d	kad0	
9117	Erstellungsdatum Hybrid-DRG-Datenpaket	8	d	hdr0	

FK	Feldbezeichnung	Länge	Typ	Vorkommen in Satzart	Erläuterung
9122	Erstellungsdatum SADT-Datenpaket	8	d	sad0	
9132	enthaltene Datenpakete dieser Datei	1	n	con0	Dieses Feld definiert die Datenpakete, die in einer KVDt-Datei enthalten sind. Jedes Datenpaket darf nur genau <u>einmal</u> je Datei vorhanden sein. Das Feld muss mindestens einmal vorhanden sein.
9204	Abrechnungsquartal	5	n	adt0, kad0, sad0	
9212	Version der Satzbeschreibung	≤ 11	a	adt0, kad0, sad0, hdlg0	
9250	AVWG-Prüfnummer der AVS	15-17	a	adt0, kad0, sad0	Prüfnummer der eingesetzten Arzneimittelverordnungssoftware, falls vorhanden
9251	HMV-Prüfnummer	15-17	a	adt0, kad0, sad0	
9260	Anzahl Teilabrechnungen	2	n	adt0	
9261	Abrechnungsteil x von y	2	n	adt0	
9901	Systeminterner Parameter	≤ 60	a	alle Satzarten	Dieses Feld unterscheidet sich von allen anderen Feldern dadurch, dass es von den Kassenärztlichen Vereinigungen überlesen wird. Damit ist es möglich, Daten abzuspeichern, die nur systemintern relevant sind. Dieses Feld kann in jeder Satzart an beliebiger Stelle in beliebiger Anzahl übertragen werden, aber <u>nicht</u> als allererstes Feld einer Datei.

8 Referenzierte Dokumente

Referenz	Dokument
[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_KVDT]	Anforderungskatalog KVDT, in aktuellster Version
[KBV_ITA_VGEX_Mapping_KVK]	Mappingtabelle KVK – eGK, in aktuellster Version
[KBV_ITA_VGEX_Anforderungskatalog_Formularbedruckung]	Anforderungskatalog Formu- larbedruckung, in aktuellster Version