



III/Vö/ug

12.7.2010

Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V

Hinweise für die Übermittlung ab dem 3. Quartal 2010

Die Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V (Anlage 1) regelt das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V. Sie ist mit Unterzeichnung im April 2010 in Kraft getreten und erfordert die Übermittlung erstmals im 3. Quartal 2010 für das 1. und 2. Quartal 2010.

1 Rechtliche Grundlage

Das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 setzt durch Änderung des § 120 Abs. 3 SGB V fest, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund Ermächtigung teilnehmenden

- Hochschulambulanzen (HSA) gem. § 117 SGB V,
- psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) gem. § 118 SGB V und
- sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) gem. § 119 SGB V

in ihren Abrechnungsunterlagen die in § 295 Abs. 1 (Nr. 2 und 3) SGB V genannten Angaben den jeweiligen Krankenkassen ab dem 1. Januar 2010 direkt im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträger übermitteln müssen.

Das „Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke“ muss von den Vertragsparteien nach § 301 Abs. 3 SGB V vereinbart werden, was in enger Abstimmung auch mit dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) erfolgte.

Ziel der gesetzlichen Verpflichtung zur elektronischen Abrechnung ist die Sicherung der Datengrundlagen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. In der Begründung zur Änderung des § 120 SGB V wird dazu ausgeführt: *„Da die bisher nicht bestehende Verpflichtung zur Übermittlung der Daten per Datenträgeraustausch nicht mehr für das Jahr 2009 realisierbar ist, tritt diese Regelung zum 1. Januar 2010 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt sind von den Beteiligten die Vorbereitungen für die Datenübermittlung per Datenträgeraustausch zu treffen.“*

Eine allgemeine Umstellung in den HSA, PIA und SPZ auf eine bundeseinheitlich geregelte elektronische Abrechnung unter Einbeziehung differenzierter Angaben war mit Wirkung zum 1.1.2010 aufgrund der Ausgangsbedingungen bei allen Beteiligten nicht realisierbar.

Daher wurde mit dem GKV-Spitzenverband in zweistufiges Vorgehen vereinbart:

- **Ersatzverfahren ab 3. Quartal 2010** für patientenbezogene Angaben,
- Regelverfahren für Abrechnungszwecke nach Klärung der notwendigen fachlichen und technischen Festlegungen.

Dieses Vorgehen hat das Bundesversicherungsamt (BVA) mit der Maßgabe toleriert, dass das Ersatzverfahren eine kurzfristige Zwischenlösung bleiben muss.

2 Grundsätzliche Festlegungen für die Übermittlung

Die Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V enthält Festlegungen, die für das Ersatzverfahren wie auch das künftige, noch festzuschreibende Regelverfahren gelten.

- a. Die (Abrechnungs-) Unterlagen müssen maschinell verwertbar auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübermittlung an die Annahmestellen der Krankenkassen übermittelt werden (§ 2).

Die Annahmestellen der Krankenkassen sind in der Anlage 4 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V aufgelistet. Voraussetzung für die Übermittlung an die Annahmestelle ist, dass zuvor eine „Checkliste für den Datenaustausch“ der Krankenkassen (Anlage 2) ausgefüllt wird, die Angaben zur Kommunikation und zu Ansprechpartnern enthält. Die Checkliste muss nur von Einrichtungen ausgefüllt werden, die noch keine elektronische Übermittlung im § 301-Verfahren durchführen.

- b. Die Übermittlung erfolgt mit der Nachricht AMBO in Übereinstimmung mit den Festlegungen der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V (§ 4 Abs. 1).

Die Nachricht AMBO enthält die Angaben für jeweils einen Fall im Quartal, sie ist also entsprechend der Anzahl Fälle im Quartal zu „wiederholen“ und muss je empfangende Krankenkasse in der „Verpackung“ entsprechend der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V übermittelt werden (siehe unten).

- c. Die Übermittlung muss erstmals als Ersatzverfahren im 3. Quartal 2010 für das 1. und 2. Quartal 2010 erfolgen (§ 6 Abs. 3).
- d. Für das Ersatzverfahren ist ein reduzierter Datenkranz mit der Nachricht AMBO zu übermitteln. Das Ersatzverfahren dient nicht der Abrechnung, es ergänzt sie (§ 6 Abs. 2).

Im Ersatzverfahren werden lediglich die Patientendaten und Behandlungsdiagnosen übermittelt. Für weitere Angaben in der Nachricht AMBO sind Vorgabeinhalte festgelegt, die dazu dienen, die Nachricht AMBO technisch einwandfrei übermitteln zu können.

Die Nachricht AMBO enthält im Ersatzverfahren für einen Fall im Quartal im Wesentlichen folgende Informationen:

- Krankenversicherten-Nr.
- Versichertenstatus
- KH-internes Kennzeichen des Versicherten
- Name des Versicherten
- Vorname des Versicherten
- Geschlecht
- Geburtsdatum des Versicherten
- ICD-Version
- Fachabteilung
- Behandlungsdiagnose(n)

Weitere Angaben in der Nachricht AMBO werden mit Vorgabewerten belegt (siehe: Anhang zur Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V und Anlage 3).

- e. Der Beginn der Übermittlung im Regelverfahren wird durch die Vereinbarungs-
parteien gesondert in Verbindung mit den dafür noch erforderlichen fachlichen
und technischen Festlegungen geregelt (§ 6 Abs. 1).

Die Festlegungen für das Regelverfahren, das die elektronische Abrechnung umfasst, werden im 2. Halbjahr 2010 verhandelt werden. Für die verbindliche Umstellung auf das Regelverfahren ist eine Fortschreibung der Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V erforderlich, bei der insbesondere auch die für die Umstellung verfügbare Zeit festgelegt werden muss. Es steht außer Frage, dass die Umsetzung sich nicht unmittelbar an die Fortschreibung anschließen kann.

3 Technische Einzelheiten der Übermittlung

Aus der Bezugnahme auf die Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V ergeben sich folgende technischen Einzelheiten der Übermittlung:

- a. Eine Nachricht AMBO enthält die Daten für jeweils einen Versicherten. Sie wird mit folgenden den Segmenten gebildet:

UNH, FKT, INV, NAD, CUX, DPV, REC, RZA, BDG, ENA, UNT.

Die Struktur und der Inhalt der Nachricht AMBO ist in der Anlage zur Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V aufgeführt (siehe auch Anlage 3)

- b. Die AMBO-Nachrichten für Versicherte einer Krankenkasse werden insgesamt in einer Nutzdatendatei zusammengefasst, die mit dem Segment UNB eingeleitet und dem Segment UNZ beendet wird (siehe auch Anlage 3).

UNB, UNH-(AMBO)-UNT, ..., UNH-(AMBO)-UNT, UNZ

- c. *Vor der Übermittlung an die Annahmestelle der Krankenkasse muss die Nutzdatendatei mit dem PKCS#7-Verfahren auf die entschlüsselungsberechtigte Empfangsstelle verschlüsselt werden.*
- d. *Für die Übermittlung an die Annahmestelle der Krankenkasse muss der verschlüsselten Nutzdatendatei als getrennte Datei ein unverschlüsselter Auftragsdatensatz vorangestellt werden.*

Zu Struktur und Inhalt des Auftragsdatensatzes siehe Anlage 4.

Für Einrichtungen, die an der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V teilnehmen, können die bestehenden Routinen verwendet werden. Als Besonderheit ist die wesentliche höhere Anzahl von AMBO-Nachrichten in einer quartalsbezogenen Übermittlung zu berücksichtigen und ggf. mit der Empfangsseite abzuklären.

Einrichtungen, die keine bestehende Routine in der Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V haben oder nutzen können, benötigen ein eigenes Verschlüsselungszertifikat und das jeweilige Verschlüsselungszertifikat der empfangenden Krankenkasse bzw. entschlüsselungsberechtigten Stelle. Ein eigenes Verschlüsselungszertifikat kann über die Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH, DKTIG, (dktig.de) oder auch über die ITSG - Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (itsg.de) beantragt und bezogen werden. Auf den Webseiten beider Gesellschaften werden die Schlüsselverzeichnisse der Annahmestellen bereitgestellt.

Die Übermittlung der Dateien erfolgt in der Regel mit einer Softwarelösung, die im FTAM-Verfahren eine Verbindung mit der Annahmestelle aufbaut, alternativ ist auch eine Übermittlung als MHS-Nachricht möglich. In Absprache mit der jeweiligen Annahmestelle der Krankenkasse kann auch eine Übermittlung durch E-Mail in Betracht kommen; dies ist individuell zu klären.

Einzelheiten zu den Dateistrukturen und Übermittlungsverfahren sind in der Anlage 4 (Technische Anlage) und dem Anhang zur Anlage 4 (Verschlüsselung, Übertragungsdateien) der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V geregelt. Werden die AMBO-Nachrichten per E-Mail übermittelt sind Abweichungen und Besonderheiten mit der jeweiligen Annahmestelle individuell zu klären.

Vor Beginn der tatsächlichen Übermittlung ist eine Testübermittlung vorzunehmen um ggf. erforderliche Anpassungen erkennen und vernehmen zu können.

4 Ausnahmeregelungen

Die Vereinbarung sieht folgende Ausnahmen bzw. abweichende Regelungen vor:

- a. Für einzelne Leistungsarten, für die keine Patientenzuordnung möglich ist bzw. ausschließlich für externe Laboreinsendungen können die Vereinbarungsparteien bestimmen, dass die Übermittlung nach dieser Vereinbarung entfallen kann und eine Rechnung in Papierform erfolgt (§ 3 Abs. 2).

Diese Ausnahme stellt vorrangig auf die elektronische Abrechnung im Regelverfahren ab. Das jetzt anstehende Ersatzverfahren ist zwar nicht unmittelbar erwähnt, allerdings gelten die Ausgangsbedingungen auch die Übermittlung im Ersatzverfahren, insoweit kann diese Ausnahme auch im Ersatzverfahren in Anspruch genommen werden.

- b. Die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V übermitteln in der Regel nach Ablauf des Abrechnungsquartals die Abrechnungsunterlagen nach dieser Vereinbarung, soweit keine andere Regelung in der Vergütungsvereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V vereinbart ist (§ 4 Abs. 2).

Enthält die Vergütungsvereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V eine andere zeitliche Festlegung für die Übermittlung der Abrechnungsunterlagen, ist die dort getroffene Regelung maßgeblich und konkretisiert bzw. ersetzt die Festlegung „nach Ablauf des Abrechnungsquartals“.

- c. Soweit von der Vereinbarung auf Grund einer bestehenden Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V abgewichen wird, ist ein Abschlag von der Abrechnung gemäß § 303 Abs. 3 SGB V nicht zulässig (§ 7 Abs. 2).

§ 303 Abs. 3 SGB V verpflichtet die Krankenkassen zur Nacherfassung, wenn die u.a. nach § 295 Abs. 1 und 2 SGB V zu übermittelnden Daten nicht elektronisch oder maschinell verwertbar übermittelt werden. Haben die Leistungserbringer dies zu vertreten, haben die Krankenkassen die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 vom Hundert des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.

Die Ausnahme in § 7 Abs. 2 stellt klar, dass die Voraussetzungen für eine Rechnungskürzung nicht gegeben sind, wenn in einer bestehenden Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V eine abweichendes Vorgehen vereinbart ist. Sie schützt damit bestehende Verfahren in dem mit der Vereinbarung gegebenen Rahmen.

**Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V
über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen
für die Einrichtungen nach §§ 117 bis 119 SGB V**

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren als Vertragsparteien nach § 301 Abs. 3 SGB V gemäß § 120 Abs. 3 SGB V das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für die Einrichtungen gemäß §§ 117 bis 119 SGB V.

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für die Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), die psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V), im Folgenden als „Einrichtungen“ bezeichnet.
- (2) Für die Hochschulambulanzen gilt diese Vereinbarung ausschließlich für den Bereich der Humanmedizin; der Bereich der Zahnmedizin ist von dieser Vereinbarung ausgenommen. Hierzu nehmen die Vereinbarungsparteien eine gesonderte Fortschreibung dieser Vereinbarung vor.

§ 2

Form der Abrechnungsunterlagen

Die Abrechnungsunterlagen werden von den Einrichtungen maschinell verwertbar auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübermittlung an die Annahmestellen der Krankenkassen entsprechend § 4 Absatz 4 übermittelt.

§ 3

Inhalt der Abrechnungsunterlagen

- (1) Die Einrichtungen übermitteln für jeden Behandlungsfall im Abrechnungsquartal mit der Nachricht gemäß § 4 Abs. 1 (AMBO) folgende Inhalte:
 1. Institutionskennzeichen des Krankenhauses (der Einrichtung),
 2. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
 3. Krankenversicherten-Nr., sofern vorhanden,
 4. Versichertenstatus, sofern vorhanden,
 5. Gültigkeit der Versichertenkarte, sofern vorhanden,
 6. krankenhausinternes Kennzeichen des Versicherten,
 7. Vertragskennzeichen, sofern vorhanden,
 8. Name, Vorname, Geschlecht und Geburtsdatum des Versicherten,

9. Anschrift des Versicherten, sofern keine Krankenversicherten-Nr. angegeben wird,
 10. Rechnungsnummer,
 11. Rechnungsdatum,
 12. Rechnungsart,
 13. Tag des Zugangs (im Abrechnungsquartal),
 14. Rechnungsbetrag,
 15. Zuzahlungsbetrag und Zuzahlungskennzeichen,
 16. behandelnde Fachabteilung,
 17. Arztnummer und Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes oder Zahnarzt Nummer des überweisenden Zahnarztes gemäß § 295 Abs. 1 SGB V bei Überweisungsfällen,
 18. Behandlungsdiagnosen, ggf. mit Sekundärdiagnose, gem. § 295 Abs. 1 SGB V,
 19. Prozeduren gem. § 295 Abs. 1 SGB V, soweit als Abrechnungsunterlage gem. § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich,
 20. Entgeltschlüssel für die mit dem Rechnungsbetrag in Rechnung gestellte Entgeltart,
 21. Tag der Behandlung (erster Tag der Behandlung im Quartal bei Quartalspauschalen),
 22. Punktzahl und Punktwert, sofern vereinbart,
 23. Entgeltbetrag (Einzelbetrag),
 24. Entgeltanzahl,
 25. Einzelvergütung mit (Schlüssel-)Erläuterung und Texterläuterung, sofern vereinbart,
 26. Verarbeitungskennzeichen, laufende Nummer des Geschäftsvorfalles, Währungskennzeichen, Diagnosen-/Prozedurenversion,
 27. Debitoren-Konto-Nr. und Referenznummer des Krankenhauses sowie IK des Krankenhauses für Zahlungsweg, sofern vorhanden,
 28. ein Datenelement („Honorarsumme“) mit dem Vorgabewert „0,00“.
- (2) Die Parteien dieser Vereinbarung können bestimmen, dass für einzelne bestehende Leistungsarten, für die keine Patientenzuordnung möglich ist, bzw. ausschließlich für externe Laboreinsendungen die Übermittlung nach dieser Vereinbarung entfallen kann und eine Rechnung in Papierform an die Krankenkassen erfolgt, sofern keine gesetzlichen Regelungen entgegenstehen. Zukünftige Vergütungsvereinbarungen der Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V müssen eine Übermittlung der Abrechnung nach dieser Vereinbarung erlauben.

§ 4

Übermittlung

- (1) Die Übermittlung erfolgt mit der Nachricht AMBO (Anlage) in Übereinstimmung mit den Festlegungen in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, soweit in § 5 und § 6 keine anderen Festlegungen getroffen sind. Bei der Übermittlung zu verwendende Entgeltschlüssel werden gesondert als Bestandteil zu Anhang B (Entgeltarten) der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festgelegt. Neben der Nachricht AMBO können die Nachricht ZAAO als Zahlungssatz der Krankenkasse und die Nachricht FEHL (Fehlernachricht) aus Anhang 1 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V entsprechend verwendet werden.
- (2) Die Einrichtungen übermitteln in der Regel nach Ablauf des Abrechnungsquartals die Abrechnungsunterlagen nach dieser Vereinbarung, soweit in der Vergütungsvereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V keine andere Regelung vereinbart ist.
- (3) Eine Übermittlung von Überweisungsscheinen (Muster 6) und anderen Vordrucken an die Krankenkasse erfolgt nur auf gesonderte Anforderung in besonderen Einzelfällen. Für das Ersatzverfahren gelten die von den Parteien der Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffenen Regelungen.
- (4) Die Einrichtungen übermitteln die Daten nach § 3 Abs. 1 an die gemäß Anlage 4, Kapitel 9 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V gültigen Annahmestellen der Krankenkassen.

§ 5

Besondere Festlegungen

- (1) Soweit diese Vereinbarung nichts Anderweitiges festlegt, gelten die in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V getroffenen Regelungen.
- (2) Fortschreibungen (Schlüssel Fortschreibungen, Nachträge und Fortschreibungen) der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V treten, soweit ausschließlich die Einrichtungen davon betroffen sind, jeweils erst mit gesonderter Zustimmung der Partner dieser Vereinbarung gemäß § 7 Abs. 3 in Kraft. Die Gesamtdokumentation für beide Vereinbarungen wird einheitlich als „Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V, ergänzt um Festlegungen nach § 120 Abs. 3 SGB V“ zusammengeführt.
- (3) Für das Fehlerverfahren legen die Partner dieser Vereinbarung die Bedingungen für die Prüfung der Abrechnung einheitlich fest. Die Überprüfung der Arzt- und der Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes (Nr. 17) durch die Krankenkassen löst keine Fehlermeldungen an die Einrichtung aus.

§ 6

Beginn der Übermittlung

- (1) Der Beginn der Übermittlung wird durch die Vereinbarungsparteien gesondert in Verbindung mit den dafür noch erforderlichen fachlichen und technischen Festlegungen geregelt. Dem Beginn der Übermittlung muss ein beiderseitiger Anbindungstest mit erfolgreicher Verarbeitung einer Testübermittlung vorausgehen. Die Verpflichtung zur Datenübermittlung setzt die Umsetzung des Verfahrens voraus.
- (2) Bis zum Beginn der Übermittlung entsprechend Absatz 1 werden als Ersatzverfahren von den Einrichtungen mit der Nachricht AMBO die Inhalte nach § 3 ohne die Nrn. 5, 7, 15, 17, 19, 22, 25 und 27, mit den Vorgabewerten „X“ für Nr. 10, „02“ oder „04“ für Nr. 12, „XXXXX“ für Nr. 20, „0,00“ für die Nrn. 14 und 23 und „0“ für Nr. 24, mit dem ersten Tag des Abrechnungsquartals oder dem aktuellen Systemdatum für Nr. 11 sowie mit dem ersten Tag des Abrechnungsquartals für die Nrn. 13 und 21 übermittelt. Das Ersatzverfahren ist in der Anlage zu dieser Vereinbarung dokumentiert. Es dient der nachrichtlichen Übermittlung der Behandlungsdiagnosen in Ergänzung zu der bestehenden, für die Vergütungszahlung verbindlichen Abrechnung.
- (3) Die Übermittlung im Ersatzverfahren erfolgt erstmals im 3. Quartal 2010 für das 1. und 2. Quartal 2010 als Abrechnungsquartale.

§ 7

Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres mittels eines eingeschriebenen Briefs gekündigt werden.
- (2) Soweit von dieser Vereinbarung auf Grund einer bestehenden Vereinbarung gemäß § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V abgewichen wird, liegt die Voraussetzung des § 303 Abs. 3 Satz 2 SGB V nicht vor, eine Anwendung des § 303 Abs. 3 SGB V ist dann ausgeschlossen.
- (3) Für den Fall der Kündigung erklären die Vereinbarungsparteien ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.
- (4) Für den Fall einer erforderlichen Anpassung sehen die Vereinbarungsparteien eine Fortschreibung in beiderseitigem Einvernehmen vor, ohne dass es einer Kündigung der Vereinbarung bedarf.

Anlage: Nachricht AMBO und Ersatzverfahren gemäß § 6

Berlin, 16. März 2010

GKV-Spitzenverband

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Anlage zur Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V**Ersatzverfahren: Verwendung der Nachricht AMBO**

Im Ersatzverfahren ist die Nachricht AMBO mit den nachfolgend festgelegten Inhalten an die Krankenkasse zu übermitteln. Andere elektronische Übermittlungen ergänzend zur regulären Abrechnung entfallen.

Die Krankenkasse antwortet mit einer Empfangsbestätigung. Bei elektronischer Übermittlung erfolgt dies durch die systemseitige Quittierung der fehlerfreien Datenübertragung. Eine Nachricht ZAAO wird im Ersatzverfahren nicht übermittelt.

Segment	Inhalt	Art	Typ/Länge	Inhalt/Erläuterung
FKT	Segment Funktion	M	an3	'FKT'
	Verarbeitungskennzeichen	M	an2	'01', (Fallstorno '03')
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	M	an2	'01', ...
	IK des Absenders	M	an9	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	M	an9	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	M	an3	'INV'
	Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
	Versichertenstatus	K	an5	Schlüssel 12, '99999' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte			Angabe entfällt
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	M	an..15	
	Fall-Nummer der Krankenkasse			Angabe entfällt
	Aktenzeichen der Krankenkasse			Angabe entfällt
	Tag des Beginns des Versicherungsschutzes			Angabe entfällt
NAD	Vertragskennzeichen			Angabe entfällt
	Segment Name/Adresse	M	an3	'NAD'
	Name des Versicherten	M	an..47	
	Vorname des Versicherten	M	an..30	
	Geschlecht	M	an1	Schlüssel 21
	Geburtsdatum des Versicherten	K	an8	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	K	an..30	
	Postleitzahl	K	an..7	
	Wohnort	K	an..25	
	Titel des Versicherten	K	an..17	
Internationales Länderkennzeichen	K	an..3	Schlüssel 7	

CUX	Segment Währung	M	an3	'CUX'
	Währungskennzeichen	M	an3	Schlüssel 18
DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	M	an3	'DPV'
	ICD-Version	M	an..6	Versionskennung des Diagnoseschlüssels
	OPS-Version			Angabe entfällt
REC	Segment Rechnung	M	an3	'REC'
	Rechnungsnummer	M	an..20	'X'
	Rechnungsdatum	M	an8	'20100701' oder Systemdatum im Format JJJJMMTT
	Rechnungsart	M	an2	'02', (Rechnungsstorno: ,04')
	Tag des Zugangs	M	an8	JJJJMMTT
	Rechnungsbetrag	M	n..10	0,00
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses			Angabe entfällt
	Referenznummer des Krankenhauses			Angabe entfällt
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg			Angabe entfällt
	Honorarsumme	M	n..8	0,00
	Pauschale			Angabe entfällt
ZLG	Segment Zuzahlung	K	an3	entfällt
	Zuzahlungsbetrag	M	n..6	Angabe entfällt
	Zuzahlungskennzeichen	M	an1	Angabe entfällt
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	M	an3	'RZA'
	Fachabteilung	M	an4	'0000'
	Arztnummer des überweisenden Arztes			Angabe entfällt
	Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes			Angabe entfällt
	Zahnarztnummer des überweisenden Zahnarztes			Angabe entfällt
	Überweisungsdiagnose			Angabe entfällt
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	M	an3	'BDG' (30x möglich)
	Behandlungsdiagnose	M		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	M	a1	Schlüssel 17 (erst für Fälle ab dem 3. Quartal 2010)
	Sekundär-Diagnose	K		(Datenelementgruppe)
	Diagnoseschlüssel	M	an..9	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	K	a1	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	K	a1	Schlüssel 17 (erst für Fälle ab dem 3. Quartal 2010)

PRZ	Segment Prozedur			Angabe entfällt
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	M	an3	'ENA' (nur 1x möglich)
	Entgeltart	M	an5(an8)	'XXXXX' ('000XXXXX' für Fälle ab 3. Quartal 2010)
	Zusatzkennzeichen EBM			Angabe entfällt
	Tag der Behandlung	M	an8	JJJJMMTT
	Punktzahl			Angabe entfällt
	Punktwert			Angabe entfällt
	Entgeltbetrag	M	n..10	'0,00'
	Entgeltanzahl	M	n..3	'0'
	Doppeluntersuchung			Angabe entfällt
EZV	Segment Einzelvergütung			Angabe entfällt

Erläuterungen:

Soweit in der Spalte „Inhalt/Erläuterung“ auf „Schlüssel“ Bezug genommen wird, handelt es sich um die in der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V in Anlage 2 festgelegten Schlüssel.

Bei Datenelementen, die entfallen, sind in den Spalten „Art“ und „Typ/Länge“ keine Einträge enthalten. Datenelemente, die in der Spalte „Art“ den Eintrag „M“ enthalten, müssen mit Inhalt versehen sein; enthält die Spalte „Inhalt/Erläuterung“ dazu eine Angabe, gilt diese Angabe als Vorgabewert. Mit „K“ gekennzeichnete Datenelemente sind mit Inhalt zu versehen, wenn der Sachverhalt tatsächlich gegeben ist.

FKT (Verarbeitungskennzeichen):

01: Nachricht AMBO (Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGB V)

03: Fallstorno im Ersatzverfahren zu § 120 Abs. 3 SGB V

INV (KH-internes Kennzeichen des Versicherten):

Das KH-interne Kennzeichen des Versicherten muss den Behandlungsfall eindeutig bestimmen. Dies gilt auch in Bezug auf stationäre und andere ambulante Behandlungen, die jeweils ein eigenes eindeutiges Kennzeichen besitzen.

REC (Rechnungsdatum):

Als Rechnungsdatum ist der erste Tag des Abrechnungsquartals oder das aktuelle Systemdatum zu verwenden.

REC (Rechnungsart):

In Verbindung mit FKT (Verarbeitungskennzeichen) „01“ sind nur die Angaben „02“ (Schlussrechnung) oder „04“ (Gutschrift/Storno) möglich. In Verbindung mit FKT (Verarbeitungskennzeichen) „03“ ist nur die Angabe „02“ (Schlussrechnung) möglich.

Die Angabe der Rechnungsart erfolgt nachrichtlich, die eigentliche Abrechnung erfolgt während des Ersatzverfahrens im bestehenden Abrechnungsverfahren.

REC (Tag des Zugangs):

Als Tag des Zugangs ist der erste Tag des Leistungsquartals anzugeben.

REC (Rechnungsbetrag):

Als Rechnungsbetrag ist der Wert 0,00 auszuweisen.

BDG (Diagnosensicherheit):

Für die Diagnosensicherheit ist für Fälle ab dem 3. Quartal 2010 „A“ (ausgeschlossene Diagnose), „V“ (Verdachtsdiagnose), „Z“ ((symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose) oder „G“ (gesicherte Diagnose) anzugeben.

ENA (Entgeltart):

Als Entgeltart ist „XXXXX“ anzugeben.

ENA (Tag der Behandlung):

Als Tag der Behandlung ist der erste Tag des Abrechnungsquartals anzugeben.

Beispiel: AMBO-Nachricht des Krankenhauses (mit Daten für einen Fall):**Beispiel für 2. Quartal 2010**

```
UNH+00001+AMBO:08:000:00'  
FKT+01+01+260500005+100500016'  
INV+123456008+10001++2010-0000n'  
NAD+Beispielname+Beispielvorname+w'  
CUX+EUR'  
DPV+2010'  
REC+X+20100701+02+20100401+0,00+++0,00'  
RZA+0000'  
BDG+F50.0:'  
ENA+XXXXX++20100401+++0,00+0'  
UNT+11+00001'
```

Beispiel für 3. Quartal 2010

```
UNH+00001+AMBO:09:000:00'  
FKT+01+01+260500005+100500016'  
INV+123456008+10001++2010-0000m'  
NAD+Beispielname+Beispielvorname+w'  
CUX+EUR'  
DPV+2010'  
REC+X+20101001+02+20100701+0,00+++0,00'  
RZA+0000'  
BDG+F50.0:;G'  
ENA+000XXXXX++20100701+++0,00+0'  
UNT+11+00001'
```

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
E-Mail: service301@vdek.com
Telefax: 030 / 26931 - 2900
z.H. Herr Koll



Absender:

Name des Krankenhauses: _____

Institutionskennzeichen: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. / Fax: _____

Hiermit wird die Richtigkeit der folgenden Angaben bestätigt:

Ort, Datum

Unterschrift

Für Rückfragen steht Ihnen beim vdek Herr Koll telefonisch (030 / 26931 - 1831) oder per Email (stefan.koll@vdek.com) zur Verfügung.

Checkliste für den Datenaustausch nach § 120 Abs. 3 SGB V

Die folgende Liste enthält die Voraussetzungen, die ein Krankenhaus erfüllen muß, um am Testverfahren und dem Datenaustausch nach § ~~301~~-120 Abs. 3 SGB V teilzunehmen.

Ist ein Abrechnungssystem vorhanden?

Im Krankenhaus muß ein vollständiges Abrechnungssystem installiert sein, das den späteren Routinebetrieb zu Testzwecken abbilden kann. Manuell erstellte Testfälle sind für ein effizientes Testverfahren nicht geeignet. Hersteller und Ansprechpartner beim Hersteller bitten wir zu benennen.

<input type="checkbox"/> ja Abrechnungssystem: Hersteller: Version: Ansprechpartner beim Hersteller: Telefon: Telefax:	<input type="checkbox"/> nein Anschaffung bis: _____ Hersteller: <input type="checkbox"/> Noch keine Angaben möglich.
---	--

Ist ein DV-Verfahren zum Datenaustausch installiert?

Das System muß in der Lage sein, die in den Technischen Anlagen nach § 301 SGB V definierten Datenstrukturen (Auftragsatz, EDIFACT) zu liefern und anzunehmen.

<input type="checkbox"/> ja §301-Anwendung: Hersteller: Version: Ansprechpartner beim Hersteller: Telefon: Telefax:	<input type="checkbox"/> nein Anschaffung bis: _____ Hersteller: <input type="checkbox"/> Noch keine Angaben möglich.
--	--

Ist gewährleistet, daß je Nachricht (je UNH-, UNT-Segment) nur ein Geschäftsvorfall übermittelt wird? ¹	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist die korrekte Lieferung der Dateinummernfolge (auch im Fehlerfall) sichergestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erfolgt der Test auf der Basis der vereinbarten Beispieldatensätze? (Alternative hierzu nach Absprache: Entsprechend als Testdaten gekennzeichnete Echtdaten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist das System in der Lage, den Rücklauf von den Kassen zu verarbeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist für ausgehende Nachrichten ein Prüfmodul vorhanden ¹ ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Fehlerkorrekturverfahren Bestandteil der Tests?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Parallelverfahren DFÜ und Papierlieferung möglich? ¹	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

¹ Keine Voraussetzung für Verfahrensteilnahme

Ist die Verschlüsselung sichergestellt?

Es muß ein Verschlüsselungsmodul vorhanden sein, das entsprechend der Technischen Anlagen nach PKCS#7-Verfahren ver-/entschlüsselt.

<input type="checkbox"/> ja Verschlüsselungssystem: Hersteller: Version: Telefon: Telefax:	<input type="checkbox"/> nein Anschaffung bis: _____ Hersteller: <input type="checkbox"/> Noch keine Angaben möglich.
--	--

Ist der öffentliche kryptografische Schlüssel beim Trust Center zertifiziert?

Es ist zwingend erforderlich, daß das Krankenhaus seine Schlüssel rechtzeitig generiert und beim Trust Center zertifizieren läßt.

<input type="checkbox"/> ja Trust Center:	<input type="checkbox"/> nein Zertifizierung bis: _____ Trust Center: <input type="checkbox"/> Noch keine Angaben möglich.
---	---

Ist das DFÜ-System einsatzbereit?

Das DFÜ-System muß von Beginn an zur Verfügung stehen.

<input type="checkbox"/> ja DFÜ-System: Hersteller: Version: Telefon: Telefax:	<input type="checkbox"/> nein Anschaffung bis: _____ Hersteller: <input type="checkbox"/> Noch keine Angaben möglich.
--	--

Wird über ein entschlüsselungsberechtigtes Rechenzentrum abgerechnet? Wurde ein Rechenzentrum mit der Verarbeitung der Daten beauftragt?

<input type="checkbox"/> ja Rechenzentrum: Institutionskennzeichen des RZ:	<input type="checkbox"/> nein
---	--------------------------------------

Steht die DFÜ-Anbindung?

Abhängig von der Kassenart muß eine Anbindung zur jeweilige Datenannahmestelle bestehen.

Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Anmeldung erfolgt am: _____
Ersatzkassen (vdek) ² , Innungskrankenkassen (IKK) ² , Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) ² , Bundesknappschaft (BuKn) ²	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Anmeldung erfolgt am: _____
Betriebskrankenkassen (BKK), See-Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Anmeldung erfolgt am: _____

Ist das Testverfahren und seine Priorität im Krankenhaus bekannt?

Ein solches Testverfahren läßt sich nur dann effektiv abwickeln, wenn die Beteiligung am Testverfahren verantwortlich entschieden wird und die Beteiligten mit hoher Priorität daran arbeiten können.

Ist im Krankenhaus ein Verantwortlicher für das Testverfahren benannt? Kann ein für die Durchführung des Testverfahrens verantwortlicher Ansprechpartner sowie ein Vertreter genannt werden (Tel., Fax, E-Mail)? Nur hierdurch kann eine kurze Reaktionszeit als Voraussetzung für ein erfolgreiches Testverfahren geschaffen werden.

Verantwortlicher Ansprechpartner (Verwaltung / Organisation):	
Name: _____	Telefon: _____
	Telefax: _____
Durchführender Ansprechpartner (EDV):	
Name: _____	Telefon: _____
	Telefax: _____
	E-Mail: _____
Vertreter:	
Name: _____	Telefon: _____
	Telefax: _____
	E-Mail: _____

Verfügt das Krankenhaus über einen Zugang zum Internet / WWW ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

² Für die Datenlieferung an diese Kassen muß eine Anbindung zur DAV (Datenannahme- und Verteilstelle) der Fa. T-Systems ITS GmbH (ehemals debis Systemhaus) bestehen und erfolgreich getestet sein. Die Anmeldung zur Anbindung läuft über den vdek, Herr Koll (030/26931-1831, Fax: 030/26931-2900).



Format und Inhalt der Nutzdaten

1 Inhalt der Nachricht AMBO im Ersatzverfahren

Berücksichtigt man die Angaben der Nachricht AMBO, die entfallen, kommen folgende Angaben für eine Standard-Nachricht AMBO im Ersatzverfahren in Betracht. (Entfallende Angaben innerhalb eines Segmentes werden in der Nachricht durch „+“ gekennzeichnet.

Segment	Inhalt	Inhalt/Erläuterung
UNH	Nachrichten-Kopfsegment	'UNH'
	Nachrichten-Referenznummer	'00001' (fortlaufende Nummer innerhalb UNB und UNZ)
	Nachrichtentyp-Kennung	'AMBO'
	Versionsnummer des Nachrichtentyps	'08' für das 1. und 2. Quartal 2010 '09' ab dem 3. Quartal 2010
	Freigabenummer des Nachrichtentyps	'000'
	Verwaltende Organisation, codiert	'00'
FKT	Segment Funktion	'FKT'
	Verarbeitungskennzeichen	'01'
	Laufende Nummer des Geschäftsvorfalles	'01'
	IK des Absenders	IK des Krankenhauses
	IK des Empfängers	IK der Krankenkasse
INV	Segment Information Versicherter	'INV'
	Krankenversicherten-Nr.	
	Versichertenstatus	Schlüssel 12, '99999' bei Auslandsversicherten
	Gültigkeit der Versichertenkarte	'+'
	KH-internes Kennzeichen des Versicherten	
NAD	Segment Name/Adresse	'NAD'
	Name des Versicherten	
	Vorname des Versicherten	
	Geschlecht	'm' oder 'w'
	Geburtsdatum des Versicherten	JJJJMMTT
	Straße und Haus-Nr.	'+' (kann entfallen, wenn die
	Postleitzahl	'+' Krankenversicherten-Nr.
	Wohnort	'+' angegeben ist)
	Titel des Versicherten	
Internationales Länderkennzeichen		
CUX	Segment Währung	'CUX'
	Währungskennzeichen	'EUR'

DPV	Segment Diagnosen- und Prozedurenversion	'DPV'
	ICD-Version	'2010'
REC	Segment Rechnung	'REC'
	Rechnungsnummer	'X'
	Rechnungsdatum	erster Tag des Quartals oder Systemdatum JJJJMMTT
	Rechnungsart	'02'
	Tag des Zugangs	erster Tag des Quartals
	Rechnungsbetrag	'0,00'
	Debitoren-Kontonr. des Krankenhauses	'+'
	Referenznummer des Krankenhauses	'+'
	IK des Krankenhauses für Zahlungsweg	'+'
	Honorarsumme	'0,00'
RZA	Segment Rechnungszusatz Ambulante OP	'RZA'
	Fachabteilung	'0000'
BDG	Segment Behandlungsdiagnose	'BDG' (30x möglich)
	Behandlungsdiagnose	
	Diagnoseschlüssel	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	Schlüssel 17 (erst für Fälle ab dem 3. Quartal 2010)
	Sekundär-Diagnose	
	Diagnoseschlüssel	ICD-Schlüssel
	Lokalisation	Schlüssel 16
	Diagnosensicherheit	Schlüssel 17 (erst für Fälle ab dem 3. Quartal 2010)
ENA	Segment Entgelt Ambulante OP	'ENA'
	Entgeltart	'XXXXX' ('000XXXXX' ab 3. Quartal 2010)
	Tag der Behandlung	erster Tag des Quartals
	Entgeltbetrag	'0,00'
	Entgeltanzahl	'0'
UNT	Nachrichten-Endesegment	'UNT'
	Anzahl der Segment innerhalb einer Nachricht	'11' Kontrollzähler, einschl. UNH, UNT
	Nachrichten-Referenznummer	'00001' (fortlaufende Nummer innerhalb UNB und UNZ) wie UNH

2 Beispiel: AMBO-Nachricht (mit Daten für einen Fall):

Beispiel für 2. Quartal 2010

UNH+00001+AMBO:08:000:00' [für das 1. und 2. Quartal gilt Version „08“]
FKT+01+01+260500005+100500016'
INV+123456008+10001++2010-0000n'
NAD+Beispielname+Beispielvorname+w'
CUX+EUR'
DPV+2010'
REC+X+20100701+02+20100401+0,00+++0,00'
RZA+0000'
BDG+F50.0:.'
ENA+XXXXX++20100401+++0,00+0'
UNT+11+00001'

Beispiel für 3. Quartal 2010

UNH+00001+AMBO:09:000:00' [ab dem 3. Quartal gilt Version „09“]
FKT+01+01+260500005+100500016'
INV+123456008+10001++2010-0000m'
NAD+Beispielname+Beispielvorname+w'
CUX+EUR'
DPV+2010'
REC+X+20101001+02+20100701+0,00+++0,00'
RZA+0000'
BDG+F50.0::G'
ENA+000XXXXX++20100701+++0,00+0'
UNT+11+00001'

3 Inhalt der Nutzdaten

Die Nutzdaten ergeben sich durch Umklammerung aller AMBO-Nachrichten für einen Empfänger mit den Segmenten UNB und UNZ.

Segment	Inhalt	Inhalt/Erläuterung
UNB	Nutzdaten-Kopfsegment	'UNB'
	Syntax-Bezeichner	'UNOC'
	Syntax-Versionsnummer	'3'
	Absenderbezeichnung	IK des absendenden Krankenhauses oder Rechenzentrums
	Empfängerbezeichnung	IK der empfangenden Annahmestelle
	Datum der Erstellung	'JJMMTT'
	Datenaustauschreferenz	5 Stellen Dateinummer fortlaufend
	Referenz/Passwort des Empfängers	'+' (leer)
	Anwendungsreferenz	11 Stellen Dateiname, s. Anlage 4, 4.1.3
UNB	-----	
	Beginn der ersten AMBO-Nachricht	
	...	
UNT	-----	
	Ende der letzten AMBO-Nachricht	
UNZ	Nutzdaten-Endesegment	'UNZ'
	Datenaustauschzähler	Nachrichtenzahl innerhalb einer Übertragungsdatei (6 Stellen)
	Datenaustauschreferenz	5 Stellen Dateinummer fortlaufend wie in UNB

```

UNB+UNOC:3+260500005+[Empfänger]+10MMTT:HHMM+00001++KRHxxxxxxxxx'
  UNH
  FKT
  INV
  CUX
  DPV
  REC
  RZA
  BDG
  ENA
  UNT
  UNH ... UNT
  ...
  UNH ... UNT
UNZ+[Nachrichtenzahl]+KRHxxxxxxxxx

```



Format und Inhalt des Auftragsatzes

Der Auftragsatz wird im Folgenden zur Übersicht und Erläuterung in mehreren Tabellen dargestellt. Physikalisch handelt es sich um einen zusammenhängenden Satz mit fester Länge.

1 Auftragsatz nach der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V (Anhang zu Anlage 4)

Die Abkürzungen in den folgenden Spalten haben die Bedeutung:

- L Länge
- N Nutzungstypen
 - R: Routing-Informationen
 - L: Logging- und Statusinformationen
 - K: Information für KKS-Verfahren
 - D: Datenträgerspezifische Informationen
 - I: Interne Nutzung
 - A: Allgemeine Informationen
 - S: Informationen zur Verschlüsselung
- T (Feld-) Typen
 - N: Numerisch (rechtsbündig mit führenden Nullen)
 - A: Alpha (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
 - AN: Alphanumerisch (linksbündig mit Leerzeichen aufgefüllt)
- A (Feld-) Art
 - M: Muss versorgt werden
 - K: Kann versorgt werden

1. Teil: Allgemeine Beschreibung

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Inhalt/Bemerkung
IDENTIFIKATOR	01-06	6	A	N	M	Inhalt: „500000“
VERSION	07-08	2	A	N	M	Inhalt: „01“
LÄNGE_AUFTRAG	09-16	8	A	N	M	Länge der Auftragsdatei in Bytes Inhalt: „00000348“
SEQUENZ_NR	17-19	3	A	N	M	Laufende Nummer bei Teillieferung „000“ Nachricht ist komplett vorhanden
VERFAHREN_KENNUNG	20-24	5	R	AN	M	Kennung des Verfahrens: Stelle 20-23: „EKRH“ (Echtdaten) oder „TKRH“ (Testdaten) Stelle 24: „0“ Ziffer für Version des Verfahrens

TRANSFER_NUMMER	25-27	3	A	N	M	Laufende Transfernummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern.
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28-32	5	R	AN	K	„ “ (5 Blanks)
ABSENDER_EIGNER	33-47	15	R	AN	M	IK des absendenden Eigners der Nutzdaten. Der Eigner nimmt die Verschlüsselung vor.
ABSENDER_PHYSIKALISCH	48-62	15	R	AN	M	IK des tatsächlichen (physikalischen) Absenders der Nutzdaten
EMPFÄNGER_NUTZER	63-77	15	R	AN	M	IK des Empfängers, der die Daten nutzen soll. Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln
EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH	78-92	15	R	AN	M	IK des Empfängers, der Daten physikalisch empfangen soll.
FEHLER_NUMMER	93-98	6	R	N	M	Inhalt: „000000“
FEHLER_MAßNAHME	99-104	6	R	N	M	Inhalt: „000000“
DATEINAME	105-115	11	A	AN	M	siehe Anlage 4, 4.1.3
DATUM_ERSTELLUNG	116-129	14	L	N	M	Erstellungsdatum der Datei Format JJJJMMTThhmmss
DATUM_ÜBERTRAGUNG_GESENET	130-143	14	L	N	K	Start der Übermittlung der Datei Format JJJJMMTThhmmss Diese Zeit kann als Logging-Information oder auch für Wiederaufsatzverfahren zwischen zwei Partnern genutzt werden. Muss vom Absender ausgefüllt werden.
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFÄNGEN_START	144-157	14	L	N	K	Start des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss Wird nur vom ersten Empfänger ausgefüllt, der vertraglich die annehmende Stelle ist und dessen Annahmezeit daher vertragliche Auswirkungen hat. Das Feld ist vom ersten Absender mit Nullen zu füllen.
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFÄNGEN_ENDE	158-171	14	L	N	K	Ende des Empfangs der Datei Format JJJJMMTThhmmss
DATEIVERSION	172-177	6	A	N	M	Inhalt: „000000“
KORREKTUR	178	1	A	N	M	Inhalt: „0“
DATEIGRÖßE_NUTZDATEN	179-190	12	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
DATEIGRÖßE_ÜBERTRAGUNG	191-202	12	A	N	M	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (verschlüsselt und komprimiert)
ZEICHENSATZ	203-204	2	A	AN	M	„11“: ISO 8859-1 „17“: ISO 7-bit, „18“: ISO 8-bit
KOMPRIMIERUNG	205-206	2	A	N	M	„00“ keine, „02“ (komprimiert)
VERSCHLÜSSELUNGSART	207-208	2	A	N	M	„00“ keine (nur für Testdaten) „02“ PEM-Format „03“ PKCS#7-Format
ELEKTRONISCHE UNTERSCHRIFT	209-210	2	A	N	M	„00“ keine „02“ PEM-Format „03“ PKCS#7-Format

2. Teil: Spezifische Information zur Bandverarbeitung

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Beschreibung
SATZFORMAT	211-213	3	D	A	M	Satzformat der Datei auf dem Datenträger: F = FIX U = undefiniert FB = FIX_geblockt FBA=FIX_geblockt, ...
SATZLÄNGE	214-218	5	D	N	M	Satzlänge bei fixem Satzformat
BLOCKLÄNGE	219-226	8	D	N	M	Blocklänge in Bytes, sofern geblockt.

3. Teil: Spezifische Informationen für das KKS-Verfahren

(Felder dürfen vom Absender nicht ausgefüllt werden)

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Beschreibung
Status	227	1	K	N	K	Inhalt: „0“
Wiederholung	228-229	2	K	N	K	Inhalt: „00“
Übertragungsweg	230	1	K	N	K	Inhalt: „0“
Verzögerter Versand	231-240	10	K	N	K	Inhalt: „0000000000“
Info und Fehlerfelder	241-246	6	K	N	K	Inhalt: „000000“
Variables Info-Feld	247-274	28	K	AN	K	Inhalt: Leerzeichen

4. Teil: Spezifische Information zur Verarbeitung innerhalb eines RZ

Felder müssen vom Absender nicht ausgefüllt werden

Bezeichnung	Stellen	L	N	T	A	Beschreibung
DATEINAME_PHYSIKALISCH	275-318	44	I	AN	K	Interner physischer Dateiname
DATEI_BEZEICHNUNG	319-348	30	I	AN	K	Für Zusatzinformationen zur Datei

2 Auftragssatz-Beispiel

Das folgende Beispiel gibt Hinweise über den Inhalt des Auftragssatzes für die Übermittlung im Ersatzverfahren. Der von der Annahmestelle tatsächlich geforderte Inhalt kann ggf. abweichen, daher ist eine vorherige Abstimmung (Test) mit der Annahmestelle erforderlich.

Bezeichnung	Stellen	Inhalt/Bemerkung
IDENTIFIKATOR	01-06	Inhalt: „500000“
VERSION	07-08	Inhalt: „01“
LÄNGE_AUFTRAG	09-16	Inhalt: „00000348“
SEQUENZ_NR	17-19	„000“ wenn komplett übermittelt wird.
VERFAHREN_KENNUNG	20-24	Stelle 20-23: „EKRH“ (Echtdaten) oder „TKRH“ (Testdaten) Stelle 24: „0“ Ziffer für Version des Verfahrens
TRANSFER_NUMMER	25-27	Laufende Transfernummer bei der Übertragung zwischen zwei direkt verbundenen Kommunikationspartnern.
VERFAHREN_KENNUNG_SPEZIFIKATION	28-32	Inhalt: 5 Leerzeichen
ABSENDER_EIGNER	33-47	IK des absendenden Eigners der Nutzdaten. Der Eigner nimmt die Verschlüsselung vor.
ABSENDER_PHYSIKALISCH	48-62	IK des tatsächlichen (physikalischen) Absenders
EMPFÄNGER_NUTZER	63-77	IK des Empfängers, der die Daten nutzen soll. Dieser Empfänger ist im Besitz des Schlüssels, um verschlüsselte Informationen zu entschlüsseln (siehe § 301-Anlage 4: 9. Datenflüsse)
EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH	78-92	IK des Empfängers, der Daten physikalisch empfangen soll. (siehe § 301-Anlage 4: 9. Datenflüsse)
FEHLER_NUMMER	93-98	Inhalt: „000000“
FEHLER_MAßNAHME	99-104	Inhalt: „000000“
DATEINAME	105-115	siehe Anlage 4, 4.1.3 (KRHmmmkkk m: muss, frei bestimmbar, k: kann)
DATUM_ERSTELLUNG	116-129	JJJMMTThmmss
DATUM_ÜBERTRAGUNG_GESENET	130-143	JJJMMTThmmss
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_START	144 - 157	Inhalt: „00000000000000“
DATUM_ÜBERTRAGUNG_EMPFANGEN_ENDE	158-171	Inhalt: „00000000000000“
DATEIVERSION	172-177	Inhalt: „000000“
KORREKTUR	178	Inhalt: „0“
DATEIGRÖßE_NUTZDATEN	179-190	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (unverschlüsselt und unkomprimiert)
DATEIGRÖßE_ÜBERTRAGUNG	191-202	Größe der Nutzdatendatei in Bytes (verschlüsselt und komprimiert)
ZEICHENSATZ	203-204	„1“: ISO 8859-1, „17“: ISO 7-bit oder „18“: ISO 8-bit

KOMPRIMIERUNG	205-206	„00“ keine, „02“(komprimiert)
VERSCHLÜSSELUNGSART	207-208	„00“ keine (nur für Testdaten) „03“ PKCS#7-Format
ELEKTRONISCHE UNTERSCHRIFT	209-210	„00“ keine „03“ PKCS#7-Format
SATZFORMAT	211-213	Inhalt: 3 Leerzeichen
SATZLÄNGE	214-218	Inhalt „00000“
BLOCKLÄNGE	219-226	Inhalt „00000000“
Status	227	Inhalt: „0“
Wiederholung	228-229	Inhalt: „00“
Übertragungsweg	230	Inhalt: „0“
Verzögerter Versand	231-240	Inhalt: „0000000000“
Info und Fehlerfelder	241-246	Inhalt: „000000“
Variables Info-Feld	247-274	Inhalt: 28 Leerzeichen
DATEINAME_PHYSIKALISCH	275-318	Inhalt: 44 Leerzeichen
DATEI_BEZEICHNUNG	319-348	Inhalt: 30 Leerzeichen