



Bundesversicherungsamt

Datenbestimmung

nach § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV

in der Fassung vom 27.03.2013

Inhalt

VORBEMERKUNG	3
1 ALLGEMEINE ERLÄUTERUNGEN	4
1.1 Abgrenzung der Prüfbereiche	4
1.2 Datenquellen	4
1.3 Datenselektion und Datenübermittlung	5
2 ANFORDERUNG AN DIE PRÜFSATZARTEN	7
2.1 Technischer Aufbau	7
2.2 Satzart 110PV	8
2.3 Satzart 110PM	10
2.4 Satzart 400P	11
2.5 Satzart 500P	13
2.6 Satzart 600P	14

Gemäß § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV

bestimmt das Bundesversicherungsamt

nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes und den mit der Prüfung nach § 274 SGB V
beauftragen Stellen am 20.02.2013

das Nähere

zu Art, Umfang und Aufbereitungsform der Daten und Belege, die die Krankenkassen den
mit der Prüfung nach § 274 SGB V beauftragen Stellen zur Durchführung der Prüfung nach
§ 42 RSAV übermitteln,

wie folgt:

Vorbemerkung

Für die Prüfungen nach § 42 RSAV stellen die Krankenkassen den nach § 274 SGB V beauftragten Stellen (im Weiteren Prüfdienste genannt) Daten und Belege zur Verfügung, die zur Durchführung der Prüfungen nach § 42 RSAV benötigt werden.

Das Nähere zu Art, Umfang und Aufbereitungsform dieser Daten und Belege bestimmt gemäß § 42 Abs. 3 Satz 1 RSAV das BVA. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass für die Prüfung unabhängig vom jeweils zuständigen Prüfdienst einheitliche Vorgaben herrschen.

Die erforderlichen Daten werden von den Krankenkassen (bzw. von deren beauftragten Dienstleistern) erhoben und auf elektronischem Wege bereitgestellt. Inhaltlich und formal haben sie genaue Anforderungen zu erfüllen. In dieser Hinsicht ähneln sie den regulären RSA-Datenmeldungen (RSA-Satzarten) und werden im Folgenden als „Prüfsatzarten“ bezeichnet.

Die Prüfsatzarten werden grundsätzlich nur für jene Versicherte erhoben, die Teil der vom BVA gezogenen Stichprobe nach § 42 Abs. 2 Satz 2 RSAV sind. Entsprechend setzt die Erstellung der Prüfsatzarten voraus, dass die den Prüfdiensten vom BVA auf Pseudonymbasis bereitgestellte Liste der Stichprobenversicherten (vgl. § 42 Abs. 2 Satz 1 RSAV) auch den Krankenkassen vorliegt. Der hierfür erforderliche Datenaustausch ist nicht Gegenstand dieser Bestimmung.

1 Allgemeine Erläuterungen

Die nachfolgend beschriebenen Prüfsatzarten sind notwendiger Bestandteil der Prüfungen nach § 42 RSAV. Das Recht der Prüfdienste, darüber hinaus weitere Daten und Belege von den Krankenkassen zu Prüfzwecken anzufordern, bleibt unberührt.

1.1 Abgrenzung der Prüfbereiche

§ 42 Abs. 1 RSAV gibt getrennte Prüfungen für den Bereich „Versichertenzeiten“ auf der einen (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 RSAV) und den Bereich „Morbiditätsdaten“ auf der anderen Seite vor (§ 42 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 RSAV). Die Prüfsatzarten spiegeln diese Trennung wider: Für die Versichertenzeitenprüfung erstellen die Krankenkassen die Satzart 110PV. Für die Morbiditätsdatenprüfung sind es die Satzart 110PM und die Satzarten 400P-600P.

Die Prüfdienste haben mindestens alle zwei Jahre beide Bereiche zu prüfen und bestimmen jeweils, welches der beiden zuletzt nach § 41 RSAV abgeschlossenen und korrigierten Ausgleichsjahre Gegenstand der Prüfung wird (vgl. § 42 Abs. 1 Satz 1 RSAV). Hiervon ausgehend beziehen sich die Prüfsatzarten auf unterschiedliche Jahre: Während sich die Satzart 110PV auf das Ausgleichsjahr selbst bezieht, beziehen sich die Satzart 110PM und die Satzarten 400P-600P auf das dem Ausgleichsjahr vorangehende Kalenderjahr.

1.2 Datenquellen

Quelle für die Erstellung der Prüfsatzarten sind Originalabrechnungsdaten und Originalbelege, die die Krankenkassen (bzw. von diesen beauftragte Dienstleister) im Einklang mit den einschlägigen Vorschriften zur Datenaufbewahrung (vgl. § 30 Abs. 2 Satz 6 RSAV) archiviert haben. Um die Authentizität der Daten zu gewährleisten, haben die Krankenkassen grundsätzlich die Archivierungsstandards gemäß § 239 und § 257 Abs. 3 HGB einzuhalten (vgl. die Begründung der 24. RSAV-Änderungsverordnung zum § 30 Abs. 2 RSAV). Die Prüfdienste können jedoch alternative Archivierungslösungen akzeptieren, wenn erkennbar wird, dass bezogen auf zurückliegende Jahre die o.g. Standards nicht vollständig umgesetzt wurden bzw. umgesetzt werden konnten. Eine solche Vorgehensweise ist zwischen Prüfdiensten und Krankenkassen bilateral abzustimmen.

Grundsätzlich ist für die Selektion der Prüfsatzarten – sofern möglich – auf den zum Zeitpunkt der Selektion der offiziellen Satzarten gültigen Datenbestand abzustellen. Als Grundlage zur Erzeugung der Prüfsatzarten 110PV und 110PM werden die im Versichertenverzeichnis der Krankenkassen gespeicherten Daten herangezogen. Es handelt sich somit um das seinerzeit maßgebende Versichertenverzeichnis nach § 288 SGB V. Sofern Krankenkassen dieser historische Stand nicht mehr vorliegt, muss auf einen

aktuelleren Verzeichnisstand zurückgegriffen werden. Abweichungen in den Angaben zwischen den Satzarten 110PV/PM und der offiziellen Satzart 110, die sich hieraus ergeben, sind nicht als Fehler anzusehen, sofern die Krankenkasse die zwischen den beiden Selektionszeitpunkten eingetretenen Veränderungen durch entsprechende Belege dokumentieren und nachweisen kann. Gleiches gilt auch im Bereich der Morbiditätsdatenprüfung für die Satzarten 400P-600P, wenn deren Selektionsstand nicht dem der offiziellen Satzarten 400-600 entspricht.

Grundlage für die Erzeugung der Prüfsatzarten 400P-600P sind jene Daten und Belege, die von den Leistungserbringern an die Krankenkassen (bzw. an von diesen beauftragte Dienstleister) zum Zwecke der Leistungsabrechnung übermittelt wurden. Hierbei handelt es sich im Falle der elektronischen Datenübermittlung nach den §§ 295, 300 und 301 SGB V um die gemäß der jeweiligen Datenträger-Austauschvereinbarung gemeldeten Daten. Ihre Speicherung bei den Krankenkassen geht i.d.R. mit einer Entschlüsselung aus dem EDIFACT-Format einher, wodurch die Daten EDV-technisch lesbar gemacht werden. Darüber hinaus dürfen die für die Satzarten 400P-600P zu selektierenden Daten nur noch die technischen DTA-Prüfstufen 1-3 durchlaufen haben, so dass inhaltliche Veränderungen an den für die Prüfung maßgeblichen Datengrundlagen ausgeschlossen werden können. Vor Erzeugung der Prüfsatzarten 400P-600P führen die Krankenkassen zudem eine formale Versicherungszuordnungsprüfung durch.

Die Krankenkassen haben den Prüfdiensten jeweils nachzuweisen, dass weitergehende Änderungen an den Originalabrechnungsdaten nicht stattgefunden haben. Die Art dieses Nachweises ist bilateral zwischen den Krankenkassen und dem jeweils zuständigen Prüfdienst abzustimmen.

1.3 Datenselektion und Datenübermittlung

Die Krankenkassen erhalten eine achtwöchige Mindestvorlaufzeit, um die Satzart 110PV bzw. 110PM zu erstellen und zu übermitteln. Für die Bereitstellung der Satzarten 400P-600P, die zusätzlich zur Satzart 110PM zu erstellen sind, stehen den Krankenkassen vier weitere (und damit insgesamt 12) Wochen zur Verfügung. Die jeweilige Frist beginnt mit der Übermittlung der Liste der pseudonymisierten Stichprobenversicherten durch die Prüfdienste an die Krankenkassen (individueller Stichtag) und soll nach Möglichkeit außerhalb der Monate April bis einschließlich August eines Jahres liegen. In bilateraler Absprache können Prüfdienste und Krankenkassen von dieser zeitlichen Vorgabe abweichen und/oder eine Verlängerung der o.g. Fristen vereinbaren.

Die von den Krankenkassen (bzw. deren beauftragten Dienstleistern) erhobenen Daten werden den Prüfdiensten elektronisch und in maschinenlesbarer Form zur Verfügung gestellt. Jede Datenlieferung muss eindeutig einem Institutionskennzeichen zuordenbar sein.

Die Datenübermittlung muss auf sicherem Wege erfolgen und den für Sozialdaten geltenden datenschutzrechtlichen Anforderungen genügen. Die diesbezüglich für die Prüfung nach § 42 RSAV geltenden Rahmegrundsätze können der Anlage 1 „Übermittlung von Daten im Rahmen der Prüfungen nach § 42 RSAV“ zu dieser Datenbestimmung entnommen werden. Darüber hinaus können Prüfdienste und Krankenkassen weitergehende einheitliche Vereinbarungen treffen.

2 Anforderung an die Prüfsatzarten

2.1 Technischer Aufbau

Die folgenden technischen Spezifizierungen zum Datenaufbau gelten für sämtliche Prüfsatzarten:

Dateinamenskennung	
Aufbau Dateiname:	Angabe von Satzart, Berichtsjahr, Institutionskennzeichen, Erstelldatum
Beispiel Dateiname:	400P_2008_999999999_20130313
Satzart (SA)	
Lieferung:	separat und nach Institutionskennzeichen getrennt
Datensatz (in der SA)	
Übergabe an:	zuständigen Prüfdienst
Übergabe in:	Textdatei (Plain Text), Zeichencodierung ASCII mit Erweiterung nach ISO 8859-1 und ISO 8859-15 in fester Satzlänge
Datensatztrennzeichen:	Jeder Datensatz ist mit der Steuerzeichenfolge CR und LF bzw. LF abzuschließen, um das Ende des Datensatzes zu kennzeichnen
Datenfeld (im Datensatz)	
Übergabe in:	fester Datenfeldlänge, definiert gem. 2.2 bis 2.6
Struktur:	numerische Datenfelder rechtsbündig, alle anderen Datenfelder linksbündig
Trennzeichen:	keine
Leerstellen:	<i>Alphanumerische</i> Datenfelder sind mit Blanks aufzufüllen. <i>Numerische</i> Datenfelder sind mit führenden Nullen zu füllen.
Feldtyp (definiert Datenfeld)	
Alphanumerisch = A	Beliebiger Text aus Buchstaben, Ziffern und Sonderzeichen (Vorzeichen z.B. +/-)
Numerisch = N	Ziffern und Zahlen, jedoch <u>weder</u> Buchstaben <u>noch</u> Sonderzeichen. Kommata und Tausendertrennpunkte sind nicht zulässig.
Feldart (definiert Datenfeld)	
Muss = M	Die Datenfelder, die in der Spalte „Art“ ein „M“ führen, <i>müssen</i> mit den entsprechenden Daten gefüllt werden.
Kann = K	Die Datenfelder, die in der Spalte „Art“ ein „K“ führen, <i>können</i> mit den entsprechenden Daten gefüllt werden (optional). Wird das Feld inhaltlich nicht gefüllt, ist es gemäß der Anzahl seiner Stellen mit Blanks/Nullen aufzufüllen.

2.2 Satzart 110PV

Versichertenstammdaten für die Prüfung nach § 42 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 RSAV

Feld-Nr.	Feldbezeichnung	Stellen		Anzahl	Feldtyp	Feldart	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	Bis				
1	Satzart	1	5	5	A	M	110PV
2	Berichtsjahr	6	9	4	N	M	Berichtsjahr (JJJJ)
3	Betriebsnummer	10	17	8	N	M	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag (s. Abschnitt 1.3 der Datenbestimmung)
4	Betriebsnummer abweichend	18	25	8	N	M	Betriebsnummer der versichernden Krankenkasse zum Zeitpunkt der Erzeugung der offiziellen Satzart. Ist nur dann anzugeben, wenn abweichend von Feld-Nr. 3 (z.B. bei Fusion); ansonsten ist das Feld mit Nullen zu befüllen
5	Versichertenpseudonym	26	44	19	A	M	19-stelliger Pseudonymteil P2 des Versichertenpseudonyms des Stichprobenversicherten; lag keine bundeseinheitliche KVNR vor, handelt es sich um das von der Krankenkasse vergebene Pseudonym
6	KVNR	45	56	12	A	M	bundeseinheitliche KVNR bzw. KV-Nummer, aus der das Pseudonym gebildet wurde
7	Kassenindividuelle KVNR	57	68	12	A	M	kassenindividuelle KVNR (Mitgliedsnummer, Versichertennummer). Ist die KVNR (Feld 6) eindeutig, ist das Feld mit Blanks zu befüllen
8	Geburtsdatum	69	76	8	N	M	Geburtsdatum des Versicherten (JJJJMMTT)

9	RSA-Status	77	78	2	N	K	<p>RSA-Status/Versichertengruppe Die 1. Stelle (x) der Versichertengruppe entspricht dabei dem DMP-Status: 0y = Nicht DMP-versichert 1y = DMP-versichert Diabetes mellitus Typ II 2y = DMP-versichert Brustkrebs 3y = DMP-versichert KHK 4y = DMP-versichert Diabetes mellitus Typ 1 (DM1) 5y = DMP-versichert Asthma bronchiale (AB) 6y = DMP-versichert chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COP)</p> <p>Die 2. Stelle (y) gibt die Versichertengruppenzuordnung nach § 2 Abs. 1 RSAV wieder: x1= Versicherte gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 1 RSAV x2 = Versicherte gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 2 RSAV x3 = Versicherte gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 3 RSAV x4 = Versicherte gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 4 RSAV x5 = Versicherte gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 4 RSAV x6 = Versicherte gem. § 2 Abs. 1 Ziffer 5 RSAV</p> <p>Bei Wechsel des RSA-Status ist ein neuer Datensatz anzufügen.</p>
10	Versichertenart	79	85	7	A	K	<p>Die Versichertenart ist entsprechend dem Schlüsselverzeichnis der Krankenkasse einzutragen. Bei jedem unterjährigen Wechsel der Versichertenart ist ein neuer Datensatz anzufügen.</p>

11	Versicherungsbeginn	86	93	8	N	K	Beginn der Versicherungszeit (JJJMMTT), bezogen auf den jeweiligen RSA-Status aus Feld-Nr. 14. Liegt der Versicherungsbeginn vor dem Ausgleichsjahr, ist frühestens der 01.01. des zu prüfenden Berichtsjahres einzutragen. Bei einem unterjährigem Wechsel der Versichertenart ist der Beginn der Versichertenzeit in der jeweiligen Versichertenart anzugeben. Bei einem unterjährigem Versichertengruppenwechsel, z.B. in ein DMP, ist ein neuer Datensatz zu bilden, dessen Beginndatum der erste Tag der neuen Versichertengruppe ist.
12	Versichertenepisode	94	96	3	N	K	Es ist die auf den jeweiligen Datensatz (=gemeldeter /enthaltener Versicherungszeitraum – siehe RSA-Status) entfallende Versicherungsdauer im Berichtsjahr in Tagen anzugeben. Die Ermittlung erfolgt entsprechend der Zählweise der Programme der Kasse zur Ermittlung der RSA-Tage.

2.3 Satzart 110PM

Versichertenstammdaten für die Prüfung nach § 42 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 RSAV

Feld-Nr.	Feldbezeichnung	Stellen Von	Bis	Anzahl	Feldtyp	Feldart	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	5	5	A	M	110PM
2	Berichtsjahr	6	9	4	N	M	Berichtsjahr (JJJJ)
3	Betriebsnummer	10	17	8	N	M	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag (s. Abschnitt 1.3 der Datenbestimmung)
4	Betriebsnummer abweichend	18	25	8	N	M	Betriebsnummer der versichernden Krankenkasse zum Zeitpunkt der Erzeugung der offiziellen Satzart. Ist nur dann anzugeben, wenn abweichend von Feld-Nr. 3 (z.B. bei Fusion); ansonsten ist das Feld mit Nullen zu befüllen

5	Versichertenpseudonym Stammdaten	26	44	19	A	M	19-stelliger Pseudonymteil P2 des Versichertenpseudonyms des Stichprobenversicherten aus den Stammdaten; lag keine bundeseinheitliche KVNR vor, handelt es sich um das von der Krankenkasse vergebene Pseudonym
6	Versichertenpseudonym Morbiditätsdaten	45	63	19	A	M	19-stelliger Pseudonymteil P2 des Versichertenpseudonyms des Stichprobenversicherten aus den Morbiditätsdaten. Ist nur dann anzugeben, wenn abweichend von Feld-Nr.5 (bei Fusionen zwischen den Datenmeldungen); ansonsten ist das Feld mit Blanks zu befüllen
7	KVNR	64	75	12	A	M	bundeseinheitliche KVNR bzw. KV-Nummer, aus der das Pseudonym gebildet wurde
8	Kassenindividuelle KVNR	76	87	12	A	M	Kassenindividuelle KVNR (Mitgliedsnummer, Versichertennummer). Hier ist die KVNR des Versicherten einzutragen, falls die Abrechnung der Leistungserbringer nicht unter der bundeseinheitlichen KVNR vorgenommen wird (KVNR aus SA400P-600P). Bei mehreren KV-Nummern ist ein neuer Datensatz anzufügen. Ist die KVNR (Feld 7) eindeutig, ist das Feld mit Blanks zu befüllen
9	Geburtsdatum	88	95	8	N	M	Geburtsdatum des Versicherten (JJJJMMTT)

2.4 Satzart 400P

Verordnungsdaten für die Prüfung nach § 42 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 RSAV

Feld-Nr.	Feldbezeichnung	Stellen		Anzahl	Feldtyp	Feldart	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	Bis				
1	Satzart	1	4	4	A	M	400P
2	Berichtsjahr	5	8	4	N	M	Berichtsjahr (JJJJ)
3	Betriebsnummer	9	16	8	N	M	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag (s. Abschnitt 1.3 der Datenbestimmung)

4	Betriebsnummer abweichend	17	24	8	N	M	Betriebsnummer der versichernden Krankenkasse zum Zeitpunkt der Erzeugung der offiziellen Satzart. Ist nur dann anzugeben, wenn abweichend von Feld-Nr. 3 (z.B. bei Fusion); ansonsten ist das Feld mit Nullen zu befüllen
5	Absender	25	33	9	N	M	Absender-IK. Es ist das Institutionskennzeichen des Absenders anzugeben, aus dessen Datenbeständen die Satzart erstellt wurde (z.B. IK der Datenannahmestelle)
6	KVNR	34	45	12	A	M	Dem Pseudonym zugrunde liegende Krankenversichertennummer
7	KVNR DTA	46	57	12	A	M	Krankenversichertennummer aus DTA-Datenmeldung. Das Feld ist mit Blanks zu füllen, wenn die KVNR im Ersatzverfahren nicht gemeldet wurde.
8	Geburtsdatum DTA	58	65	8	N	M	Geburtsdatum des Versicherten (JJJJMMTT) aus DTA- Datenmeldung. Das Feld ist mit Nullen zu füllen, wenn das Geburtsdatum im DTA-Verfahren nicht gemeldet wurde.
9	Verordnungs- datum	66	73	8	N	M	Verordnungsdatum (JJJJMMTT) entsprechend der geltenden RSA- Bestimmung
10	Pharmazentral- nummer	74	81	8	N	M	Pharmazentralnummer (PZN), Kennzeichen nach § 300 Abs. 3 SGB V und Sonderkennzeichen, zu beachten sind Besonderheiten bei der Verordnung von Hämophilie- Produkten.
11	Anzahl Einheiten	82	90	9	N	M	Anzahl der Einheiten – Feld-Nr. 11 oder 12 muss gefüllt werden.
12	Faktor	91	99	9	N	M	Verwendeter Anteil der Packung – Feld-Nr. 11 oder 12 muss gefüllt werden.
13	Zusatzfeld	100	149	50	A	K	Freies Textfeld, Merkmale der Krankenkassen zur Identifizierung der Originalmeldung/-datensätze – nur zur internen Verwendung.

2.5 Satzart 500P

Diagnosedaten aus der Krankenhausversorgung für die Prüfung nach § 42 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 RSAV

Feld-Nr.	Feldbezeichnung	Stellen		Anzahl	Feldtyp	Feldart	Inhalt bzw. Erläuterung
		Von	Bis				
1	Satzart	1	4	4	A	M	500P
2	Berichtsjahr	5	8	4	N	M	Berichtsjahr (JJJJ)
3	Betriebsnummer	9	16	8	N	M	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag (s. Abschnitt 1.3 der Datenbestimmung)
4	Betriebsnummer abweichend	17	24	8	N	M	Betriebsnummer der versichernden Krankenkasse zum Zeitpunkt der Erzeugung der offiziellen Satzart. Ist nur dann anzugeben, wenn abweichend von Feld-Nr. 3 (z.B. bei Fusion); ansonsten ist das Feld mit Nullen zu befüllen
5	Absender	25	33	9	N	M	Absender-IK. Es ist das Institutionskennzeichen des Absenders anzugeben, aus dessen Datenbeständen die Satzart erstellt wurde (z.B. IK der Datenannahmestelle)
6	KVNR	34	45	12	A	M	Dem Pseudonym zugrunde liegende Krankenversichertennummer
7	KVNR DTA	46	57	12	A	M	Krankenversichertennummer aus DTA-Datenmeldung. Das Feld ist mit Blanks zu füllen, wenn die KVNR im Ersatzverfahren nicht gemeldet wurde.
8	Geburtsdatum DTA	58	65	8	N	M	Geburtsdatum des Versicherten (JJJJMMTT) aus DTA-Datenmeldung. Das Feld ist mit Nullen zu füllen, wenn das Geburtsdatum im DTA-Verfahren nicht gemeldet wurde
9	Entlassungsdatum	66	73	8	N	M	Entlassungstag (JJJJMMTT) aus der Entlassungsmittelung. Bei ambulanten Operationen im KH nach § 115b SGB V ist das Zugangsdatum anzugeben.

10	Art der Behandlung	74	74	1	N	M	Art der Behandlung 1 = vollstationär 2 = teilstationär 3 = ambulante OP im Krankenhaus 0 = sonstige
11	Diagnose	75	83	9	A	M	Diagnose, kodiert nach ICD 10 GM bei Krankenhausentlassung; die Meldung kann auf die RSA-Krankheitsfilter-Diagnosen des entsprechenden Ausgleichsjahres beschränkt werden
12	Art der Diagnose	84	84	1	N	M	1 = Hauptdiagnose 2 = Nebendiagnose
13	Zusatzfeld	85	134	50	A	K	Freies Textfeld, Merkmale der Krankenkasse zur Identifizierung der Originalmeldung/-datensätze – nur zur internen Verwendung.

2.6 Satzart 600P

Diagnosedaten aus der ambulanten Versorgung für die Prüfung nach § 42 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 RSAV

Feld-Nr.	Feldbezeichnung	Stellen Von	Bis	Anzahl	Feldtyp	Feldart	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	4	4	A	M	600P
2	Berichtsjahr	5	8	4	N	M	Berichtsjahr (JJJJ)
3	Betriebsnummer	9	16	8	N	M	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag (s. Datenbestimmung)
4	Betriebsnummer abweichend	17	24	8	N	M	Betriebsnummer der versichernden Krankenkasse zum Zeitpunkt der Erzeugung der offiziellen Satzart. Ist nur dann anzugeben, wenn abweichend von Feld-Nr. 3 (z.B. bei Fusion); ansonsten ist das Feld mit Nullen zu befüllen
5	Absender	25	33	9	N	M	Absender-IK. Es ist das Institutionskennzeichen des Absenders anzugeben, aus dessen Datenbeständen die Satzart erstellt wurde (z.B. IK der Datenannahmestelle).
6	KVNR	34	45	12	A	M	Dem Pseudonym zugrunde liegende Krankenversicherternummer

7	KVNR DTA	46	57	12	A	M	Krankenversicherertennummer aus DTA-Datenmeldung. Das Feld ist mit Blanks zu füllen, wenn die KVNR im Ersatzverfahren nicht gemeldet wurde.
8	Geburtsdatum DTA	58	65	8	N	M	Geburtsdatum des Versicherten (JJJJMMTT) aus DTA-Datenmeldung. Das Feld ist mit Nullen zu füllen, wenn das Geburtsdatum im DTA-Verfahren nicht gemeldet wurde
9	Leistungsquartal	66	70	5	N	M	Abrechnungsquartal (QJJJJ, wobei das Quartal durch arabische Ziffern repräsentiert wird)
10	Diagnose	71	82	12	A	M	Behandlungsdiagnose, kodiert nach ICD 10 GM; die Meldung kann auf die RSA-Krankheitsfilter-Diagnosen des entsprechenden Ausgleichsjahres beschränkt werden
11	Diagnosesicherheit	83	83	1	A	M	A = ausgeschlossene Diagnose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand 0 = sonstige
12	Kennzeichen Abrechnungsweg	84	84	1	N	M	Kennzeichen 1 = Datenmeldung nach § 295 SGB V 2 = Diagnose aus amb. Behandlung im KH nach § 116a oder b SGB V, Diagnose aus HSA nach § 117 SGB V, Diagnose aus PIA nach § 118 SGB V, Diagnose aus SPZ nach §119 SGB V, Diagnose aus §120 Abs. 1a SGB V 3 = Sonstiges
13	Zusatzfeld	85	134	50	A	K	Freies Textfeld; Merkmale der Krankenkasse zur Identifizierung der Originalmeldung/-datensätze – nur zur internen Verwendung.