

Vereinbarung

gemäß § 293 Abs. 7 SGB V

**über ein bundesweites Verzeichnis aller
in den nach § 108 SGB V
zugelassenen Krankenhäusern
und ihren Ambulanzen
tätigen Ärzte
(KHANR-VZ-Vereinbarung)**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband KdöR, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

im Einvernehmen mit

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KdöR, Berlin

Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sind vom Gesetzgeber beauftragt, ein bundesweites Verzeichnis aller in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte einzurichten und zu betreiben.

Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, erhalten bisher bereits eine grundsätzlich für die Dauer der beruflichen Tätigkeit personengebundene „lebenslange“ Arztnummer (LANR). Der Gesetzgeber sieht vor, dass auch alle in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte in den gesetzlich bestimmten Fällen eine Arztnummer (ANR) gemäß § 293 Abs. 7 SGB V verwenden. Der Aufbau der Arztnummer für die Krankenhausärzte folgt der Struktur der LANR.

Das Nähere zum Verzeichnis (Art und Aufbau, Aktualisierung, Verfahren etc.) vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die DKG im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die Vereinbarung ist für die Vereinbarungspartner, die Krankenkassen, die KBV und die Leistungserbringer, verbindlich.

§ 1

Zweck

Die Vereinbarungspartner bauen ein Krankenhausarzt-Verzeichnis auf (KHANR-VZ), welches die Informationen zu einem Arzt gemäß § 6 führt und den Krankenkassen gemäß § 10 durch den GKV-Spitzenverband zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Verfügung gestellt wird. Die Arztnummer bleibt für die Dauer der Tätigkeit in mindestens einem der beiden Sektoren zuzüglich der nach Beendigung der Tätigkeit vorgegebenen Prüffrist von fünf Jahren gültig. Sie wird sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung als auch in der stationären Versorgung (Sektoren) verwendet.

§ 2

Grundsätze

- (1) Die verzeichnisführende Stelle (Verzeichnisstelle) wird in einem Ausschreibungsverfahren bestimmt. Die Kosten für den Aufbau und den Betrieb der Verzeichnisstelle werden je zur Hälfte von GKV-Spitzenverband und DKG finanziert.
- (2) Die Erstvergabe der Arztnummer erfolgt durch die zuständigen Verzeichnisstellen in dem Sektor, in dem der Arzt seine Tätigkeit aufnimmt.
- (3) Ärzte verwenden für die Tätigkeit in beiden Sektoren dieselbe Arztnummer. Der Fachgruppencode nach § 5 Absatz 3 Buchstabe c kann dabei abweichen.

- (4) Die Übermittlung der erforderlichen Angaben (§ 6) an die Verzeichnisstelle erfolgt durch das Krankenhaus, in dem der Arzt tätig ist. Das Krankenhaus ist für die korrekte Meldung verantwortlich.
- (5) Wenn von der Verzeichnisstelle entsprechend Absatz 2 eine Arztnummer vergeben wird, wird diese von der Verzeichnisstelle an das Krankenhaus übermittelt.
- (6) Das Krankenhaus übermittelt der Verzeichnisstelle für die dem Verzeichnis übermittelten Daten regelhaft keine Belege. Anlassbezogen können jedoch Kopien der Belege von den Vereinbarungspartnern (durch den Lenkungsausschuss nach § 8) angefordert werden.
- (7) Die Übermittlung der erforderlichen Daten durch das Krankenhaus gemäß § 6 ist für alle im Krankenhaus und in seinen Ambulanzen tätigen Ärzte unabhängig von ihrem Beschäftigungsverhältnis verpflichtend. Dies schließt somit im Krankenhaus und ihren Ambulanzen angestellte Ärzte als auch Belegärzte und Honorarärzte ein.
- (8) Für die Definition des Ambulanz- und Standortbegriffes gelten die nach § 2a KHG von GKV-Spitzenverband und DKG festgelegten Kriterien (Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG).
- (9) In den gesetzlich bestimmten Fällen dürfen ausschließlich die in dem KHANR-VZ geführten Arztnummern verwendet werden.

§ 3

Verzeichnisstelle

- (1) Die Verzeichnisstelle gilt als verantwortliche Stelle nach § 35 SGB I. Die Verzeichnisstelle ist verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Verpflichtungen gemäß den Regelungen nach §§ 67 bis 85a SGB X zum Sozialdatenschutz und der vorrangigen Regelungen der DSGVO eigenverantwortlich zu beachten.
- (2) Die Aufgaben der Verzeichnisstelle sind insbesondere
 - die Errichtung des Verzeichnisses,
 - die erstmalige Erfassung, Aktualisierung und Pflege der Daten gemäß § 6 nach Meldung der Krankenhäuser,
 - die Vergabe der Arztnummern unter Nutzung der Arztnummernvergabe (ANRV),
 - die kontinuierliche Umsetzung von Änderungsmeldungen,
 - die Organisation des Lenkungsausschusses,
 - die regelmäßige Erstellung aggregierter Berichte und statistischer Auswertungen der erhobenen Daten,
 - die Bereitstellung des Verzeichnisses an die Krankenkassen gemäß § 293 Abs. 7 S. 8 SGB V,
 - die Qualitätssicherung der Daten, insbesondere der Abgleich der Daten von Ärzten, die gleichzeitig im vertragsärztlichen Bereich tätig sind,

- die Beantwortung von Anfragen der Vereinbarungspartner sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen im Zuge der gemeinsamen Qualitätssicherung und
 - die Unterstützung der meldepflichtigen Krankenhäuser bei Anwendungsfragen und technischen Problemen zu eigenen Angaben.
- (3) Die Verzeichnisstelle implementiert und dokumentiert einheitliche, barrierefreie und benutzerfreundliche Verfahren zur Erfüllung ihrer Aufgaben.
 - (4) Die Verzeichnisstelle ist personell besetzt und sowohl per E-Mail als auch telefonisch (deutsche kostenfreie Festnetznummer) zu Geschäftszeiten erreichbar. Die Geschäftszeiten sind von Montag bis Freitag zwischen 9:00 und 17:00 Uhr. Das Personal muss sowohl zu den Antragsverfahren, Clearingverfahren und technischen Problemen in deutscher Sprache auskunftsfähig sein und unterstützen als auch den Gesamtprozess erläutern können. Besucherverkehr ist in der Verzeichnisstelle nicht vorgesehen.
 - (5) Die Verzeichnisstelle bearbeitet Clearingfälle gemäß § 7, welche aus dem parallelen Prozess der Eintragungen von Ärzten oder Änderungen der Arztdaten im stationären als auch aus dem Bereich der KBV entstehen. Die Clearingfälle müssen in einem Zeitraum von maximal fünf Werktagen ab Bekanntwerden geklärt werden. Sollte in dieser Zeit kein Clearing möglich sein, wird dem zuständigen Krankenhaus eine Information über den Clearingstatus übermittelt. Clearingfälle, die nicht innerhalb von vier Wochen geklärt werden können, werden in den Lenkungsausschuss nach § 8 eskaliert.
 - (6) Die Verzeichnisstelle dokumentiert alle Vorgänge im Zusammenhang mit der Errichtung und Aktualisierung des Verzeichnisses und bewahrt diese Dokumentation für fünf Jahre auf. Die Verzeichnisstelle setzt das Löschkonzept nach Anlage 1 um.
 - (7) Über das Webportal www.krankenhausarztnummer.de können die Krankenhäuser bzw. deren berechtigten Verantwortlichen die Arztnummern für die im jeweiligen Krankenhaus tätigen Krankenhausärzte beantragen, bestehende Arztnummern abfragen und Verzeichniseinträge aufrufen und ändern.
 - (8) Weiterhin können die Verzeichnisdaten über eine Schnittstelle zwischen den personaldatenführenden IT-Systemen in den Krankenhäusern und dem KHANR-VZ vom Krankenhaus übermittelt und aktualisiert werden.

§ 4

Stufenweiser Aufbau des KHANR-VZ

- (1) Der Aufbau des KHANR-VZ erfolgt in drei Stufen. Die Testphase nach § 11 ist hiervon nicht betroffen.

- a. Ab dem 01.06.2019 kann für alle im Krankenhaus tätigen Fachärzte, mit Ausnahme der Belegärzte, ein Verzeichniseintrag angelegt, eine Arztnummer beantragt und von der Verzeichnisstelle vergeben werden.
 - b. Ab dem 01.09.2019 kann für alle Ärzte in Weiterbildung ein Verzeichniseintrag angelegt, eine Arztnummer beantragt und von der Verzeichnisstelle vergeben werden.
 - c. Ab dem 01.01.2020 kann für alle im Krankenhaus tätigen und approbierten Ärzte, inkl. der Belegärzte, eine Arztnummer beantragt werden. Das KHANR-VZ hat ab dem 01.07.2020 alle in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte vollständig zu enthalten.
- (2) Unabhängig von Absatz 1 hat das Krankenhaus dafür Sorge zu tragen, dass eine Arztnummer für Ärzte in den Fällen vorliegt, in denen gesetzliche Regelungen dies vorsehen.

§ 5

Anforderungen zu Art und Aufbau der Arztnummer

- (1) Die Arztnummer ist an den Arzt als Person gebunden. Sofern der Arzt in beiden Sektoren tätig ist, wird in den Verzeichnissen nach § 293 Abs. 4 SGB V (Bundesarztregister – BAR) und nach § 293 Abs. 7 SGB V (KHANR-VZ) dieselbe Arztnummer geführt.
- (2) Die Arztnummer folgt in ihrer Struktur der bereits im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Arztnummer gemäß § 293 Abs. 4 SGB V. Für die überschneidungsfreie Vergabe von Arztnummern betreiben DKG, GKV-Spitzenverband und KBV gemeinsam eine Arztnummernvergabe, auf die die zuständigen Verzeichnisstellen bei der Vergabe von Arztnummern zugreifen.
- (3) Die Arztnummer ist numerisch mit neun Ziffern und hat den folgenden Aufbau:
 - a. 1. bis 6. Stelle werden frei durch die Arztnummernvergabe nach Absatz 2 vergeben.
 - b. 7. Stelle enthält die Prüfziffer (analog Arztnummer nach § 293 Abs. 4 SGB V); diese ergibt sich unveränderlich aus der 1. bis 6. Stelle, wodurch die ersten sieben Stellen der Arztnummer den einzelnen Arzt als Person kennzeichnen. Die Prüfziffer wird mittels Modulo-10-Verfahren 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). Die Prüfziffer wird von der Arztnummernvergabe nach Absatz 2 bei der Vergabe mit erzeugt.
 - c. 8. und 9. Stelle enthalten das Fachgebiet anhand des Fachgruppencodes (inkl. eines speziellen Codes für Ärzte in Weiterbildung) entsprechend Anlage 1 der Vereinbarung ANRV.
- (4) Die Arztnummer enthält keinen direkten Bezug zum Krankenhaus.

- (5) Hat ein Arzt mehrere Facharztabschlüsse, wird der Fachgruppencode mehrfach übermittelt und im Verzeichnis geführt.

§ 6 Daten

- (1) Zu jedem Arzt, der in einem Krankenhaus oder dessen Ambulanz tätig ist, sind folgende Daten im Verzeichnis zu führen:
1. Neunstellige Arztnummer (unverschlüsselt)
 2. Geschlecht
 3. Titel
 4. Nachnamen
 5. Vornamen
 6. Geburtsdatum
 7. Datum des Staatsexamens
 8. Datum der Approbation
 9. Datum der ersten Promotion
 10. je Facharztanerkennung Datum und Fachgebiet
 11. Standortkennzeichen und Datum des Beginns des Standortkennzeichens im Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V des Krankenhauses, in dem der Arzt beschäftigt ist
 12. Standortkennzeichen und Datum des Endes des Standortkennzeichens im Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V des Krankenhauses, in dem der Arzt beschäftigt ist
 13. Datum des Beginns der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus
 14. Datum des Endes der Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus
- (2) Der Abgleich mit der ANRV nach § 7 erfolgt über die Datenfelder „Arztnummer“ (nur Stelle 1 bis 7) (sofern schon eine Arztnummer vorliegt), „Nachnamen“, „Vornamen“ sowie dem „Geburtsdatum“ des Arztes.
- (3) Für die Erstmeldung und fortlaufende Aktualisierung der Daten ist das Krankenhaus auch ohne Aufforderung der Verzeichnisstelle gemäß § 293 Abs. 7 S. 5 SGB V verpflichtet.
- (4) Die Daten nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 werden gemäß der Fachgruppencodes entsprechend Anlage 1 der ANRV-VB erfasst. Wird zusätzlich der dreistellige Fachgruppen-/Schwerpunktbezeichnungs-Code übermittelt, so wird auch dieser im Verzeichnis geführt.

§ 7 Qualitätssicherung und Berichtswesen

- (1) Die Verzeichnisstelle stellt durch technische Vorgaben die korrekte und plausible Erfassung der Daten nach § 6 Absatz 1 sicher. Des Weiteren wird unter Nutzung der ANRV die eindeutige Arztnummernzuordnung sichergestellt. Ist dies nur über die Einbeziehung des Krankenhausvereinbarung gemäß § 293 Abs. 7 SGB V vom 17.10.2018

kenhauses oder in Abstimmung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung möglich, wird unverzüglich ein Clearingverfahren gestartet und das Krankenhaus darüber unterrichtet.

- (2) Die Verzeichnisstelle führt ein regelmäßiges Datenclearing insbesondere in den folgenden Fällen durch:
 - Abweichungen zwischen den Einträgen verschiedener Krankenhäuser im Verzeichnis und
 - Abweichungen zwischen den Einträgen in der ANRV und den Einträgen im Verzeichnis
- (3) Für die Kommunikation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen benennt die Verzeichnisstelle gegenüber der KBV die zuständigen Ansprechpartner für die Kassenärztlichen Vereinigungen.
- (4) Das KHANR-VZ prüft auf Basis des gesamten Datenbestandes und den Fehlerlisten aus der ANRV die Plausibilität der Verzeichnisinhalte. Über das Ergebnis des Datenclearings berichtet die Verzeichnisstelle dem Lenkungsausschuss schriftlich. Die zu erstellenden Berichte ergeben sich aus Anlage 2.
- (5) Arzteinträge, die nach Beschluss des Lenkungsausschusses nicht mehr verwendet werden dürfen, werden als solche gekennzeichnet und dürfen von den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen nicht mehr verwendet werden. Die entsprechende Information der Krankenhäuser erfolgt analog dem Verfahren zum Clearing.

§ 8

Lenkungsausschuss

- (1) Der GKV-Spitzenverband und die DKG richten einen Lenkungsausschuss zur Klärung von Fragestellungen ein, die nicht durch die Verzeichnisstelle selbst gelöst werden können. Dieser besteht aus jeweils zwei namentlich benannten Vertretern der Vereinbarungspartner und wird von einem Vertreter der Verzeichnisstelle unterstützt. Bei Fragestellungen, die Strukturen oder Prozesse in der ANRV, im BAR, in den Landesarztregistern o. ä. betreffen wird der Lenkungsausschuss um zwei namentlich benannte Vertreter der KBV ergänzt.
- (2) Der Lenkungsausschuss dient dazu, besondere Clearingfragen oder im Rahmen des Clearing- und Fehlerverfahrens auftretende Probleme zu entscheiden oder bei grundsätzlichen Fragen der Verzeichnisstelle eine Lösung herbeizuführen. Die Verzeichnisstelle stellt dem Lenkungsausschuss die für die Entscheidung notwendigen Unterlagen zur Verfügung.
- (3) Im Rahmen der Errichtungsphase tagt der Lenkungsausschuss mindestens monatlich. In der Sitzung berichtet die Verzeichnisstelle über den Sachstand der Errichtung sowie über bestehende Risiken. Sofern notwendig erfolgen Anpassungen des Projektplans.
- (4) Der Lenkungsausschuss beschließt eingebrachte Change Requests.

- (5) Fehler im KHANR-VZ können über den GKV-Spitzenverband und die DKG an die Verzeichnisstelle übermittelt werden, so dass eventuelle Meldungen aus dem Fehlerverfahren mit der Verzeichnisstelle geklärt werden können.

§ 9

Abgrenzung zu verbundenen Systemen

- (1) Die verbindlichen Informationen zu den Standorten eines Krankenhauses und ihren Ambulanzen erhält die Verzeichnisstelle aus dem Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V (Standort-VZ). Dieses ist öffentlich zugänglich über www.krankenhausstandorte.de. Die Verzeichnisstelle implementiert eine Funktion zum Abruf des Standort-VZ zwecks Aktualisierung der Standortdaten. Die Standortdaten im KHANR-VZ sind wöchentlich, jeweils einen Kalendertag nach deren Veröffentlichung zu aktualisieren.
- (2) Die Arztnummer wird in der ANRV erzeugt und mit den in § 6 Absatz 2 gekennzeichneten Daten abgeglichen. Die Verzeichnisstelle stellt unter Nutzung der ANRV die Eineindeutigkeit der Arztnummer durch technische und prozessuale Regelungen sicher. Die Anbindung des KHANR-VZ an die ANRV erfolgt über eine Schnittstelle. Die technischen Vorgaben für die Schnittstelle werden von GKV-Spitzenverband, DKG und KBV festgelegt und veröffentlicht.

§ 10

Verzeichnisdaten-Download für die Krankenkassen

- (1) Die Verzeichnisstelle stellt eine gesicherte Download-Schnittstelle für den GKV-Spitzenverband zur Übermittlung gemäß § 293 Abs. 7 S. 8 SGB V zur Verfügung, womit jeweils der Gesamtbestand der Verzeichnisdaten nach § 6 heruntergeladen werden kann. Die technischen Vorgaben für die Datenbereitstellung sind in Anlage 1 geregelt.
- (2) Die Bereitstellung der Daten nach Absatz 1 erfolgt einmal wöchentlich. Neben den aktuell gültigen Einträgen werden auch alle vorherigen Versionen zur Verfügung gestellt.

§ 11

Abnahme des Gesamtsystems (Testphase)

Die Verzeichnisstelle unterstützt bei der Einführung des Systems eine Testphase von vier Wochen, an der maximal 50 von der DKG benannte Krankenhäuser teilnehmen. Die Vereinbarungspartner können spätestens ab der Testphase das Gesamtsystem erproben. Im Testverfahren aufgetretene Fehler sind von der Verzeichnisstelle unverzüglich zu beheben, die am Testverfahren Beteiligten sind hierüber zu informieren. Die Vereinbarungspartner bestätigen nach erfolgreichem Abschluss der Testphase die Betriebsbereitschaft der Verzeichnisstelle (Abnahme).

§ 12

Kündigung

Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, im Kündigungsfall die Verhandlungen über eine Neuvereinbarung unverzüglich aufzunehmen. Falls innerhalb von sechs Monaten nach Wirksamkeit der Kündigung keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet das nach § 293 Abs. 7 S. 12 SGB V erweiterte Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V auf Antrag einer Vertragspartei. Bis zu einer Neuvereinbarung oder Festsetzung durch das Bundesschiedsamt gilt die bisherige Vereinbarung fort.

§ 13

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung wird eine Bestimmung vereinbart, die dem zulässigerweise am nächsten kommt, was die Vereinbarungspartner gewollt haben oder gewollt hätten, wenn sie die Regelungsbedürftigkeit bedacht hätten.

§ 14

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.09.2018 in Kraft.

- Anlage 1: Form und Inhalt der Verzeichnisdaten für die Krankenkassen
- Anlage 2: Berichte an den Lenkungsausschuss

Anlage 1: Form und Inhalt der Verzeichnisdaten

1. Allgemeines

Die technische Anlage regelt die Inhalte und die Form der gespeicherten Verzeichnisdaten im Krankenhausarztverzeichnis gemäß § 293 Abs. 7 SGB V sowie die an den GKV-Spitzenverband im Export zu übermittelnden Daten.

2. Exportdatensätze und Gesamtverzeichnis

Die Verzeichnisdaten sind zu unterscheiden nach den Exportdaten, welche den Krankenkassen gemäß § 293 Abs. 7 SGB V zur Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Prüfaufgaben zur Verfügung gestellt werden, und den Daten, die zur Organisation der internen Clearingprozesse zwischen Krankenhaus und Geschäftsstelle gespeichert werden. Zum Export an die Krankenkassen werden der aktuelle Gesamtbestand der Exportdaten sowie die Versionsnummer und das Datum der letzten Aktualisierung des Gesamtverzeichnisses zur Verfügung gestellt („Exportdatensatz“). Der KHANR-VZ-Betreiber stellt dafür dem GKV-Spitzenverband wöchentlich den aktuellen Gesamtbestand der Exportdatensätze per sFTP-Upload auf dessen Datenannahme- und -weiterleitungsstelle zur Verfügung; der GKV-Spitzenverband regelt dazu Näheres, wie das zu verwendende DAW-Datenverfahren. Die Daten werden durch den GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen weitergeleitet.

Für den Export wird ein XML-Format (Struktur siehe 3.3 Datenmodelle) vorgeschlagen. Die Verzeichnisstelle wird beauftragt, anhand der beigefügten Grafiken (Punkt 3.3.1 und 3.3.2) und der nun folgenden tabellarischen Datensatzbeschreibung ein konkretes XML-Schema zu erstellen und den Vereinbarungspartnern zeitnah zur Abnahme vorzulegen. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 verwendet.

Zur Organisation der internen Clearingprozesse zwischen Krankenhaus und Geschäftsstelle werden zusätzliche Angaben, u. a. zum Bearbeiter des Datensatzes (Name, E-Mail-Adresse), Clearinghinweise, im Verzeichnis gespeichert. Diese Daten sind nicht Teil des Exportdatensatzes, sondern nur für das jeweilige Krankenhaus und die Geschäftsstelle des KHANR-VZ einsehbar. In der Datensatzbeschreibung unter 3.1 ist in der Spalte „Export“ ausgewiesen, ob die Daten im Exportdatensatz enthalten sind.

Die Verzeichnisstelle darf weitere Bearbeitungsinformationen speichern, soweit dies zur Abwicklung der Prozesse notwendig ist. Diese werden nicht exportiert und nur für die interne Bearbeitung verwendet.

3. Aufbau und Inhalt des Verzeichnisses

3.1 Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung

Das Verzeichnis hat zwei Ebenen:

- Ebene 1: Ebene des Gesamtverzeichnisses
- Ebene 2: Ebene des Eintrags zum Arzt (1-n wiederholbar)

Anzahl Stellen

Wenn eine Zahl angegeben wird, dann handelt es sich um eine fixe Stellenanzahl für das Datenfeld. Sofern eine Zahl nach zwei vorangestellten Punkten angegeben wird (z. B. ..35), handelt es sich um die höchstmögliche Stellenbelegung für das Datenfeld. Von-Bis-Wertebereiche werden durch zwei Ziffern, getrennt durch zwei Punkte, dargestellt (z. B. 2..5).

Feldart

M = Muss-Feld: Muss-Felder sind in den zu liefernden Datensätzen immer zu füllen.

K = Kann-Feld: Diese Felder werden nur gefüllt, wenn die dafür benötigten Informationen vorliegen.

Feldtyp

AN = alphanummerischer Wert

N = numerischer Wert

D = Datum im XML-Format

B = boolean (mögliche Werte „0“ = falsch, „1“ = wahr)

Export

J = Ja, der Datensatz wird beim wöchentlichen Export dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

N = Nein, der Datensatz wird nur zur Unterstützung von Prozessen der Verzeichnisstelle gespeichert und nicht im Exportdatensatz zur Verfügung gestellt.

3.2 Datensatzbeschreibung

Ebene: Gesamtverzeichnis

Segment	Attribute	Erläuterung	Feldtyp	Anzahl Stellen	Feldart	Export
Status Gesamtverzeichnis	Version des Gesamtverzeichnisses	Versionsnummer des Gesamtverzeichnisses (= Anzahl Aktualisierungen Gesamtverzeichnis)	N	∞	M	J
	Datum der letzten Aktualisierung		D	10	M	J

Ebene: Verzeichniseintrag – wiederholbar 1-n

Segment	Attribute	Erläuterung	Feldtyp	Anzahl Stellen	Feldart	Export
Version, Änderungsdatum und Arztnummer des Arztdateneintrags (Attribute)	Version des Arzt-datensatzes	Versionsnummer des Arzt-datensatzes (= Anzahl der Änderungen)	N	∞	M	J
	Datum der letzten Änderung/Gültigkeit ab	Datum der letzten Änderung des Arzt-datensatzes	D	10	M	J
	Arztnummer (ANR)	Datensatz kann durch das Krankenhaus auch ohne Angabe der ANR geschickt werden, wenn sie nicht vorliegt oder unbekannt ist. Während des Clearingprozesses kann dieses Feld noch leer sein. Exportiert werden nur Datensätze im Status OK, also nach Abschluss der Prüfungen (siehe Fußnote 1). ANR ist eine neunstellige Zahl.	AN	9	M	J
	Kommentar vom Bearbeiter	Bearbeiter im Krankenhaus kann vor dem Speichern einen Kommentar zur Änderung oder zum Neueintrag anlegen.	AN	..1501	K	N
Bearbeiter	Bearbeitende registerführende Stelle	Auswahlliste Code (siehe Auswahlliste unter 4). Bei allen Änderungen durch die Krankenhäuser oder die Geschäftsstelle ist in dieses Feld "KH" eingetragen.	AN	5	M	N
	Haupt-IK des bearbeitenden Krankenhauses		AN	9	M	N
	Sachbearbeiter Vorname		AN	..30	M	N
	Sachbearbeiter Nachname		AN	..255	M	N
	Sachbearbeiter E-Mail-Adresse		AN	..255	M	N

Segment	Attribute	Erläuterung	Feldtyp	Anzahl Stellen	Feldart	Export
Clearing-Informationen	Status der Version	Angabe, ob der Datensatz im Status "Clearing" (1), "Fehler" (2), "gesperrt" (9) oder "ok" (0) ist	N	1	M	N ¹
	Fehlercode	Fehlercodes (siehe Auswahl-liste unter Fehlercodes)	N	..2	K	N
	Bearbeitungs-ID	Temporäre ID; wird benötigt, wenn bei der Beantragung einer neuen ANR ein Clearingfall auftritt und noch keine ANR vorliegt.	N	..6	K	N
	Hinweis zum Clearing	Die Geschäftsstelle kann neben dem Fehlercode eine erklärende Freitextbemerkung zum Clearing einfügen, die das Krankenhaus einsehen kann.	AN	..1501	K	N
Arztdaten	Nachnamen des Arztes*		AN	..255	M	J
	Vornamen des Arztes*		AN	..255	M	J
	Geburtsdatum des Arztes*		D	10	M	J
	Geschlecht des Arztes	Auswahl Angabe nur: F,M oder X	AN	1	M	J
	Titel des Arztes	Promotionstitel des Arztes; nur Statuskennzeichen „1“ = Dokortitel laut Personalausweis vorhanden/„0“ = kein Dokortitel laut Personalausweis vorhanden	B	1	M	J
	Datum des Staatsexamens		D	10	M	J
	Datum der Approbation		D	10	M	J
	Datum der Promotion	Datum der ersten erlangten Promotion	D	10	K	J

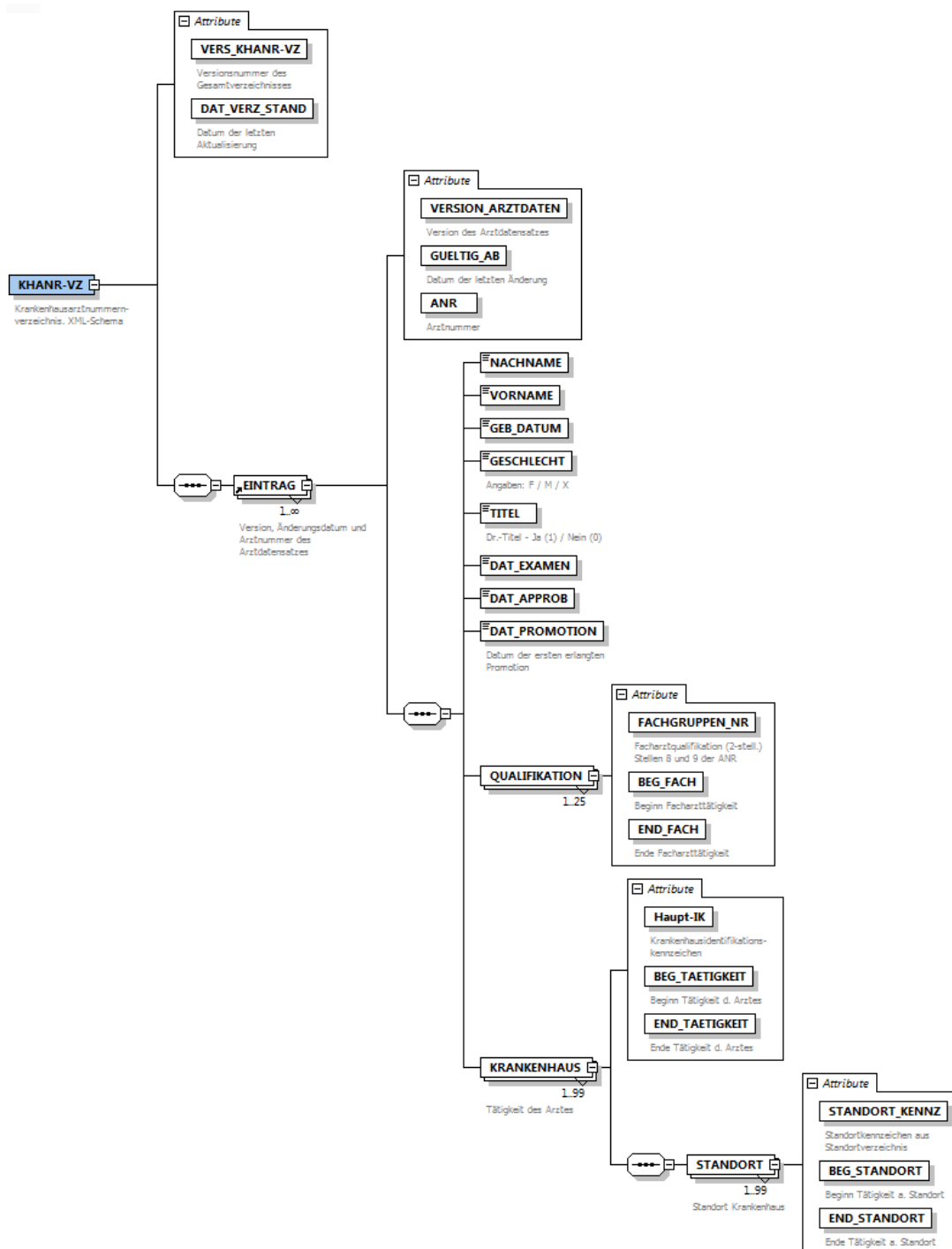
¹ Exportiert werden nur Datensätze im Status OK, also nach Abschluss der Prüfungen.

* Identifizierende Daten, die zum Abgleich mit der ANRV bei Neubeantragung oder Änderungen herangezogen werden

Segment	Attribute	Erläuterung	Feldtyp	Anzahl Stellen	Feldart	Export
Qualifikationen (wiederholbar)	Fachgruppencode (Stellen 8 und 9 der ANR)	Zweistellig; wird automatisch abgeleitet aus dem dreistelligen Arztregistercode. Zuordnung aus Anlage 1 der ANRV-Vereinbarung (Spalte FA/SP/TG Code)	AN	2	M	J
	Arztregistercode	Dreistellig; siehe ausführliche Erläuterung unter „5. Besondere Hinweise zur Arztnummer (ANR) und zu Fachgruppencodes“	AN	3	K	N
	Facharztstätigkeit Beginn	Datum Erlangung Facharzt-titel	D	10	M	J
	Facharztstätigkeit Ende	Datum Ende Facharzt-titel	D	10	K	J
Krankenhaus (wiederholbar)	Haupt-IK Krankenhaus-Identifikations-kennzeichen	Es wird immer das aktuell gültige Haupt-IK aus dem Standortverzeichnis verwendet, überschneidungsfrei und durchgängig.	N	9	M	J
	Beginn der Tätigkeit im Krankenhaus	Automatisch berechnet aus dem minimalen Datum „Beginn der Tätigkeit am Standort“.	D	10	M	J
	Ende der Tätigkeit im Krankenhaus	Automatisch berechnet aus dem maximalen Datum „Ende der Tätigkeit am Standort“.	D	10	K	J
	Standort-kennzeichen	Nur gültige Standortkennzeichen aus Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V	N	9	M	J
	Beginn der Tätigkeit am Standort	Datum des Beginns der Tätigkeit des Arztes am Standort	D	10	M	J
	Ende der Tätigkeit am Standort	Bei gelöschtem/n Standort/en im Standort-VZ: Prüfung der Zuordnung von Ärzten zu den ungültigen Standorten und Hinweis für Krankenhaus, dass Ärzte keinem gültigen Standort mehr zugewiesen sind.	D	10	K	J

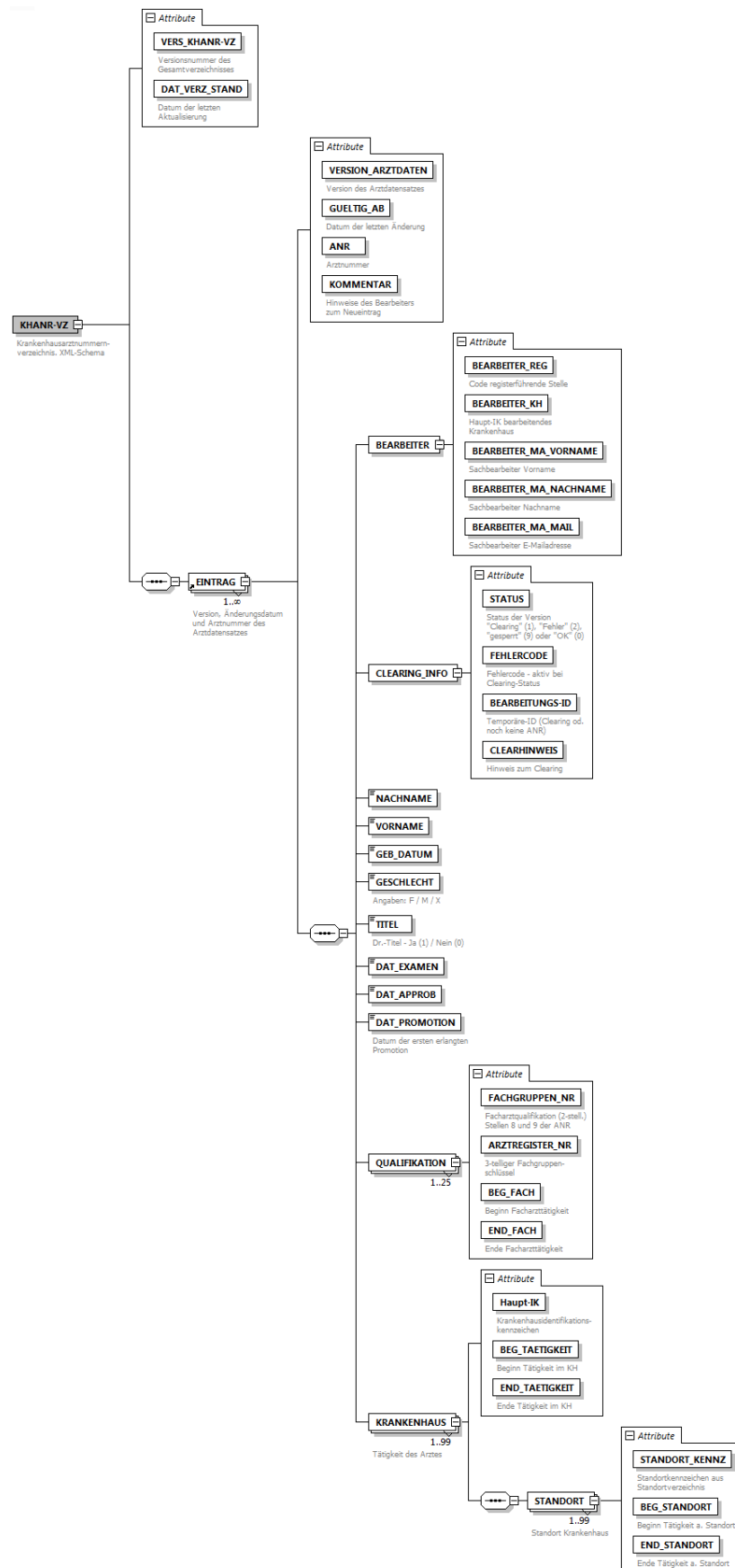
3.3 Datenmodelle

3.3.1 Datenmodell für Exportdatensatz



Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 7 SGB V vom 17.10.2018
Form und Inhalt der Verzeichnisdaten im Krankenhausarztnummernverzeichnis

3.3.2 Datenmodelle Gesamtverzeichnis



4. Auswahllisten

4.1 Bearbeitende registerführende Stelle

Code	Inhalt
KV 01	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KV 02	Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
KV 03	Kassenärztliche Vereinigung Bremen
KV 17	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
KV 20	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
KV 38	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV 46	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
KV 51	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
KV 52	Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
KV 71	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KB 72	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
KV 73	Kassenärztliche Vereinigung Saarland
KB 78	Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
KV 83	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KV 88	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
KV 93	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
KV 98	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
KV 74	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	KHANR-VZ
ANRV	ARNV (Falls die ARNV aufgrund von Entscheidungen der ANRV-Steuerungsgruppe direkt Änderungen durchführen muss.)

4.2 Fehlercodes

In der folgenden Tabelle sind die Fehlermeldungen aufgeführt, die bei Neuanlage eines Eintrags im KHANR-VZ oder der monatlichen Qualitätssicherung zwischen der ANRV und den beiden Verzeichnissen (KHANR-VZ bzw. BAR) auftreten können.

Code	Inhalt
00*	ANR ist falsch.
01*	ANR existiert nicht, aber ggf. gibt es im BAR schon eine. ²
16*	Es gibt schon eine ANR in der ANRV. ²
02*	Nachname ist falsch (ggf. durch Heirat?).
03*	Vorname ist falsch.
04*	Geburtsdatum ist falsch.
05*	Name und Vorname sind falsch.
06*	Name und Geburtsdatum sind falsch.
07*	Vorname und Geburtsdatum sind falsch.
08*	Name, Vorname und Geburtsdatum sind falsch.
26	Approbationsdatum ist falsch.
20	Datum erste Promotion ist falsch.
21	Datum Staatsexamen ist falsch.
09*	Name und Vorname wurden vertauscht.
10*	Name weist Abweichungen auf.
11*	Vorname weist Abweichungen auf.
12*	Geburtsdatum weist Abweichungen auf.
13*	Name und Vorname weisen Abweichungen auf.
14*	Name und Geburtsdatum weisen Abweichungen auf.
15*	Vorname und Geburtsdatum weisen Abweichungen auf.
22	Approbationsdatum weicht ab.
23	Datum erste Promotion weicht ab.
24	Geschlecht weicht ab.
25	ANR ist gesperrt.
18*	Keine Fehler (gültige ANR vorhanden)
19*	Keine Fehler (neue ANR vergeben)
26*	Mehr als eine ANR zum Arzt gefunden. ²
27	Nachnamen, Vornamen und Geburtsdatum stimmen exakt mit einer zu dieser ANR gehörenden historisierten Version überein.

* Fehlermeldungen, die im Abgleich mit den Daten aus der ANRV erzeugt werden bzw. von der ANRV nach der monatlichen Qualitätssicherung geschickt werden.

² Diese Fehlermeldungen können im KHANR-VZ nicht vorkommen. Sie wurden nur zur Vollständigkeit in die Liste aufgenommen.

Weitere Fehlercodes können vom Auftragnehmer vorgeschlagen und mit Zustimmung der Vereinbarungspartner in der Liste ergänzt werden.

5. Besondere Hinweise zur Arztnummer (ANR) und zu Fachgruppencodes

Die ANR für Krankenhausärzte ist in der Struktur neunstellig: Die ersten sechs Ziffern bleiben für die Dauer der Tätigkeit in mindestens einem der beiden Sektoren zuzüglich der nach Beendigung der Tätigkeit vorgegebenen Prüffrist von fünf Jahren gültig und unveränderlich, die siebte Stelle ist eine Prüfziffer, an achter und neunter Stelle folgt der zweistellige Fachgruppencode des Arztes laut Anlage 1 der ANRV-Vereinbarung. In der Eingabe über die Webportaloberfläche oder über die Schnittstellen der angebundenen Krankenhaus-IT-Systeme werden ggf. dreistellige Arztregistercodes erfasst. Diese sind von der Verzeichnisstelle in die entsprechenden zweistelligen Fachgruppencodes umzuwandeln und dem unter 1. genannten Datenbankeintrag „Fachgruppencode“ zuzuordnen. Hierzu dient eine entsprechende Zuordnungstabelle in Anlage 1 der ANRV-VZ.

6. Löschkonzept

Die Verzeichnisstelle entwickelt Routinen zur automatisierten Löschung von Einträgen im KHANR-VZ. Der Datensatz des Arztes zur Standortzugehörigkeit bzw. des jeweiligen Haupt-IKs als Zuordnung zum Krankenhaus soll gelöscht werden, wenn der Arzt fünf Jahre lang nicht mehr bei diesem beschäftigt ist. Die Löschung erfolgt somit anhand des letzten Enddatums am Standort bzw. den Standorten des jeweiligen Krankenhauses. Dieses Datum setzt das Krankenhaus bei Ausscheiden des ärztlichen Mitarbeiters. Die Löschung des gesamten Arzt Datensatzes aus dem KHANR-VZ soll erfolgen, wenn fünf Jahre lang kein Beschäftigungsverhältnis in einem der Standorte eines Krankenhauses oder der Standorte mehrerer Krankenhäuser (Haupt-IKs) mehr existiert. Vor Löschung muss dementsprechend geprüft werden, ob bei allen Standortzugehörigkeiten ein Enddatum „älter als fünf Jahre“ gesetzt worden ist.

Weiterhin gibt es Möglichkeiten der manuellen Löschung von Datensätzen. Die Vornahme von manuellen Löschungen müssen vom Auftragnehmer (Lenkungsausschuss) freigegeben und von der Geschäftsstelle dokumentiert werden.

Anlage 2: Berichte an den Lenkungsausschuss

1. Anzahl der Ärzte im KHANR-VZ gesamt
2. Anzahl der Ärzte im KHANR-VZ nach Bundesländern
3. Anzahl der neuvergebenen Arztnummern im KHANR-VZ im Monat
4. Anzahl der Neueintragungen im KHANR-VZ im Monat
5. Anzahl der Abfragen bereits vergebener Arztnummern mit dem Datenbestand der ANRV (bei Prozess Neuvergabe, wenn Rückmeldung einer bestehenden ANR aus der ANRV)
6. Durchschnittliche Anzahl der Ärzte im Krankenhaus
7. Durchschnittliche Anzahl der Fachgebiete je Arzt
8. Anzahl Ärzte je Fachgebiet (Stichtag)
9. Anzahl der Änderungen des Feldes „Ende Tätigkeit“ im Monat
10. Anzahl der Änderungen des Nachnamens im Monat
11. Anteil Ärzte männlich/weiblich/unbestimmt (Stichtag)
12. Summe der manuellen Clearingfälle pro Monat
13. Anzahl der manuellen Clearingverfahren unterteilt nach initiiender registerführender Stelle
14. Durchschnittliche Bearbeitungsdauer von manuellen Clearingfällen der Geschäftsstelle in Tagen
15. Häufigkeitsverteilung der manuellen Clearingfälle über Dauer der Bearbeitung in Tagen (z. B. Bearbeitungsdauer 5 Tage: 3 Clearingfälle, Bearbeitungsdauer 6 Tage: 13 Clearingfälle)
16. Anzahl der manuellen Clearingfälle (Clearingstatus = „Clearing“), die länger als zwei Wochen ohne Ergebnis sind (Stichtag)
17. Top 10 der meisten Clearingfälle pro Anzahl der registrierten Ärzte inklusive IK
18. Anzahl der Datenschutzanfragen im Monat
19. Anzahl der registrierten Nutzer im Webportal unterteilt nach „aktiv“ und „inaktiv“ (inaktiv = in dem Monat keine Anmeldung) im Monat
20. Anzahl angemeldeter Krankenhäuser/Haupt-IKs im Webportal im Monat
21. Anzahl der Aufrufe des Webportals im Monat (Standardwebseitenübersicht)
22. Anzahl der Schnittstellenaufrufe im Monat
23. Anzahl der Anmeldungen im Webportal im Monat
24. Anzahl Namensdubletten (Stichtag)
25. Anzahl vorgenommener Löschungen nach Löschkonzept im Monat (erst nach fünf Jahren erforderlich, wenn Löschkonzept greift)
26. Anzahl der gesperrten ANR an einem Stichtag (Clearingstatus = „Gesperrt“)
27. Anzahl der Ärzte mit mehr als drei Rumpfdatenänderungen in den letzten zwölf Monaten
28. Anzahl der Incidents
29. Top 5 der häufigsten Incidents inklusive Anzahl
30. Top 5 der häufigsten Service Requests inklusive Anzahl