



**Spitzenverband**

GKV-Spitzenverband · Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin

(lt. Verteiler)

- ausschließlich per E-Mail -

**Johannes Wolff**

Ref. Krankenhausvergütung

Tel.: 030 206288-2203

Fax: 030 206288-82203

Johannes.Wolff@

gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband

Postfach 04 05 65 · 10063 Berlin

Reinhardtstraße 28 · 10117 Berlin

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

10.02.2020

**MDK-Reformgesetz: Transparenz über das Abrechnungs- und Prüfgeschehen  
Stellungnahme gemäß § 275c Abs. 4 Satz 6 SGB V und gemäß § 17c Abs. 6 Satz 6 KHG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der GKV-Spitzenverband ist gesetzlich verpflichtet, Festlegungen über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Abs. 4 SGB V und zur jährlichen Statistik gemäß § 17c Abs. 6 KHG jeweils bis zum 31.03.2020 zu treffen.

Für die erforderlichen Festlegungen hat der GKV-Spitzenverband umfangreiche Vorbereitungen getroffen und weitgehend finalisierte Entwurfsstände erarbeitet. Die gesetzliche Regelung sieht ein Stellungnahmeverfahren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Medizinischen Diensten (MD) vor. Aufgrund der engen Zeitschiene für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben sehen wir für das Stellungnahmeverfahren einen Zeitraum von drei Wochen vor. Sie erhalten hiermit gemäß § 275c Abs. 4 Satz 6 SGB V und gemäß § 17c Abs. 6 Satz 6 KHG Gelegenheit, bis zum 28.02.2020 eine schriftliche Stellungnahme abzugeben.

Wir übersenden Ihnen beigelegt die folgenden Unterlagen:

- Entwurf der Festlegungen zu den quartalsweisen Auswertungen gemäß § 275c Abs. 4 SGB V in der Fassung vom 06.02.2020
- Entwurf der Festlegungen über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik gemäß § 17c Abs. 6 KHG in der Fassung vom 06.02.2020

- Anlage 1 – Datensatzbeschreibung (Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband gemäß § 275c Abs. 4 SGB V sowie § 17c Abs. 6 KHG) in der Fassung vom 06.02.2020
- Anlage 2 – Prüfungen für die Ladestrecke Quartalsauswertungen und für die Ladestrecke Jahresstatistik in der Fassung vom 06.02.2020
- Anlage 3 – Überleitungstabelle für Institutionskennzeichen in der Fassung vom 06.02.2020.

Es wurde berücksichtigt, dass – wie in der Gesetzesbegründung explizit ausgeführt – die gesamte Systematik des quartalsbezogenen Prüfquotensystems auf nicht quartalsidentischen Daten beruht:

„Aus Praktikabilitätsgründen sind die Krankenhausfälle, die im jeweiligen Quartal die Grundlage für das Prüfquotensystem bilden, in der Regel nicht identisch mit den Fällen, für die in einem Quartal vom Krankenhaus eine Rechnung gestellt wurde, für die von der Krankenkasse beim MD eine Prüfung eingeleitet wurde und für die der MD die Prüfung abgeschlossen hat.“ (BT-Drucksache 19/13397 vom 23.09.2019, S. 64).

Für die Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes zu den quartalsbezogenen Auswertungen wurde eine Vorgehensweise gewählt, die dem intendierten Anliegen der Quotierung der Abrechnungsprüfungen durch Krankenkassen in Krankenhäusern Rechnung trägt und gleichzeitig eine sachgerechte und vollständige statistische Handhabung ermöglicht.

Folgende Erläuterungen möchten wir zu den Festlegungen für die **quartalsweisen Auswertungen** geben:

- Als relevantes Datum für die Zuordnung von Schlussrechnungen zu einem betrachteten Quartal wird das Datum des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse herangezogen. Damit wird das andernfalls bestehende Risiko ausgeschlossen, durch Bezugnahme auf das Rechnungsdatum zeitversetzt in Folgequartalen eingehende Rechnungen statistisch überhaupt nicht berücksichtigen zu können. Der GKV-Spitzenverband hat dieses Risiko in seiner Stellungnahme zum MDK-Reformgesetz bereits thematisiert.
- Neben der Anzahl der im vorvergangenen Quartal bei der Krankenkasse eingegangenen Schlussrechnungen wird in den Veröffentlichungen des GKV-Spitzenverbandes auch die konkrete Anzahl der pro Krankenkasse, Krankenhaus und Quartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen angegeben. Die Vorgabe eines absoluten Wertes für die maximal prüfbare Anzahl von Schlussrechnungen in einem Quartal ist bei der ersten Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes im 2. Quartal mit Wirkung für das 3. Quartal 2020 realisierbar.

Die Basis bildet dabei die im 1. Quartal 2020 eingegangene und durch die Krankenkassen übermittelte Anzahl von Schlussrechnungen.

- Die auf Krankenkasse und Krankenhaus bezogene Veröffentlichung der absoluten Anzahl der in einem Quartal einleitbaren Prüfungen von Schlussrechnungen schafft grundsätzlich Planungssicherheit für alle am Verfahren Beteiligten. Krankenhaus, Krankenkasse und MD wissen demnach vor Quartalsbeginn, wie viele Prüfungen maximal eingeleitet werden können. Für die Quartale 1 und 2 des Jahres 2020 kann eine diesbezügliche Veröffentlichung durch den GKV-Spitzenverband nicht erfolgen, da die Angaben zu den dafür relevanten vorvergangenen Quartalen (3. und 4. Quartal 2019) von den Krankenkassen nicht übermittelt werden können.
- Die Zählung der eingeleiteten MD-Prüfungen umfasst die Zahl der bei dem zuständigen MD im betrachteten Quartal eingegangenen Prüfaufträge der Krankenkasse, für die eine Prüfung gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet wurde. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse.

Hinweis: Die Zählweise ist laut Entwurf der Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes relevant für die Ermittlung der zulässigen Prüfquote. Herangezogen werden für die Ermittlung der realisierten Prüfquote die in einem Quartal eingeleiteten MD-Prüfungen. Es erfolgt also weder ein Bezug auf die Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Schlussrechnungen noch auf die mit einem bestimmten Rechnungsdatum gekennzeichnete Anzahl von Rechnungen eines Quartals.

Es wird vielmehr der Bezug auf die in einem Quartal geltende Quote und die damit verbundene absolute Anzahl maximal prüfbarer Rechnungen hergestellt. Die Herkunft der Schlussrechnungen ist dabei nicht relevant, solange die Beauftragungsfrist von vier Monaten durch die Krankenkassen eingehalten wird. Das bedeutet, dass in die Zählung eingeleiteter Prüfungen in einem Quartal solche Schlussrechnungen einfließen, die vor bis zu vier Monaten bei der Krankenkasse eingegangen sind sowie ältere Fälle, die im Vorverfahren nicht gelöst werden konnten.

Folgende Erläuterungen möchten wir zu den Festlegungen für die jährlichen Statistiken geben:

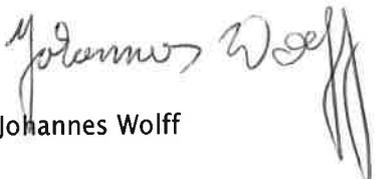
- Der Gesetzgeber gibt die quartalsbezogenen Auswertungen gemäß § 275c Abs. 4 SGB V als Teil der jährlichen Statistik vor. Im Interesse eines möglichst effizienten Verfahrens und der Datensparsamkeit wird – soweit möglich – für eine Jahresstatistik auf die dann bereits vorliegenden Daten aus den quartalsbezogenen Datenlieferungen des Vorjahres zurückgegriffen. Erneute Datenlieferungen sind demgemäß nicht vorgesehen. Auch hinsichtlich der Prüfergebnisse wird in den Festlegungen Bezug genommen auf quartalsbezogene Daten, die nicht erneut übermittelt werden müssen.
- Die Festlegungen zum Vorverfahren orientieren sich an der bestehenden Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) und sind entsprechend kategorisiert.
- Die Prüfanlässe der bei den MD eingeleiteten Prüfungen werden gemäß § 4 PrüfvV (Prüfgegenstände) erfasst. Die Anzahl der Prüfungen, in denen mehrere Prüfanlässe angezeigt wurden, wird ergänzend erhoben.

Zu den für die Jahresstatistiken ebenfalls relevanten Informationen über die Anzeigen an die Landesbehörden gemäß § 275c Abs. 2 Satz 7 SGB V und über die Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist die Bereitstellung der Informationen noch nicht abschließend geklärt. Wir beabsichtigen eine nicht von den einzelnen Krankenkassen vorzunehmende Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband und befinden uns dazu aktuell im Austausch mit den Verbänden der Krankenkassen und dem MDS. Künftige Änderungen bzw. Ergänzungen der Entwurfsstände sind daher insbesondere in diesen beiden Themenbereichen zu erwarten.

Bitte entnehmen Sie alle weiteren Informationen den beigefügten Anlagen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

  
Johannes Wolff

Anlage(n)

**Verteiler:**

MDK Baden-Württemberg

Geschäftsführer

Herrn Erik Scherb

Ahornweg 2

77933 Lahr

MDK Bayern

Geschäftsführer

Herrn Reiner Kasperbauer

Haidenauplatz 1

81667 München

MDK Berlin-Brandenburg e. V.

Geschäftsführer

Herrn Dr. Axel Meeßen

Lise-Meitner-Str. 1

10589 Berlin

MDK im Lande Bremen

Geschäftsführer

Herrn Wolfgang Hauschild

Falkenstr. 9

28195 Bremen

MDK Hessen

Geschäftsführer

Herrn Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy

Zimmersmühlenweg 23

61440 Oberursel

MDK Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Geschäftsführerin

Frau Dr. Ina Bossow

Lessingstr. 33

19059 Schwerin

MDK Niedersachsen  
Geschäftsführer  
Herrn Carsten Cohrs  
Hildesheimer Str. 202  
30519 Hannover

MDK Nord  
Geschäftsführer  
Herrn Peter Zimmermann  
Hammerbrookstr. 5  
20097 Hamburg

MDK Nordrhein  
Geschäftsführer  
Herrn Andreas Hustadt  
Berliner Allee 52  
40212 Düsseldorf

MDK Rheinland-Pfalz  
Stellv. Geschäftsführerin  
Frau Dr. Ursula Weibler-Villalobos  
Albiger Str. 19d  
55232 Alzey

MDK im Saarland  
Geschäftsführer  
Herrn Jochen Messer  
Dudweiler Landstr. 151  
66123 Saarbrücken

MDK im Freistaat Sachsen e. V.  
Geschäftsführer  
Herrn Dr. Ulf Sengebusch  
Bürohaus Mitte  
Am Schießhaus 1  
01067 Dresden

MDK Sachsen-Anhalt e. V.  
Geschäftsführer  
Herrn Jens Hennicke  
Allee-Center  
Breiter Weg 19 c  
39104 Magdeburg

MDK Thüringen e. V.  
Geschäftsführer  
Herrn Kai-Uwe Herber  
Richard-Wagner-Str. 2a  
99423 Weimar

MDK Westfalen-Lippe  
Geschäftsführer  
Herrn Dr. Martin Rieger  
Roddestr. 12  
48153 Münster

MDS e. V.  
Geschäftsführer  
Herrn Dr. Peter Pick  
Theodor-Althoff-Str. 47  
45133 Essen

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.  
Dezernat IV  
Geschäftsführer  
Herrn Andreas Wagener  
Wegelystr. 3  
10623 Berlin

Entwurf, Stand 06.02.2020

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V

- mit Wirkung ab dem 01.01.2020 -



Seite 2/19

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes

über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung  
gemäß § 275c Absatz 4 SGB V

Stand 31.03.2020

Bildnachweise: li: monet/Adobe Stock; re: Jacob Lund/Adobe Stock

Präambel .....	4
I. Allgemeiner Teil .....	5
II. Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V .....	8
III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten .....	11
IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten.....	13
V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 275c Absatz 4 Sätze 3 und 4 SGB V für das einzelne Krankenhaus .....	14
VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung .....	19

## Präambel

Mit dem MDK-Reformgesetz wird ein quartalsbezogenes Prüfquotensystem für Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eingeführt. Zur Umsetzung dieses Systems ist der GKV-Spitzenverband gemäß § 275c Absatz 4 Satz 1 SGB V verpflichtet, bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen und zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband legt gemäß § 275c Absatz 4 Satz 5 SGB V die näheren Einzelheiten fest. Die näheren Einzelheiten betreffen der gesetzlichen Regelung zufolge insbesondere die zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie die Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden.

Die gemäß § 275c Absatz 4 Satz 6 SGB V erforderlichen Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste (MD)<sup>1</sup> wurden eingeholt und berücksichtigt. Das Verfahren zur Stellungnahme wurde am **TT.MM.2020** abgeschlossen. Die Festlegungen beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Festlegungen geltende Prüfverfahrensvereinbarung. Sofern Anpassungen der nachstehenden Regelungen erforderlich sind, treten diese nach Möglichkeit zum 01.01. eines Jahres in Kraft.

Die näheren Einzelheiten gemäß § 275c Absatz 4 Satz 5 SGB V gliedern sich wie folgt:

- Allgemeiner Teil (I)
- Spezifischer Teil - Zu übermittelnde Daten (II)
- Spezifischer Teil - Lieferung der zu übermittelnden Daten (III)
- Spezifischer Teil - Verarbeitung der übermittelten Daten (IV)
- Spezifischer Teil - Veröffentlichung der bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertungen (V)
- Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung (VI)

---

<sup>1</sup> MD wird für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Medizinischen Dienste gleichermaßen verwendet.

## I. Allgemeiner Teil

### Verpflichtung zur Übermittlung der Daten

Die Informationen gemäß der näheren Einzelheiten (III) sind durch alle gesetzlichen Krankenkassen (Quelle: [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp)) für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser auf Grundlage der Angaben im Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

### Berichtsquartal, betrachtetes Quartal und Anwendungsquartal

Als Berichtsquartal wird das Quartal bezeichnet, in dem der GKV-Spitzenverband die Auswertungen veröffentlicht. Das Berichtsquartal enthält Daten des vorangegangenen Quartals (betrachtetes Quartal). Die im Berichtsquartal veröffentlichten Daten wirken für das auf die Veröffentlichung folgende Quartal (Anwendungsquartal).

Beispiel:

<b>Betrachtetes Quartal</b>	<b>Berichtsquartal (Zeitpunkt der Veröffentlichung)</b>	<b>Anwendungsquartal</b>
1. Quartal 2020	2. Quartal 2020 (31.05.2020)	3. Quartal 2020
2. Quartal 2020	3. Quartal 2020 (31.08.2020)	4. Quartal 2020
3. Quartal 2020	4. Quartal 2020 (30.11.2020)	1. Quartal 2021
4. Quartal 2020	1. Quartal 2021 (28.02.2021)	2. Quartal 2021

### Grundsatz

Die Daten sind durch die gesetzlichen Krankenkassen, die am jeweiligen Stichtag bestehen, zu übermitteln. Die Meldung der Statistiken hat durch die Krankenkasse unter Angabe des Kostenträger-Haupt-IKs zu erfolgen, ggf. auch durch den bestehenden Rechtsnachfolger. Das Kostenträger-Haupt-IK ist auch bei der Beauftragung von MD-Prüfungen obligat zu verwenden. Die Liste der Kostenträger-Haupt-IKs stellt der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen zur Verfügung.

### **Vereinigung von Krankenkassen**

Bei Vereinigung von gesetzlichen Krankenkassen

- a) zum Ende eines Berichtszeitraumes sind die Daten für alle Krankenkassen des Fusionsverbandes separat zu erstellen.
- b) im Laufe eines Berichtszeitraumes sind die Daten für die Quartalsstatistiken für Berichtszeiträume bis zum Zeitpunkt der Vereinigung für alle Krankenkassen des Fusionsverbandes einzeln und ab diesem Zeitpunkt gemeinsam zu erstellen.

In den Auswertungen werden nur solche Kassenfusionen berücksichtigt, für die eine Genehmigung des Bundesamtes für Soziale Sicherung vorliegt. Bei nach der Veröffentlichung einer quartalsweisen Auswertung bekanntwerdenden genehmigten Fusionen von Krankenkassen sind die einzelnen Werte der fusionierten Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 SGB V zu summieren und für die Ermittlung der maximal zulässigen Prüfungen heranzuziehen.

### **Neugründung von Krankenkassen**

Neue Krankenkassen haben die Daten in dem Quartal zu übermitteln, das dem Quartal mit dem Gründungszeitpunkt folgt.

### **Schließung/Auflösung von Krankenkassen**

Auch für geschlossene oder aufgelöste (nicht fusionierte) Krankenkassen sind die Daten für alle Berichtszeiträume des Schließungs- oder Auflösungsjahres zu erstellen.

### **Fusion/Schließung von Krankenhäusern**

Eine Fusion im Sinne dieser Statistik wird zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einer neuen Budgetvereinbarung für die in der Fusion aufgegangenen Krankenhäuser wirksam. Die Fusion mehrerer Krankenhäuser führt dazu, dass die Daten der Fusionspartner für die Quartale vor der Fusion zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet werden. Ab dem Quartal der Fusion gelten die dabei errechneten Kennwerte nach § 275c Absätze 2 und 3 SGB V für das gesamte fusionierte Krankenhaus.

Im Falle einer Fusion ist ein Krankenhaus verpflichtet, den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung spätestens zwei Monate vor Beginn des Anwendungsquartals an das o. g. Standortverzeichnis zu übermitteln. Bei Fusionen, die nicht fristgemäß an das o. g. Standortverzeichnis übermittelt wurden, ergibt sich die Zahl der prüfbaren Schlussrechnungen aus der Summe der Schlussrechnungen der fusionierenden Krankenhäuser. Bei voneinander abweichenden

den Prüfquoten der fusionierenden Krankenhäuser ist für das fusionierte Krankenhaus Übergangsweise die höhere Prüfquote und Aufschlagshöhe anzuwenden. Für ein fusioniertes Krankenhaus erfolgt die Ermittlung der maximal zulässigen Prüfquote und der Aufschlagshöhe nach Kenntnis der Fusion zum nächstmöglichen Quartal.

Um in den veröffentlichten Daten einen möglichst aktuellen Stand wiedergeben zu können, liefern die Krankenkassen auch im Falle einer bekannten Fusion bei jeder Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband zur Identifikation des Krankenhauses das zur Abrechnung verwendete IK.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung generiert der GKV-Spitzenverband auf Grundlage der Angaben im Standortverzeichnis die Datensätze für das relevante Quartal entsprechend dem zum Veröffentlichungszeitpunkt bekannten Fusionsstand. Erfolgt eine Fusion während eines laufenden Quartals, gelten die für das fusionierte Krankenhaus errechneten Kennwerte nach § 275c Absätze 2 und 3 SGB V ab Quartalsbeginn für alle in der Fusion aufgehenden Krankenhäuser.

Ab dem Zeitpunkt der Schließung eines Krankenhauses werden für dieses Krankenhaus von den Krankenkassen für weitere acht Quartale Daten geliefert und vom GKV-Spitzenverband Kennwerte nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V veröffentlicht.

## **II. Spezifischer Teil – Zu übermittelnde Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V**

### **Einleitung**

Die zu übermittelnden Daten sind nach einheitlichen Grundsätzen von den Krankenkassen zu erheben. Dazu ist es notwendig, die seit Jahren im Abrechnungsverfahren verwendeten Begriffe zu vereinheitlichen oder näher zu beschreiben. Dies ist insbesondere deshalb notwendig, da einige Angaben nicht direkt aus dem Datenübermittlungsverfahren nach § 301 Absatz 3 SGB V zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abgeleitet werden können, sondern beispielsweise aus dem MD-Begutachtungsprozess abzuleiten sind.

### **Abgrenzung der Daten allgemein**

Für die Datenerhebung sind die Daten sowohl für den KHEntgG- als auch BPfIV-Bereich heranzuziehen. Für die Datenerhebung sind die Abrechnungsdaten zu berücksichtigen, die gemäß § 3 Sätze 2 bis 4 der Prüfverfahrensvereinbarung korrekt und vollständig an die Krankenkassen übermittelt wurden. Die Regelungen des § 275c Absätze 2 bis 5 SGB V beziehen sich ausschließlich auf bei der Krankenkasse eingegangene Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung. Dazu sind die Fälle zu berücksichtigen, die alle folgenden Bedingungen erfüllen:

- Fälle, deren Aufnahmegrund mit „01“, „02“ oder „08“ beginnt
- Fälle, für die zum Zeitpunkt der Erhebung eine ins Fachverfahren übernommene gültige Schlussrechnung vorliegt (zweite Stelle der Rechnungsart ist „2“)

Für alle anderen Fälle gelten die Bestimmungen des § 275c Absätze 2 bis 5 SGB V nicht.

### **Institutionskennzeichen (IK)**

Zu übermitteln ist das bei der Abrechnung verwendete IK (IK des Absenders). Zuordnungen zum Haupt-IK des Standortverzeichnisses nach § 293 Absatz 6 SGB V und ggf. nach der Abrechnung eintretende Änderungen des IKs eines Krankenhauses durch Fusion oder IK-Wechsel werden durch den GKV-Spitzenverband nachvollzogen. Fusionen und Wechsel von Institutionskennzeichen für Zeiten vor Aufnahme des Regelbetriebes des Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser werden anhand der Überleitungstabelle in Anlage 3 berücksichtigt.

### **Medizinischer Dienst (MD)**

Als MD im Sinne dieser Vereinbarung gilt der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständige MD. Bei Begutachtungen von Schlussrechnungen des zu prüfenden Krankenhauses durch einen anderen als den örtlichen MD (nur möglich lt. Richtlinie MD Bund gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V) wird die Prüfung dennoch bei dem örtlichen zuständigen MD eingeleitet und diesem auch zugeordnet. Die Zuordnung des Krankenhauses zu dem örtlich zuständigen MD/SMD<sup>2</sup> erfolgt im Rahmen der Datenverarbeitung durch den GKV-Spitzenverband. Grundlage der Zuordnung ist die unter III. beschriebene Zuordnung.

Ein gesonderter Ausweis von Informationen nach MD und SMD ist nicht vorgesehen. Daten der Knappschaft werden dementsprechend ebenfalls dem örtlichen MD zugeordnet, der für das jeweilige Krankenhaus relevant ist.

### **Anzahl Schlussrechnungen (AS)**

Zu übermitteln ist die Anzahl der ab dem 01.01.2020 eingegangenen Schlussrechnungen zur vollstationären Behandlung, bei denen im betrachteten Quartal eine zum Zeitpunkt der Erhebung (Stichtag) ins Fachverfahren übernommene gültige Schlussrechnung eingegangen ist. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum des Eingangs der letzten Schlussrechnung eines Falles bei der Datenannahmestelle der Krankenkasse. Bei Fällen, für die in vergangenen Quartalen bereits Schlussrechnungen gestellt wurden, sind neu eingehende Schlussrechnungen erneut zu zählen.

### **Anzahl eingeleitete Prüfungen (EP)**

Zu übermitteln ist für ab dem 01.01.2020 eingegangene Schlussrechnungen zur vollstationären Behandlung die Anzahl der bei dem zuständigen MD im betrachteten Quartal eingegangenen Prüfaufträge der Krankenkasse, für die eine Prüfung gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet wurde. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse. Wird aufgrund von Datenkorrekturen, die ein Krankenhaus vornimmt, eine erneute/geänderte Beauftragung des MD erforderlich, erfolgt keine erneute Zählung, auch wenn ggf. eine erneute/geänderte Prüfanzeige an das Krankenhaus übermittelt wird.

Nicht zu erfassende Prüffälle sind Prüfungen, die eine Krankenkasse unabhängig von einer Beauftragung des MD durchführt, und Prüfungen, bei denen die Krankenkasse den MD beispielsweise mit einer sozialmedizinischen Fallberatung beauftragt, ohne dass der MD dafür Daten beim Krankenhaus erhebt.

---

<sup>2</sup> Sozialmedizinischer Dienst

### **Anzahl abgeschlossener Prüfungen (AP)**

Zu übermitteln sind die bei den Krankenkassen eingegangenen und im betrachteten Quartal durch deren Leistungsentscheidung abgeschlossenen MD-Gutachten. Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Datum der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse im zu betrachtenden Quartal, die Zuordnung zum zu betrachtenden Quartal ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN<sup>3</sup>-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK01“, „MDK02“, oder „MDK10“. Prüfungen, die aufgrund einer Datenkorrektur des Krankenhauses kein MD-Gutachten mehr erfordern, zählen nicht zu den abgeschlossenen Prüfungen („MDK03“).

### **Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (US)**

Zu übermitteln sind die im betrachteten Quartal durch die Leistungsentscheidung der Krankenkasse abgeschlossenen MD-Gutachten (AP) **ohne Minderung des Abrechnungsbetrages** (US). Als Zuordnung zu dem betrachteten Quartal gilt das Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK01“.

---

<sup>3</sup> Nachricht gemäß Vereinbarung nach § 301 SGB V

### III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten

#### Meldeverfahren und Formate

Die Krankenkassen übermitteln die Daten gemäß Anlage 1 im Zeitraum vom 15. bis zum letzten Tag des auf das betrachtete Quartal folgenden Monats über das DAW<sup>4</sup>-Verfahren PRV<sup>5</sup> an den GKV-Spitzenverband. In diesem Zeitraum sind beliebig viele Übermittlungen zu Korrekturzwecken möglich, wobei die jeweils jüngere Datenlieferung die ältere ersetzt. Letzter Termin für eine Korrekturmeldung ist der letzte Tag des auf das betrachtete Quartal folgenden Monats. Die Krankenkassen haben durch geeignete Verfahren sicherzustellen, dass ihre Daten vollständig, fehlerfrei und plausibel an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden.

Der GKV-Spitzenverband führt aggregierte Ergebnisse der Krankenkassen zusammen. Es gilt die jeweils jüngste fehlerfreie Meldung an den GKV-Spitzenverband als von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenübermittlung gemäß § 275 Absatz 4 Satz 2 SGB V. Nutzen Krankenkassen für die Übertragung der Daten an den GKV-Spitzenverband einen Dienstleister, gilt dies entsprechend. Bei der Übermittlung an den GKV-Spitzenverband sind die Daten zu verschlüsseln. Die Daten sind vom GKV-Spitzenverband sechs Jahre revisionssicher und historisiert aufzubewahren.

Der GKV-Spitzenverband prüft den Dateneingang gemäß dem Prüfkatalog in Anlage 2 und übermittelt der Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit den Ergebnissen aus dem Fehlerverfahren per E-Mail. Soweit Fehler aufgetreten sind, ist eine erneute Datenübermittlung erforderlich (Komplettlieferung). Darüber hinaus werden Hinweise zu Auffälligkeiten und scheinbar unplausiblen Angaben an die Datenlieferanten übermittelt. Als Folge dieser Hinweise oder bei durch die Krankenkasse selbst erkannten Fehlern ist ebenfalls eine erneute Meldung möglich. Erfolgt dies nicht, gilt der zuletzt übermittelte Stand als die von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenlieferung gemäß § 275 Absatz 4 Satz 2 SGB V. Dieser Prozess kann sich mehrfach wiederholen. Dabei ist zu beachten, dass eine Prüfung auf Auffälligkeiten erst durchgeführt werden kann, wenn die gelieferten Daten keine Fehler mehr enthalten.

Soweit bis zum letzten Liefertermin keine korrekte Lieferung durch die Krankenkasse erfolgt ist, wird die Krankenkasse mit den unter VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung beschriebenen Konsequenzen für das betreffende Quartal als „nicht liefernd“ qualifiziert.

---

<sup>4</sup> Zentrale Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes

<sup>5</sup> Prüfverfahren Krankenhausabrechnungsprüfung

Betrachtetes Quartal	Stichtag	Lieferzeitraum an GKV-Spitzenverband im Folgemonat	Berichtsquartal
1. Quartal (01.01. – 31.03.)	jeweils der 14. Kalendertag des Folgemonats	vom 15.04. bis 30.04.	2. Quartal
2. Quartal (01.04. – 30.06.)		vom 15.07. bis 31.07.	3. Quartal
3. Quartal (01.07. – 30.09.)		vom 15.10. bis 31.10.	4. Quartal
4. Quartal (01.10. – 31.12.)		vom 15.01. bis 31.01. Folgejahr	1. Quartal Folgejahr

Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den einzelnen MD erfolgt nach der Lokalisation ihrer stationären Standorte. Krankenhäuser aller Bundesländer außer Nordrhein-Westfalen werden über das Bundesland zugeordnet. In Nordrhein-Westfalen erfolgt die Zuordnung über die Regierungsbezirke. Krankenhäuser mit stationären Standorten in den Regierungsbezirken Arnsberg, Detmold oder Münster werden dem MD Westfalen-Lippe, Krankenhäuser mit stationären Standorten in den Regierungsbezirken Düsseldorf oder Köln dem MD Nordrhein zugeordnet. Krankenhäuser mit Standorten in beiden Gebieten werden auf Grundlage des zum Ende des betrachteten Quartals gültigen Haupt-IK zugeordnet. Solche, deren IK eine gerade Zahl darstellt, werden dem MD Westfalen-Lippe, die übrigen dem MD Nordrhein zugeordnet.

#### IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten

Der GKV-Spitzenverband führt die fristgerecht eingegangenen Datenlieferungen der Krankenkassen zusammen und berechnet die Kennwerte nach § 275c Absatz 4 Sätze 3 und 4 SGB V. Die Werte der Krankenkassen ohne fristgerecht eingegangene Datenlieferung werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. In die Berechnung der realisierten Prüfquote gehen dementsprechend nur Werte von Krankenkassen mit Datenlieferung in beiden dafür relevanten Quartalen ein. Werte von Krankenhäusern oder Krankenkassen, die im Anwendungsquartal fusionieren, werden gemeinsam ausgewertet und unter dem zum Quartalsende des Anwendungsquartals gültigen Haupt-IK veröffentlicht.

Für jedes im betrachteten Quartal gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V am Stichtag existierende Krankenhaus ist ein Datensatz zu liefern. Für Krankenkassen ohne fristgerechte Lieferung wird die Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für alle Krankenhäuser für diese Krankenkassen mit „keine Meldung erfolgt“ ausgewiesen. Diese veröffentlicht der GKV-Spitzenverband entsprechend. Gehen bei einer Krankenkasse für ein Krankenhaus keine Schlussrechnungen ein, erfolgt die Datenübermittlung mit der Angabe „0“.

Sind für ein Krankenhaus im betrachteten Quartal keine Schlussrechnungen bei den Krankenkassen eingegangen oder wurden in diesem Zeitraum für das Krankenhaus keine Prüfungen abgeschlossen, kann für das Krankenhaus keine Berechnung gemäß § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummern 1 und 2 SGB V erfolgen. Als zulässige Prüfquote nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V wird in diesem Falle der Wert nach § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V ausgewiesen. Dies gilt entsprechend auch für neu zugelassene Krankenhäuser.

Bei der Bestimmung der Anzahl der prüfbaren Schlussrechnungen werden keine Nachkommastellen berücksichtigt, es wird stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorgenommen. Anteilswerte werden als Prozentsätze kaufmännisch gerundet auf zwei Nachkommastellen ausgewiesen.

Für das Jahr 2020 werden als zulässige Prüfquoten je Anwendungsquartal für alle Krankenhäuser als Werte nach § 275c Absatz 2 Satz 1 SGB V **12,5 %** und als Aufschlagswerte nach § 275c Absatz 3 Satz 1 SGB V **10 %** auf den Differenzbetrag zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag (mindestens jedoch 300 Euro) ausgewiesen.

**V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 275c Absatz 4 Sätze 3  
und 4 SGB V für das einzelne Krankenhaus**

Die ermittelten Daten werden am letzten Tag des zweiten Monats nach Ende des betrachteten Quartals veröffentlicht. Die Veröffentlichung erfolgt auf der Website des GKV-Spitzenverbandes gemäß Anlage 1 auf der Internetseite [URL] im CSV-Format. Dies wird über eine feste Internetadresse erfolgen, damit ein automatisierter Abruf möglich ist. Die Veröffentlichung auf der Website des GKV-Spitzenverbandes umfasst auch auf MD-Ebene aggregierte und bundesweite Ergebnisse. Darüber hinaus erfolgt eine Veröffentlichung mit einem webbasierten Business-Intelligence-Tool auf der Internetseite [URL].

Dabei wird der drei Tage vor dem Veröffentlichungszeitpunkt bekannte Fusionsstand von Krankenhäusern und Krankenkassen, der am Ende des Anwendungsquartals gültig ist, zugrunde gelegt. Hierzu ist es notwendig, dass Krankenhäuser ihre Fusionsstände zwei Monate vor Beginn des Anwendungsquartals dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V mitteilen.

Zu den folgenden Terminen werden die nachfolgenden Auswertungen veröffentlicht:

<b>Betrachtetes Quartal</b>	<b>Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes bis</b>
1. Quartal (01.01. – 31.03.)	31.05.
2. Quartal (01.04. – 30.06.)	31.08.
3. Quartal (01.07. – 30.09.)	30.11.
4. Quartal (01.10. – 31.12.)	28.02. Folgejahr

**Datenart QAP**

**§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 SGB V – Realisierte Prüfquote**

Anteil der in einem betrachteten Quartal eingeleiteten MD-Prüfungen an den im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen (vollstationäre Krankenhausbehandlungen)

Berechnungsbeispiel für ein Berichtsquartal (4. Quartal)

Realisierte Prüfquote Q3 je Krankenhaus (AUS\_RPQ)

$$= \frac{\text{[Summe der Anzahl der Prüfungen (Q3 EP) über alle Krankenkassen]}}{\text{[Summe der Anzahl Schlussrechnung (Q1 AS) über alle Krankenkassen]}}$$

Die Veröffentlichung der realisierten Prüfquote erfolgt erstmals für das 3. Quartal 2020.

Tabellarische Darstellung

MD-ID	Realisierte Prüfquote je Krankenhaus (AUS_RPQ)
KH 1	X %
KH 2	X %
...	X %
KH 1.942	X %
alle KH	X %

**§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 SGB V - Anteil der Schlussrechnungen**, bei denen nach abgeschlossener MD-Prüfung der Abrechnungsbetrag nicht minderungsfähig ist (AUS\_POM-Q)

**§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V - Zulässige Prüfquote (AUS\_ZPQ) und zulässige Aufschlagshöhe (AUS\_Z-AUF)** für das übernächste Quartal (ausgehend vom betrachteten Quartal)

Berechnungsbeispiel für ein Berichtsquartal (2. Quartal)

Anteil MD-Gutachten ohne Minderung Abrechnungsbetrag Q1 je Krankenhaus (AUS\_POM-Q)

= 
$$\frac{\text{[Summe der Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (Q1 US) über alle Krankenkassen]}}{\text{[Summe Anzahl abgeschlossener Prüfungen (Q1 AP) über alle Krankenkassen]}}$$

Aufgrund der Werte AUS\_POM-Q erfolgt eine Zuordnung der Krankenhäuser gemäß § 275 Absatz 2 Sätze 3 und 4 SGB V zu den zulässigen Prüfquoten und Aufschlagshöhen.

## Tabellarische Darstellung

MD-ID	AUS_POM-Q	Zulässige Prüfquote für das dem Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) (ab 2021) (AUS_ZPQ)	Aufschlagshöhe für das dem Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) (ab 2021) (AUS_Z-AUF)
KH 1	80 %	5 %	0 %
KH 2	70%	5 %	0 %
...	52%	10 %	25 %
<b>KH 1.942</b>	31%	15 %	50 %

## Datenart QAN

§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 4 SGB V - Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen (AUS\_ASAN) für vollstationäre Krankenhausbehandlungen je Krankenhaus und Krankenkasse (AUS\_ASIK)

§ 275c Absatz 2 Satz 5 2. Halbsatz SGB V - Anwendung der Prüfquote bei den einzelnen Krankenkassen

Neben der Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen veröffentlicht der GKV-Spitzenverband die **maximale Anzahl der zulässigen Prüfungen** je Krankenkasse in einem Krankenhaus für das auf das Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal). Diese ergibt sich wie folgt:

Berechnung

Anzahl der im auf das Berichtsquartal folgenden Quartal (Anwendungsquartal) maximal prüfbaren Schlussrechnungen (AUS\_SPR-AN)

= Summe der Anzahl Schlussrechnungen (AS) für die einzelne Krankenkasse im betrachteten Quartal x Zulässige Prüfquote für das dem Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal)

Bei der Bestimmung der Anzahl der maximal prüfbaren Schlussrechnungen werden keine Nachkommastellen berücksichtigt, es wird stets eine Abrundung auf ganze Zahlen vorgenommen.

Wird aufgrund einer Datenlieferung von Krankenkassen die Anzahl der maximal prüfbaren Schlussrechnungen für das auf das Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) rechnerisch mit Null ermittelt, wird gemäß der gesetzlichen Regelung nach § 275c Absatz 2 Satz 8 SGB V der Wert 1 ausgewiesen.

#### Tabellarische Darstellung

KH-IK	MD-ID	IK der Krankenkasse (ASIK)	Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen zum IK der Krankenkasse aus ASIK (AUS_ASAN)	Anzahl der im auf das Berichtsquartal folgenden Quartal (Anwendungsquartal) maximal prüfbaren Schlussrechnungen bezogen auf das Krankenkassen-IK aus ASIK (AUS_SPR-AN)
KH 1		KK 1		
KH 1		KK 2		
KH 1		...		
KH 1		KK 109		
KH 2		KK 1		
KH 2		KK 2		
KH 2		...		
KH 2		KK 109		
KH ...		KK 1		
KH ...		...		
KH ...		KK 109		
KH 1.942		KK 1		
KH 1.942		KK 2		
KH 1.942		...		
KH 1.942		KK 109		

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes  
über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung  
gemäß § 275c Absatz 4 SGB V

Da in Anwendung der Vorgaben gemäß § 275c Absatz 4 SGB V die erste Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes am 31.05.2020 erfolgt, steht für das 1. und 2. Quartal 2020 zum jeweiligen Quartalsbeginn keine Veröffentlichung zur Anzahl der heranzuziehenden Schlussrechnungen und zur Anzahl der maximal prüfbaren Schlussrechnungen zur Verfügung.

Als Basis für die maximal zulässige Prüfquote in den ersten beiden Quartalen 2020 wird in Entsprechung zur gesetzlichen Regelung die aus den vorvergangenen Quartalen (3. Quartal und 4. Quartal 2019) ermittelte Anzahl eingegangener Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung herangezogen. Eine Auswertung und Veröffentlichung zur Anzahl eingegangener Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgt nicht durch den GKV-Spitzenverband, da mit Beginn der Datenlieferung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V nur Daten für das 1. Quartal 2020 ff. übermittelt werden.

## **VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung**

Eine nicht oder nicht fristgerecht erfolgte Datenübermittlung wird gleich bewertet. Fehlerhaft übermittelte Datenmeldungen gelten als nicht übermittelt. Wurden für ein oder mehrere Krankenhäuser keine oder unvollständige Daten übermittelt, wird die Krankenkasse darauf hingewiesen. Aus der finalen Datenlieferung einer Krankenkasse werden die Daten aller fehlerfrei übermittelten Krankenhäuser für die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes herangezogen.

Für die Krankenhäuser, für die Daten wegen Unvollständigkeit und Fehlern abgewiesen wurden, erfolgen die Berechnungen der Auswertungen gemäß § 275 Absatz 4 Satz 3 SGB V anhand der verfügbaren Meldungen. Krankenkassen, deren fehlende Daten zu dieser alternativen Einstufung führen, werden als nicht liefernde Krankenkassen bei den betreffenden Krankenhäusern ausgewiesen.

Liegt von einer Krankenkasse keine fristgerechte Übermittlung der Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V für ein oder mehrere Krankenhäuser vor, wird die Krankenkasse bei der Ermittlung der Werte nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V für diese Krankenhäuser nicht berücksichtigt.

Liegt von einer Krankenkasse eine fristgerechte Übermittlung unvollständiger Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 SGB V für ein oder mehrere Krankenhäuser vor, ist für das auf das Berichtsquartal folgende Quartal (Anwendungsquartal) keine vollständige GKV-weite Ermittlung des Anteils unbeanstandeter Rechnungen für diese Krankenhäuser möglich. Diese nicht liefernden Krankenkassen sind von Prüfungen ab dem übernächsten Quartal solange ausgeschlossen, bis eine vollständige Meldung erfolgt. Diese Regelung gilt erstmals für Datenlieferungen zu dem betrachteten Quartal 3/2020. Soweit von Krankenkassen die Lieferung der Daten aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen fehlerhaft oder unvollständig erfolgt, können diese Krankenkassen im Anwendungsquartal die Rechnungen des betroffenen Krankenhauses nur in Höhe der niedrigsten Prüfquotenklasse prüfen. Als Basis für die Berechnung der maximal prüfbaren Schlussrechnungen wird in diesem Fall die Anzahl der Schlussrechnungen der letzten gültigen Datenmeldung herangezogen. Dies gilt nicht, wenn Krankenkassen die Lieferung der Daten bewusst, ganz oder teilweise unterlassen.

Entwurf, Stand 06.02.2020

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik gemäß § 17c Absatz 6 KHG

- mit Wirkung ab dem 01.01.2020 -



Seite 2/21

Festlegung des GKV-Spitzenverbandes  
über die näheren Einzelheiten zur jährlichen Statistik  
gemäß § 17c Absatz 6 KHG

Stand 31.03.2020

Bildnachweise: li: monet/Adobe Stock; re: Jacob Lund/Adobe Stock

Präambel .....	4
I. Allgemeiner Teil .....	6
II. Spezifischer Teil - Zu übermittelnde Daten nach § 17c Absatz 6 KHG .....	7
III. Spezifischer Teil - Lieferung der zu übermittelnden Daten .....	12
IV. Spezifischer Teil - Verarbeitung der übermittelten Daten.....	14
V. Spezifischer Teil - Veröffentlichung der Auswertungen nach § 17c Absatz 6 KHG .....	15
VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung .....	21

## Präambel

Mit dem MDK-Reformgesetz wird zur Schaffung von Transparenz über das Prüfgeschehen in der Krankenhausabrechnungsprüfung eine jährliche Statistik eingeführt. Der GKV-Spitzenverband ist gemäß § 17c Absatz 6 KHG verpflichtet, über die quartalsbezogenen Auswertungen nach § 275 Absatz 4 SGB V hinaus diese Statistik für das jeweilige Vorjahr zu erstellen und - bundesweit und nach Medizinischen Diensten gegliedert - zu veröffentlichen, die weitergehende Sachverhalte des Prüfgeschehens abbildet. Mit unterschiedlichen Zeitpunkten für eine erstmalige Datenlieferung, Auswertung und Veröffentlichung sind dies:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)
2. Anzahl und Ergebnisse der Vorverfahren sowie durchschnittliche Rückzahlungsbeträge gemäß der Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHG sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge (Vorverfahren)
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen (Prüfanlässe)
4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfergebnis), die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge (Rechnungsaufschläge)
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG (Nachverfahren/Erörterungen)
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V (Anzeigen Verdacht systematisch überhöhte Abrechnung/Nichtbeanstandungsquote < 20 %)
7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Prüfung von Strukturmerkmalen)

Der GKV-Spitzenverband legt gemäß § 17c Absatz 6 Satz 5 KHG die näheren Einzelheiten fest. Die näheren Einzelheiten betreffen der gesetzlichen Regelung zufolge insbesondere die zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie die Konsequenzen, sofern Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden.

Die gemäß § 17c Absatz 6 Satz 6 KHG erforderlichen Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste (MD)<sup>1</sup> wurden eingeholt und berücksichtigt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am **TT.MM.2020** abgeschlossen. Die Festlegungen beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Festlegungen geltende Prüfverfahrensvereinbarung. Sofern Anpassun-

---

<sup>1</sup> MD wird für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Medizinischen Dienste gleichermaßen verwendet.

gen der nachstehenden Regelungen erforderlich sind, treten diese nach Möglichkeit zum 01.01. eines Jahres in Kraft.

Die näheren Einzelheiten gemäß § 17c Absatz 6 KHG gliedern sich wie folgt:

- Allgemeiner Teil (I)
- Spezifischer Teil - Zu übermittelnde Daten (II)
- Spezifischer Teil - Lieferung der zu übermittelnden Daten (III)
- Spezifischer Teil - Verarbeitung der übermittelten Daten (IV)
- Spezifischer Teil - Veröffentlichung der bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertungen (V)
- Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung (VI)

## **I. Allgemeiner Teil**

Für die Datenlieferung durch die Krankenkassen gelten die in den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V definierten Vorgaben analog für die jährlichen Statistiken. Abweichend erfolgt nachstehend die Definition des Berichtszeitraumes.

### **Berichtsjahr und betrachtetes Jahr**

Als Berichtsjahr wird das Jahr bezeichnet, in dem der GKV-Spitzenverband die Auswertungen veröffentlicht. Das Berichtsjahr enthält Daten des vorangegangenen Jahres (betrachtetes Jahr).

## II. Spezifischer Teil - Zu übermittelnde Daten nach § 17c Absatz 6 KHG

Für die Datenlieferung durch die Krankenkassen gelten die in den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V definierten Vorgaben analog für die jährlichen Statistiken zuzüglich der nachfolgenden Festlegungen.

### 1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)

Die Daten liegen gemäß den Festlegungen zu den quartalsweisen Auswertungen vor und werden nicht erneut erhoben. Von Krankenkassen, die für mindestens ein Quartal keine quartalsweisen Daten geliefert haben, werden für den entsprechenden Zeitraum keine Daten für die Jahresstatistik berücksichtigt.

### 2. Anzahl und Ergebnisse der Vorverfahren

#### Anzahl der Vorverfahren

Jede nach § 4 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) durch die Krankenkasse bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld der Beauftragung des MD (im Weiteren Vorverfahren genannt) im betrachteten Jahr eingeleitete Prüfung ist eine Prüfung mit Vorverfahren.

Als Einleitung der Prüfung gilt der Versand der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit den Schlüsselausprägungen PF000, SF000, KP000, FV000, KLO00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung).

Zu übermitteln ist die Anzahl aller abgeschlossenen Vorverfahren im betrachteten Jahr (im Vorverfahren gelöst und ungelöst):

- a) In den Fällen, in denen nach Einleitung der o. g. Prüfung durch die Krankenkasse weder Datenkorrekturen/Ergänzungen erfolgen noch ein Falldialog durchgeführt wird und eine Prüfanzeige durch den MD folgt, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse (§ 6 Absatz 1a PrüfV) (VOMD).
- b) In den Fällen, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse keine weitere Prüfung durch den MD erfordert (§ 5 Absatz 2 PrüfV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEK00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VVDK).
- c) In den Fällen, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse eine weitere Prüfung durch den MD erfordert (§ 6 Absatz 1b

PrüfvV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse (VDMD).

#### Falldialog

(Fälle mit Falldialog sowie mit Falldialog und Datenkorrekturen/Ergänzungen, sind unter d), e) und f) zu zählen.)

- d) In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (§ 6 Absatz 1c PrüfvV), gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse als Ende des Vorverfahrens (VFMD).
- e) In den Fällen, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (§ 6 Absatz 1c PrüfvV) und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Beauftragung des MD erfolgen konnte, gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Ablaufs des Vorverfahrens (VOPQ).
- f) In den Fällen, in denen im Vorverfahren im Falldialog eine Einigung erzielt wurde, gilt das Datum des Eingangs der zugehörigen Datenkorrektur (§ 5 Absatz 6 PrüfvV) als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr. In allen anderen Fällen gilt als Zuordnung zu dem betrachteten Jahr das Datum des Versandes der Nachricht „KAIN“ durch die Krankenkasse mit der Schlüsselausprägung BEF00 (Schlüssel 30 der Anlage 2 der § 301-Vereinbarung) (VFDE).

#### Ergebnis der Vorverfahren und Höhe der Rückzahlungsbeträge im betrachteten Jahr

Zu übermitteln ist die Anzahl der im betrachteten Jahr im Vorverfahren durch Einigung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus gelösten Fälle, bei denen keine MD-Prüfung folgt (VFDE, VVDK) und zugunsten der Krankenkasse eine Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist (VRÜC).

Zu übermitteln ist die Summe der Rückzahlungsbeträge (Differenz zwischen dem ursprünglich in Rechnung gestellten Betrag und dem Abrechnungsbetrag nach Abschluss des Vorverfahrens) in Euro (RÜCS) für die im betrachteten Jahr im Vorverfahren gelösten Fälle (VFDE, VVDK), bei denen zugunsten der Krankenkasse eine Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist (VRÜC).

### **3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der je MD im betrachteten Jahr eingeleiteten Prüfungen**

Zu übermitteln sind die Prüfanlässe für die im betrachteten Jahr durch die Krankenkasse bei dem zuständigen MD beauftragten Prüfungen, für die eine Prüfung gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet wurde. Als Datum für die Zuordnung zum betrachteten Jahr gilt das Datum der Beauftragung des MD durch die Krankenkasse.

Wurde aufgrund von Datenkorrekturen, die ein Krankenhaus vornimmt, eine erneute/geänderte Beauftragung des MD erforderlich, erfolgt keine erneute Zählung, auch wenn ggf. eine erneu-

te/geänderte Prüfanzeige an das Krankenhaus übermittelt wird. Nicht zu berücksichtigen sind eingeleitete Prüfungen für bis zum 31.12.2019 bei der Krankenkasse eingegangene Schlussrechnungen.

Die Übermittlung muss getrennt nach Prüfanlässen erfolgen. Sind bei einer Prüfung mehrere, verschiedene Prüfanlässe angegeben, ist jeder Prüfanlass separat zu zählen:

- Primäre Fehlbelegung (R1)
- Sekundäre Fehlbelegung (R2)
- Kodierprüfung (R3)
- Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.) (R4)
- Andere/weitere Prüfgegenstände (R5)

Als gesonderte Information wird die Anzahl der Prüfungen übermittelt, in denen die Kombination mehrerer Prüfanlässe gegeben war, d. h. die Prüfanzeige umfasste zwei oder mehr Prüfanlässe (ANMP).

#### **4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge**

Relevant sind die Fälle, mit einem bei der Krankenkasse eingegangenen und durch deren Leistungsentscheidung im betrachteten Jahr bis 31.12. abgeschlossenen MD-Gutachten. Als relevantes Datum für das betrachtete Jahr gilt das Datum der Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse.

Die Anzahl ergibt sich aus den übermittelten Quartalsdaten gemäß § 275c Absatz 4 SGB V an den GKV-Spitzenverband (Summe US). Es erfolgt keine gesonderte Übermittlung.

Die Anzahl der beanstandeten Schlussrechnungen (ABSR) für das betrachtete Jahr ergibt sich wie folgt: Summe abgeschlossener Prüfungen (AP Quartale 1 bis 4 des betrachteten Jahres) abzüglich der Summe unbeanstandeter Schlussrechnungen (US Quartale 1 bis 4 des betrachteten Jahres).

Zu übermitteln ist ebenfalls die Anzahl der unbeanstandeten Schlussrechnungen, die nur deshalb unbeanstandet bleiben (also ohne Minderung des Rechnungsbetrages), weil das Krankenhaus in der MD-Prüfung seine Daten korrigiert hat (vgl. § 7 Absatz 5 Satz 7 PrüfV) (DKOM). Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK03“.

#### Höhe der Differenzbeträge

Zu übermitteln ist zu den Fällen ABSR die Summe der Differenzbeträge (SDIF) je IK zwischen ursprünglich in Rechnung gestelltem Betrag und dem Abrechnungsbetrag gemäß leistungsrechtlicher Entscheidung der Krankenkasse in Euro im betrachteten Jahr. Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK02 und MDK10“.

#### Höhe der Aufschläge

Zu übermitteln ist zu den Fällen ABSR die Anzahl derjenigen Fälle mit einem Aufschlag gemäß § 275 Absatz 3 SGB V (AFAS). Zu übermitteln ist zu den Fällen AFAS die Summe der Aufschläge in Euro im betrachteten Jahr (AUFS). Die Zuordnung zum betrachteten Jahr ergibt sich aus dem Übermittlungsdatum der KAIN-Nachricht mit Schlüssel 30 „MDK04“.

### **5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG**

#### Nachverfahren nach § 9 PrüfvV

Zu übermitteln ist die Anzahl der im betrachteten Jahr tatsächlich durchgeführten Nachverfahren (ATDN). Das relevante Datum ist der Abschluss des Nachverfahrens. Es sind die Fälle ATDN wie folgt zu übermitteln:

- Anzahl Nachverfahren mit Einigung (ANME)
- Anzahl Nachverfahren ohne Einigung (ANOE)

#### Einzelfallbezogene Erörterungen vor einer gerichtlichen Überprüfung nach § 17c Absatz 2b KHG

Zu übermitteln ist die Anzahl der im Berichtszeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen. Das relevante Datum ist der Abschluss der einzelfallbezogenen Erörterungen (ANEE). Es sind die Fälle (ANEE) wie folgt kategorisiert zu übermitteln:

- Anzahl der durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen mit Einigung (EEME)
- Anzahl der durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen ohne Einigung (EEOE)

### **6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V**

Zu übermitteln ist die Anzahl der Anzeigen an die jeweilige Landesbehörde im Berichtszeitraum. Als relevantes Datum gilt der Versand der Anzeigen an die jeweilige Landesbehörde durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummern 1 und 2 KHG. Die Angaben sind wie folgt zu kategorisieren:

- a) Anzeigen wegen des Anteils unbeanstandeter Rechnungen unter 20 % (AN20)
- b) Anzeigen wegen des begründeten Verdachts einer systematisch überhöhten Abrechnung (ANSY)

#### **7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Prüfung von Strukturmerkmalen)**

Zu übermitteln ist die Anzahl der Prüfungen von Strukturmerkmalen im betrachteten Jahr, für die eine Bestätigung gemäß § 275d Absatz 2 SGB V erteilt und gemäß § 275d Absatz 3 SGB V an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt wurde.

Die Übermittlung erfolgt getrennt nach Standorten und OPS-Komplexkodes. Die OPS-Komplexkodes werden in einer Liste zur Verfügung gestellt:

- a) Anzahl der Standorte mit Erfüllung der geprüften Strukturmerkmale je Komplexkode. Es sind alle im betrachteten Jahr eingegangenen Bescheinigungen zu zählen. Als relevantes Datum gilt das Datum der Bescheinigungen über die Erfüllung der Strukturmerkmale (STJA).
- b) Anzahl der Meldungen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V über die nicht mehr bestehende Einhaltung bereits geprüfter Strukturmerkmale. Als relevantes Datum gilt das Ausstellungsdatum der Meldung (ANNM).

### III. Spezifischer Teil – Lieferung der zu übermittelnden Daten

#### Meldeverfahren und Formate

Die Krankenkassen übermitteln die Daten gemäß Anlage 1 im Zeitraum vom 01.04. bis 30.04. des Folgejahres über das DAW<sup>2</sup>-Verfahren PRV<sup>3</sup> an den GKV-Spitzenverband. In diesem Zeitraum sind beliebig viele Übermittlungen zu Korrekturzwecken möglich, wobei die jeweils jüngere Datenlieferung die ältere ersetzt. Letzter Termin für eine Korrekturmeldung ist der 30.04. des Folgejahres. Die Krankenkassen haben durch geeignete Verfahren sicherzustellen, dass ihre Daten vollständig, fehlerfrei und plausibel an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden.

Der GKV-Spitzenverband führt aggregierte Ergebnisse der Krankenkassen zusammen. Es gilt die jeweils jüngste fehlerfreie Meldung an den GKV-Spitzenverband als von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 6 KHG. Nutzen Krankenkassen für die Übertragung der Daten an den GKV-Spitzenverband einen Dienstleister, gilt dies entsprechend. Bei der Übermittlung an den GKV-Spitzenverband sind die Daten zu verschlüsseln. Die Daten sind vom GKV-Spitzenverband sechs Jahre revisionssicher und historisiert aufzubewahren.

Der GKV-Spitzenverband prüft den Dateneingang gemäß dem Prüfkatalog in Anlage 2 und übermittelt der Krankenkasse eine Eingangsbestätigung mit den Ergebnissen aus dem Fehlerverfahren per E-Mail. Soweit Fehler aufgetreten sind, ist eine erneute Datenübermittlung erforderlich (Komplettlieferung). Darüber hinaus werden Hinweise zu Auffälligkeiten und scheinbar unplausiblen Angaben an die Datenlieferanten übermittelt. Als Folge dieser Hinweise oder bei durch die Krankenkasse selbst erkannten Fehlern ist ebenfalls eine erneute Meldung möglich. Erfolgt dies nicht, gilt der zuletzt übermittelte Stand als die von der Krankenkasse rechtsverbindlich übermittelte Datenlieferung gemäß § 17c Absatz 6 KHG. Dieser Prozess kann sich mehrfach wiederholen. Dabei ist zu beachten, dass eine Prüfung auf Auffälligkeiten erst durchgeführt werden kann, wenn die gelieferten Daten keine Fehler mehr enthalten.

Bei fehlenden oder unvollständigen Lieferungen durch eine Krankenkasse wird entsprechend der unter Punkt VI. beschriebenen Maßnahmen verfahren.

#### Berichtszeiträume und Meldetermine

Der Berichtszeitraum für die zu übermittelnden Daten nach II. ist jeweils das Vorjahr. Für die erste Datenlieferung zum 30.04.2020 für das Jahr 2019 sind die in § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummern 1, 6 und 7 KHG genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Nummer 5 genannten einzelfallbezogenen Erörterungen nicht zu über-

---

<sup>2</sup> Zentrale Datenannahme- und Weiterleitungsstelle des GKV-Spitzenverbandes

<sup>3</sup> Prüfverfahren Krankenhausabrechnungsprüfung

mitteln; für die Datenlieferung zum 30.04.2021 für das Jahr 2020 sind die in § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 KHG genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Ab dem Berichtszeitraum 2022 erfolgen die Datenmeldungen zum 30.04. des Folgejahres ohne Einschränkungen.

<b>Betrachtetes Jahr</b>	<b>Stichtag</b>	<b>Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband</b>
<b>2019</b> (ohne Nummern 1, 6, 7 sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4 und ohne die in Nummer 5 genannte Anzahl und Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen)	31.03.	vom 01.04. bis 30.04.2020
<b>2020</b> (ohne Nummer 7 sowie ohne Aufschlagshöhe nach Nummer 4)	31.03.	vom 01.04. bis 30.04.2021
<b>ab 2021</b> (ohne Einschränkungen)	31.03.	vom 01.04. bis 30.04. des Folgejahres

Die Meldungen erfolgen gemäß § 17c Absatz 6 Satz 3 KHG (ohne Versichertenbezug).

#### **IV. Spezifischer Teil – Verarbeitung der übermittelten Daten**

Der GKV-Spitzenverband führt die fristgerecht eingegangenen Datenlieferungen der Krankenkassen zusammen. Soweit für eine Krankenkasse bis zum Stichtag keine fehlerfreie Lieferung der Datenart „JST“ vorliegt, werden die Werte nach § 17c Absatz 6 Nummern 2 bis 5 ohne die Angaben dieser Krankenkasse berechnet.

Für jedes im betrachteten Jahr gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V existierende Krankenhaus ist ein Datensatz zu liefern. Soweit dies nicht geschieht, werden die Werte nach § 17c Absatz 6 Nummern 2 bis 5 ohne die fehlenden Angaben berechnet.

Bei der Berechnung fehlende Angaben werden gesondert ausgewiesen.

V. Spezifischer Teil – Veröffentlichung der Auswertungen nach § 17c Absatz 6 KHG

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Sätze 2 und 3 SGB V (Einzelfallprüfung)

Es erfolgt die Übernahme der Quartalsstatistik.

2. Vorverfahren

Vorverfahren (VV)	Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle mit nachfolgender MD-Prüfung			Im Vorverfahren nicht gelöste Fälle ohne MD-Prüfung	Durch Vorverfahren gelöste Fälle		
Anzahl Prüfungen mit VV (Σ VOMD, VVDK, VDMD, VFMD, VFDE) VOPQ (AUS_ANPV)	Anzahl VV <u>ohne</u> Datenkorrektur und <u>ohne</u> Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VOMD)	Anzahl VV <u>mit</u> Datenkorrektur/Ergänzung, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VDMD)	Anzahl VV <u>mit Falldialog</u> , die MD-Prüfung erfordern (AUS_VFMD)	Anzahl Fälle mit VV mit Abbruch Prüfverfahren (AUS_VOPQ)	Anzahl im VV gelöste Fälle (VVDK + VFDE) (AUS_ANVV)	Anzahl im VV <u>durch Datenkorrektur/Ergänzung</u> gelöster Fälle (AUS_VVDK)	Anzahl VV, die <u>durch Einigung im Falldialog</u> enden (AUS_VFDE)

MD 1

...

MD 15

bundes-  
weit

**Ergebnis des Vorverfahrens (VV)**

Anzahl zugunsten der Krankenhäuser  
gelöster VV (durch Korrektur und durch Falldialog  
und keine Weiterverfolgung)  
(VVDK + VFDE-VRÜC) ohne Minderung Abrech-  
nungsbetrag sowie von Kasse nicht weiter verfolgte  
Fälle (VVPQ)  
  
(AUS\_VORÜ)

Anzahl zugunsten der Krankenhäuser  
gelöster VV  
  
(AUS\_VRÜC)  
  
VRÜC mit Minderung Abrechnungsbetrag

Durchschnittliche Höhe Rückerstattungsbeträ-  
ge  
( $\Sigma$  RÜCS)/ $\Sigma$  VRÜC)  
  
(AUS\_RÜCS)

MD 1

...

MD 15

bundes-  
weit

### 3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim MD eingeleiteten Prüfungen

Gesamt (AUS_SR)  (R1+R2+ R3+R4+ R5)	Primäre Fehlbelegung		Sekundäre Fehlbelegung		Kodierprüfung		Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)		Andere/weitere Prüfgegenstände		Prüfungen mit Kombi- nation mehrerer Prüfan- lässe (ANMP)
	(R1)	(R2)	(R3)	(R4)	(R5)						
Anzahl	Anzahl (AUS_ AR1)	Anteil (AUS_ QR1)	Anzahl (AUS_ AR2)	Anteil (AUS_ QR2)	Anzahl (AUS_ AR3)	Anteil (AUS_ QR3)	Anzahl (AUS_AR4)	Anteil (AUS_QR4)	Anzahl (AUS_AR5)	Anteil (AUS_QR5)	Anzahl (AUS_ANMP)
<b>MD 1</b>											
...											
<b>MD 15</b>											
<b>bundes- weit</b>											

Es wird jeweils die absolute Anzahl eines Prüfanlasses (z. B. R1) und der Anteil eines Prüfanlasses im Verhältnis zur Summe aller Prüfanlässe (AUS\_SR) ausgewiesen. Der Anteil von Prüfanlässen an allen eingeleiteten Prüfungen eines betrachteten Jahres wird nicht ausgewiesen, da Prüfanlässe auch in Kombination mit einem oder mehreren anderen Prüfanlässen in Prüfanzeigen angegeben werden können.

**4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V, durchschnittliche Höhe der Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge**

Unbeanstandete Schlussrechnungen			Beanstandete Schlussrechnungen			
Anzahl MD-Gutachten (Σ AP aus Q1bis Q4)  (AUS_ANZGA)	Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (Σ US aus Q1 bis Q4)  (AUS_ANZUS)	davon Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen infolge Datenkorrektur des Krankenhauses  (AUS_DKOM)	Anzahl beanstandeter Schlussrechnungen  (AUS_ABSR)	Durchschnittliche Höhe Differenzbeträge (Σ SDIF/Σ ABSR)  (AUS_DDIF)	Anzahl beanstandeter Rechnungen mit Aufschlag auf Differenzbetrag  (AUS_AFAS)	Durchschnittliche Höhe der Aufschläge auf Differenzbeträge  (AUS_AUFS)
<b>MD 1</b>						
...						
<b>MD 15</b>						
<b>bundesweit</b>						

**5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach § 17c Absatz 2 KHG und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach § 17c Absatz 2b KHG**

Fälle mit durchgeführtem Nachverfahren  (AUS_ATDN)	Anteil Nachverfahren an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (AUS_QNV)	Ergebnis Nachverfahren	
		Anzahl Nachverfahren ohne Einigung  (AUS_ANOE)	Anzahl Nachverfahren mit Einigung

MD 1

...

MD 15

bundesweit

Anzahl der Fälle mit einzelfallbezogener Erörte- rung (AUS_ANEE)	Anteil einzelfallbezogene Erörterung an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnun- gen für vollstationäre Krankenhausbehand- lung (AUS_QEE)	Ergebnis einzelfallbezogene Erörterung	
		Anzahl einzelfallbezogene Erörterung mit Einigung (AUS_EEME)	Anzahl einzelfallbezogene Erörterung ohne Einigung (AUS_EEOE)

MD 1

...

MD 15

bundesweit

**6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V**

	Anzahl der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V  (AUS_ANZB)	Anzahl der Anzeigen mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 %  (AUS_AN20)	Anzahl der Anzeigen mit begründetem Verdacht systematisch überhöhter Abrechnung  (AUS_ANSY)
MD 1			
...			
MD 15			
bundesweit			

**7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Prüfung Strukturmerkmale)**

OPS-Komplexkodes	Anzahl der Begutachtungen von Strukturmerkmalen  (AUS_ANST)	Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen nach § 275d Absatz 2 SGB V  (AUS_STJA)	Anzahl der Meldungen nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V (Nichteinhaltung bestätigter Strukturmerkmale > 1 Monat) (AUS_ANNM)
MD 1			
...			
MD 15			
bundes- weit			

## **VI. Maßnahmen bei nicht oder nicht fristgerecht erfolgter Datenübermittlung**

Eine nicht oder nicht fristgerecht erfolgte Datenübermittlung wird gleich bewertet. Fehlerhaft übermittelte Datenmeldungen gelten als nicht übermittelt. Wurden für ein oder mehrere Krankenhäuser keine oder unvollständige Daten übermittelt, wird die Krankenkasse darauf hingewiesen. Aus der finalen Datenlieferung einer Krankenkasse werden die Daten aller vollständig und fehlerfrei übermittelten Krankenhäuser für die Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes herangezogen.

Für die Berichtsgegenstände, für die Daten wegen Unvollständigkeit und Fehlern abgewiesen wurden, erfolgen die Auswertungen gemäß § 17c Absatz 6 KHG anhand der verfügbaren Meldungen. Krankenkassen, deren fehlende Daten zu unvollständigen Auswertungen führen, werden als nicht liefernde Krankenkassen ausgewiesen.

# Anlage 1

## Datenübermittlung an den GKV-Spitzenverband gemäß § 275c Abs. 4 SGB V sowie § 17c Abs. 6 KHG

### 0. Gültigkeit

Diese Version (Versionsnummer 1.0) der Anlage 1 ist gültig ab dem 01.01.2020 und gilt für Datenlieferungen ab dem 01.01.2020.

### 1. Verschlüsselung

Die Daten sind vor der Übermittlung vom Absender zu signieren und für den Empfänger zu verschlüsseln.

Die verwendeten Sicherheitsverfahren werden in der Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen<sup>1</sup> beschrieben. Eine Verschlüsselung und Signatur der Daten erfolgt danach nach dem Standard PKCS#7. Dabei gelten die Vorgaben der Security-Schnittstelle für den Datenaustausch im Gesundheits- und Sozialwesen in ihrer jeweils aktuellen Fassung.

### 2. Datenübermittlung

Die Krankenkasse übermittelt die Daten nach Abschnitt 3 quartalsweise bzw. jährlich an die Datenannahme- und Weiterleitungsstelle (DAW) des GKV-Spitzenverbandes wie folgt:

Quartalsweise Lieferung gemäß § 275c Abs. 4 SGB V (Datenart QST)

Betrachtetes Quartal	Stichtag	Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband im Folgemonat	Berichtsquartal
1. Quartal (01.01. – 31.03.)	jeweils der 14. Kalendertag des Folgemo- nats	vom 15.04. bis 30.04.	2. Quartal
2. Quartal (01.04. – 30.06.)		vom 15.07. bis 31.07.	3. Quartal
3. Quartal (01.07. – 30.09.)		vom 15.10. bis 31.10.	4. Quartal
4. Quartal (01.10. – 31.12.)		vom 15.01. bis 31.01. Folgejahr	1. Quartal Folgejahr

<sup>1</sup> [https://www.gkv-datenaustausch.de/technische\\_standards\\_1/technische\\_standards.jsp](https://www.gkv-datenaustausch.de/technische_standards_1/technische_standards.jsp)

Jährliche Lieferung gemäß § 17c Abs. 6 KHG (Datenart JST)

Betrachtetes Jahr	Stichtag	Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband
2019 (ohne Nrn. 1, 6 und 7, ohne durchschnittliche Aufschlagshöhe nach Nr. 4 und ohne einzelfallbezogene Erörterung nach Nr. 5)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2020
2020 (ohne Nr. 7, ohne durchschnittliche Aufschlagshöhe nach Nr. 4)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2021
ab 2021 (ohne Einschränkungen)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04. Folgejahr

Jede der Datenarten ist in einer separaten Nutzdatendatei zu übertragen. Zur Datenübertragung zwischen der Krankenkasse und dem GKV-Spitzenverband wird das Krankenkassenkommunikationssystem (KKS) verwendet. Somit ist zu jeder Nutzdatendatei eine dazugehörige Auftragsdatei zu übermitteln.

Als Übertragungsprotokoll wird SFTP eingesetzt. Der zu verwendende Zeichensatz ist ISO 8859-15. Für die genannten Verfahren gelten die Vorgaben der Gemeinsamen Grundsätze Technik gemäß § 95 SGB IV in ihrer jeweils aktuellen Fassung:

Anlage 1: Krankenkassenkommunikationssystem (KKS)

Anlage 2: Auftragsdatei

Anlage 9: SFTP

Anlage 16: Security Schnittstelle

## 2.1 Dateinamen

### Physischer Dateiname

Gemäß den Vorgaben für das KKS wird der 8-stellige Transferdateiname für die Übertragung nach folgendem Schema gebildet:

<[E/T]><XXXX><999>

<[E/T]>: Echtdaten (E) oder Testdaten (T)

<XXXX>: 4-stellige KKS-Verfahrenskennung (PRVO oder PRRO)

<999>: 3-stellige laufende Nummer

Der Name der zugehörigen Auftragssatzdatei wird aus dem Dateinamen der Transferdatei und dem Zusatz „.AUF“ gebildet.

Beispiel:

„EPRV0001“                      Nutzdaten (Echtdaten mit der laufenden Nr. 001)

„EPRV0001.AUF“    Auftragsdatei

Die Verfahrenskennung lautet für die Datenübermittlung von der Krankenkasse oder deren Dienstleister an den GKV-Spitzenverband „PRVO“ (gilt bei den Datenarten „QST“, „JST“, „ANZ“ und „STR“) und bei der Datenübermittlung vom GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen oder deren Dienstleister „PRRO“ (gilt für die Datenarten „QAP“, „QAN“ und „JAU“).

Die zusätzliche Kennung im Feld VERFAHREN\_KENNUNG\_SPEZIFIKATION der Auftragsdatei lautet:

- „QST“      für die Quartalsstatistik (Krankenkasse -> GKV-Spitzenverband)
- „JST“      für die Jahresstatistik (Krankenkasse -> GKV-Spitzenverband)
- „ANZ“      für die Meldung der Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Abs. 2 Satz 7 SGB V (Krankenkasse -> GKV-Spitzenverband)
- „STR“      für die Meldung der Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V (Krankenkasse -> GKV-Spitzenverband)
- „QAP“      für Quartalsauswertung der Prüfquote (GKV-Spitzenverband -> Krankenkasse)
- „QAN“      für Quartalsauswertung der maximalen Anzahl prüfbarer Schlussrechnungen (GKV-Spitzenverband -> Krankenkasse)
- „JAU“      für die Jahresauswertung (GKV-Spitzenverband (GKV-SV) -> Krankenkasse (KK))

Übermittlungsrichtung	Datenart	Verfahrenskennung	Verfahrenskennung Spezifikation
KK -> GKV-SV	QST	PRVO	QST
KK -> GKV-SV	JST	PRVO	JST
KK -> GKV-SV	ANZ	PRVO	ANZ
KK -> GKV-SV	STR	PRVO	STR
GKV-SV -> KK	QAP	PRRO	QAP
GKV-SV -> KK	QAN	PRRO	QAN
GKV-SV -> KK	JAU	PRRO	JAU

## Logischer Dateiname

Der logische Dateiname für die Nutzdatendatei wird im Feld „DATEINAME“ des gemäß KKS zu übertragenden Auftragsatzes übertragen. Dabei gilt das folgende Schema:

<P><9999999><9><9><9>

<P>: Kennung des Verfahrens (*Prüfquoten*)

<9999999>: 3. - 9. Stelle des Institutionskennzeichens der Krankenkasse (bei Datenart „QST“, „JST“, „ANZ“ oder „STR“) oder des GKV-Spitzenverbandes (bei Datenart „QAP“, „QAN“ oder „JAU“)

<9>: letzte Ziffer des Jahres des betrachteten Zeitraums („0“ bis „9“)

2019	9
2020	0
2021	1
2022	2
...	...
2029	9

<9>: betrachteter Zeitraum

„1“ bis „4“ für 1. bis 4. Quartal bei Quartalsstatistik (Datenart „QST“) und Quartalsauswertung der Prüfquote (Datenart „QAP“)

„5“ bis „8“ Quartalsauswertung der maximalen Anzahl prüfbarer Schlussrechnungen (Datenart „QAN“)

„9“ bei Jahresstatistik (Datenart „JST“) oder bei Jahresauswertung (Datenart „JAU“)

„A“ bei Datenart „ANZ“

„S“ bei Datenart „STR“

<9>: laufende Nummer der Datenlieferung für den betrachteten Zeitraum von „1“ bis „9“

Beispiel: „P1234567011“

Erste Datenlieferung zur Meldung der Datenart „QST“ der Krankenkasse mit IK (10)1234567 für den betrachteten Zeitraum 1. Quartal 2020

Im Feld „DATEI\_BEZEICHNUNG“ des Auftragsatzes wird der Dateiname im gleichen Format wie im Feld „DATEINAME“ des Auftragsatzes erwartet, jedoch mit vollständigem IK statt der letzten sieben Stellen und am Ende ergänzt um die Kennzeichnung der Datenart „QST“, „JST“, „ANZ“ oder

„STR“ (analog zum obigen Beispiel: „P101234567011QST“). Diese Dateibezeichnung wird bei der Datenübernahme benötigt und geprüft.

Das Feld „ABSENDER\_PHYSIKALISCH“ muss das IK (9-stellig) des Lieferanten (z. B. Dienstleister, der die Datei zur DAW übermittelt) enthalten. Dementsprechend muss auch in das Feld „ABSENDER\_EIGNER“ ein Institutionskennzeichen eingetragen werden.

## 2.2 Dateiformat

Das Dateiformat der Nutzdaten ist CSV. Als Trennzeichen wird das Semikolon verwendet. Jede Zeile wird mit CR/LF abgeschlossen.

## 3. Datensätze

### 3.1 Erläuterung der Datensatzbeschreibung

Länge:

Wenn eine Zahl angegeben wird (z. B. „5“), dann handelt es sich um eine fixe Stellenanzahl für das Datenfeld. Sofern eine Zahl nach zwei vorangestellten Punkten angegeben wird (z. B. „..9“), handelt es sich um die höchstmögliche Stellenbelegung für das Datenfeld. Das Dezimalzeichen und die Dezimalstellen sind darin enthalten

Feld-Typ:

an = alphanumerischer Inhalt

n = numerischer Inhalt

Feld-Art:

M = Muss-Feld

Muss-Felder sind in den zu liefernden Datensätzen immer zu füllen.

K = Kann-Feld

Kann-Felder sind in den Datensätzen unter bestimmten Bedingungen zu füllen. Die Bedingungen sind in der Erläuterung zum Datenfeld beschrieben. Sofern die Bedingung für ein Kann-Feld erfüllt wird, ist es wie ein Muss-Feld zwingend zu füllen. Falls für ein Kann-Feld keine Bedingung formuliert ist, ist es zu füllen, wenn die dafür benötigte Information dem Absender der Nachricht vorliegt.

### 3.2 Datensätze für die Übermittlung an den GKV-Spitzenverband

#### 3.2.1 Datensatz für die Meldung der Quartalsstatistik – Datenart „QST“

Es ist für jedes Krankenhaus mindestens ein Datensatz zu liefern. Wenn für ein Krankenhaus gemäß Standortverzeichnis keine Fälle im betrachteten Zeitraum vorliegen, sind die entsprechenden Datenfelder mit „0“ zu füllen (Nullmeldung).

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Quartalsstatistik ist die Datenart „QST“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
IK Krankenkasse	9	an	M	IK der Krankenkasse
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres des betrachteten Quartals im Format „JJJJ“ anzugeben.
Betrachtetes Quartal	2	an	M	Es sind die beiden Stellen des betrachteten Quartals im Format „QQ“ anzugeben („01“ bis „04“).
IK Krankenhaus	9	an	M	Abrechnungs-IK des Krankenhauses, das im Datenaustausch nach § 301 SGB V verwendet wurde
AS	..9	n	M	Anzahl Schlussrechnungen; siehe hierzu Ausführungen Spezifischer Teil (AS)
EP	..9	n	M	Anzahl eingeleiteter Prüfungen; siehe hierzu Ausführungen Spezifischer Teil (EP)
AP	..9	n	M	Anzahl abgeschlossener Prüfungen; siehe hierzu Ausführungen Spezifischer Teil (AP)
UP	..9	n	M	Anzahl unbeanstandeter Prüfungen; siehe hierzu Ausführungen Spezifischer Teil (US)

### 3.2.2 Datensatz für die Meldung der Jahresstatistik – Datenart „JST“

Es ist für jedes Krankenhaus mindestens ein Datensatz zu liefern. Wenn für ein Krankenhaus gemäß Standortverzeichnis keine Fälle im betrachteten Zeitraum vorliegen, sind die entsprechenden Datenfelder mit „0“ zu füllen (Nullmeldung). Die Datenfelder, deren Lieferpflicht erst ab den Jahren 2021 bzw. 2022 beginnt, sind in den Jahren davor leer zu übermitteln.

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Jahresstatistik ist die Datenart „JST“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
IK Krankenkasse	9	an	M	IK der Krankenkasse
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des betrachteten Jahres im Format „JJJJ“ anzugeben.
IK Krankenhaus	9	an	M	Abrechnungs-IK des Krankenhauses, das im Datenaustausch nach § 301 SGB V verwendet wurde
VOMD	..9	n	M	Anzahl aller Fälle mit abgeschlossenem Vorverfahren im jeweiligen betrachteten Zeitraum, in denen nach Einleitung der Prüfung durch die Krankenkasse weder Datenkorrekturen/Ergänzungen erfolgen noch ein Falldialog durchgeführt wird und eine spätere Prüfanzeige durch den MD erfolgt (VOMD)
VVDK	..9	n	M	Anzahl aller Fälle mit abgeschlossenem Vorverfahren im jeweiligen betrachteten Zeitraum, in denen im Vorverfahren eine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse keine weitere Prüfung durch den MD erfordert (VVDK)
VDMD	..9	n	M	Anzahl aller Fälle mit abgeschlossenem Vorverfahren im jeweiligen betrachteten Zeitraum, in denen im Vorverfahren eine

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
				Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und diese aus Sicht der Krankenkasse eine weitere Prüfung durch den MD erfordert (VDMD)
VFMD	..9	n	M	Anzahl aller Fälle mit abgeschlossenem Vorverfahren im jeweiligen betrachteten Zeitraum, in denen im Vorverfahren ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde (VFMD)
VOPO	..9	n	M	Anzahl aller Fälle mit abgeschlossenem Vorverfahren in denen ein Falldialog durchgeführt, jedoch keine Einigung erzielt wurde und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Beauftragung des MD erfolgen konnte (VOPO)
VFDE	..9	n	M	Anzahl aller Fälle mit abgeschlossenem Vorverfahren im jeweiligen betrachteten Zeitraum, in denen im Vorverfahren im Falldialog eine Einigung erzielt wurde (VFDE)
VRÜC	..9	n	M	Anzahl der innerhalb des betrachteten Zeitraums im Vorverfahren gelösten Fälle, bei denen zugunsten der Krankenkasse eine potenzielle Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist (VRÜC)
RÜCS	..10	an	M	Summe der Rückzahlungsbeträge (Differenz zwischen ursprünglichem und neuem Rechnungsbetrag) in Euro (RÜCS) im jeweiligen betrachteten Zeitraum, für die im Vorverfahren gelösten Fälle, bei denen zugunsten der Krankenkasse eine potenzielle Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist; Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 9999999,99

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
R1	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Primärer Fehlbelegung
R2	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Sekundärer Fehlbelegung
R3	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Kodierprüfung
R4	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)
R5	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Anderer/weiterer Prüfgegenstände
ANMP	..9	n	M	Anzahl der Prüfungen, bei denen im betrachteten Zeitraum mehr als ein Prüfanlass zugrunde lag: Kombination mehrerer Prüfanlässe (ANMP)
ABSR	..9	n	M	Anzahl der beanstandeten Schlussrechnungen für den betrachteten Zeitraum (ABSR)
DKOM	..9	n	M	Anzahl der unbeanstandeten Schlussrechnungen, die nur deshalb unbeanstandet bleiben, weil das Krankenhaus in der MD-Prüfung seine Daten korrigiert hat (DKOM)
SDIF	..10	an	M	Summe der Differenzbeträge zwischen

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
				dem ursprünglich in Rechnung gestellten Betrag und dem Abrechnungsbetrag gemäß leistungsrechtlicher Entscheidung der Krankenkasse in Euro zu den Fällen aus Feld „ABSR“ im jeweiligen betrachteten Zeitraum (SDIF); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 9999999,99
AFAS	..9	n	M	Anzahl derjenigen Fälle mit einem Aufschlag gemäß § 275 Abs. 3 SGB V zu den Fällen aus Feld „ABSR“ (AFAS)
AUFS	..10	an	M (bis Berichtsjahr 2021 K)	Summe der Aufschläge zu den Fällen aus Feld „AFAS“ im jeweiligen betrachteten Zeitraum (AUFS); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 9999999,99; erst ab Berichtsjahr 2022
ATDN	..9	n	M	Anzahl der im betrachteten Zeitraum tatsächlich durchgeführten Nachverfahren (ATDN)
ANME	..9	n	M	Anzahl Nachverfahren im betrachteten Zeitraum mit Einigung (ANME)
ANOE	..9	n	M	Anzahl Nachverfahren im betrachteten Zeitraum ohne Einigung (ANOE)
ANEE	..9	n	M (im Berichtsjahr 2020 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen (ANEE) ; erst ab Berichtsjahr 2021
EEME	..9	n	M (im Berichtsjahr 2020 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen mit Einigung (EEME) ; erst ab 2021
EEOE	..9	n	M (im Berichtsjahr 2020 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen ohne Einigung (EEOE) ; erst ab 2021

### 3.2.3 Datensatz für die Meldung der Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Abs. 2 Satz 7 SGB V - Datenart „ANZ“

Die Abgabe dieser Meldung erfolgt 1x jährlich je Bundesland nur durch eine Krankenkasse.

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Abs. 2 Satz 7 SGB V ist die Datenart „ANZ“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
IK Krankenkasse	9	an	M	IK der Krankenkasse
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres des betrachteten Quartals im Format „JJJJ“ anzugeben.
AN20	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen wegen des Anteils unbeanstandeter Rechnungen unter 20 % (AN20)
ANSY	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen wegen des begründeten Verdachts einer systematisch überhöhten Abrechnung (ANSY)

### 3.2.4 Datensatz für die Meldung der Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d SGB V - Datenart „STR“

Die Abgabe dieser Meldung erfolgt 1x jährlich je Bundesland nur durch eine Krankenkasse.

Es ist ein Datensatz je OPS-Code zu liefern.

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Abs. 2 Satz 7 SGB V ist die Datenart „STR“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
IK Krankenkasse	9	an	M	IK der Krankenkasse
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des betrachteten Jahres im Format „JJJJ“ anzugeben.
Standortnummer	9	an	M	Standortnummer gemäß Verzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V
OPS	..11	an	M	OPS-Komplexcode, zu dem die Strukturprüfung/en erfolgt ist/sind; ohne Sonderzeichen (lediglich Zahlen und Buchstaben)
STJA	..9	n	M	Anzahl der Krankenhäuser/Standorte mit Erfüllung der geprüften Strukturmerkmale. Als Kriterium sind alle ausgestellten Bescheinigungen zu zählen. Als relevantes Datum gilt das Datum der Bescheinigungen über die Erfüllung der Strukturmerkmale (STJA).
ANNM	..9	n	M	Anzahl der Meldungen gemäß § 275d Abs. 3 Satz 3 SGB V über die nicht mehr bestehende Einhaltung bereits geprüfter Strukturmerkmale. Als relevantes Datum gilt das Ausstellungsdatum der Meldung (ANNM).

### 3.3 Datensätze für die Veröffentlichung durch den GKV-Spitzenverband

#### 3.3.1 Datensatz für die Veröffentlichung der Quartalsauswertung - Datenart „QAP“

Es wird ein Datensatz je Krankenhaus-Haupt-IK erstellt.

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Quartalsauswertung ist die Datenart „QAP“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres des betrachteten Quartals im Format „JJJJ“ anzugeben.
Betrachtetes Quartal	2	an	M	Es sind die beiden Stellen des betrachteten Quartals im Format „QQ“ anzugeben („01“ bis „04“).
IK Krankenhaus	9	an	M	Haupt-IK des Krankenhauses gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V
MD-ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltable
AUS_RPQ	..3	n	M	Realisierte Prüfquote - Anteil der MD-eingeleiteten Prüfungen an allen eingegangenen Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen des vorvergangenen Quartals (AUS_RPQ); Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100; Prozentwert bis zum betrachteten Quartal 2/2020 ohne Angabe
AUS_POM-Q	..3	n	M	Anteil der Schlussrechnungen, bei denen nach abgeschlossener MD-Prüfung der Abrechnungsbetrag nicht minderungsfähig ist (AUS_POM-Q); Angabe als ganze Zahl (Prozentwert) zwischen 0 und 100

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_ZPQ	..4	an	M	Zulässige Prüfquote (AUS_ZPQ); Angabe als Prozentwert („5“, „10“, „12,5“ oder „15“)
AUS_Z-AUF	..2	n	M	Zulässige Aufschlagshöhe auf Rechnungsdifferenz in Prozent (AUS_Z-AUF); Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 99

### 3.3.2 Datensatz für die Veröffentlichung der Quartalsauswertung - Datenart „QAN“

Es wird ein Datensatz für jedes Krankenhaus-Haupt-IK und jedes Krankenkassen-IK erstellt.

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Quartalsauswertung ist die Datenart „QAN“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres des betrachteten Quartals im Format „JJJJ“ anzugeben.
Betrachtetes Quartal	2	an	M	Es sind die beiden Stellen des betrachteten Quartals im Format „QQ“ anzugeben („01“ bis „04“).
IK Krankenhaus	9	an	M	Haupt-IK des Krankenhauses gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V
MD-ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltabelle
AUS_ASIK	9	an	M	IK der Krankenkasse (AUS_ASIK)
AUS_ASAN	..9	n	K	Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen zum IK der Krankenkasse aus ASIK (AUS_ASAN); nicht gefüllt, wenn die Krankenkasse keine Meldung vorgenommen hat

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_SPR-AN	..9	n	M	Anzahl der im Anwendungsquartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen bezogen auf das Krankenkassen-IK aus ASIK (AUS_SPR-AN)
KK_LIEFERUNG	1	n	M	Soweit die Krankenkasse für das Krankenhaus keine Meldung vorgenommen hat, ist der Wert „0“, ansonsten „1“.

### 3.3.3 Datensatz für die Veröffentlichung der Jahresauswertung - Datenart „JAU“

Es wird ein Datensatz je MD-ID erstellt. Die Füllung der Felder erfolgt – soweit nicht anders ausgewiesen – ab den in § 17c Absatz 6 Satz 4 KHG genannten Jahren, davor bleiben die Felder leer.

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
Datenart	3	an	M	Für die Quartalsauswertung ist die Datenart „JAU“ einzutragen.
Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des betrachteten Jahres im Format „JJJJ“ anzugeben.
MD-ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltabelle („MD99“ = bundesweit)
AUS_ANPV	..9	n	M	Anzahl Prüfungen mit Vorverfahren (Summe VOMD, VVDK, VDMD, VFMD, VFDE, VOPO) (AUS_ANPV)
AUS_VOMD	..9	n	M	Anzahl Vorverfahren ohne Datenkorrektur und ohne Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VOMD)
AUS_VDMD	..9	n	M	Anzahl Vorverfahren mit Datenkorrektur/Ergänzung, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VDMD)
AUS_VFMD	..9	n	M	Anzahl Vorverfahren mit Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (VFMD)

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_VOPO	..9	n	M	Anzahl Fälle mit Vorverfahren mit Abbruch Prüfverfahren (AUS_VOPO)
AUS_ANVV	..9	n	M	Anzahl der im Vorverfahren gelösten Fälle (VVDK + VFDE) (AUS_ANVV)
AUS_VVDK	..9	n	M	Anzahl Vorverfahren mit Datenkorrektur/Ergänzung, die keine MD-Prüfung erfordern (AUS_VVDK)
AUS_VFDE	..9	n	M	Anzahl Vorverfahren, die durch Einigung im Falldialog enden (AUS_VFDE)
AUS_VORÜ	..9	n	M	Anzahl zugunsten der Krankenhäuser gelöster Vorverfahren (durch Korrektur/Falldialog, keine Weiterverfolgung) (VVDK + VFDE - VRÜC) ohne Minderung Abrechnungsbetrag sowie von Kasse nicht weiterverfolgte Fälle (VVPO) (AUS_VORÜ)
AUS_VRÜC	..9	n	M	Anzahl zugunsten der Krankenkasse gelöster Vorverfahren (AUS_VRÜC)
AUS_RÜCS	..8	an	M	Durchschnittliche Höhe der Rückerstattungsbeträge (AUS_RÜCS); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99
AUS_SR	..9	n	M	Summe alle Prüfanlässe
AUS_AR1	..9	n	M	Anzahl Primäre Fehlbelegung
AUS_QR1	..3	n	M	Anteil Primäre Fehlbelegung in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
AUS_AR2	..9	n	M	Anzahl Sekundäre Fehlbelegung
AUS_QR2	..3	n	M	Anteil Sekundäre Fehlbelegung in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
AUS_AR3	..9	n	M	Anzahl Kodierprüfung
AUS_QR3	..3	n	M	Anteil Kodierprüfung in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
AUS_AR4	..9	n	M	Anzahl Fragen zur Voraussetzung be-

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
				stimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)
AUS_QR4	..3	n	M	Anteil Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.) in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
AUS_AR5	..9	n	M	Anzahl Andere/weitere Prüfgegenstände
AUS_QR5	..3	n	M	Anteil Andere/weitere Prüfgegenstände in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
AUS_ANMP	..9	n	M	Anzahl Prüfungen mit Kombination mehrerer Prüfanlässe (AUS_ANMP)
AUS_ANZGA	..9	n	M	Anzahl MD-Gutachten (Summe AP aus Q1 bis Q4) (AUS_ANZGA); erst ab Berichtsjahr 2021
AUS_ANZUS	..9	n	M	Anzahl unbeanstandete Schlussrechnungen (Summe US aus Q1 bis Q4) (AUS_ANZUS) ; erst ab Berichtsjahr 2021
AUS_DKOM	..9	n	M	davon Anzahl unbeanstandete Schlussrechnungen infolge Datenkorrektur des Krankenhauses (AUS_DKOM)
AUS_ABSR	..9	n	M	Anzahl beanstandeter Schlussrechnungen (AUS_ABSR)
AUS_DDIF	..8	an	M	durchschnittliche Höhe zurückgezahlter Differenzbeträge (Summe SDIF/Summe ABSR) (AUS_DDIF); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99
AUS_AFAS	..9	n	M	Anzahl beanstandeter Rechnungen mit Aufschlag auf Differenzbetrag (AUS_AFAS)
AUS_AUFS	..9	n	M	durchschnittliche Höhe der Aufschlagsbeträge auf Differenzbetrag (AUS_AUFS); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_ATDN	..9	n	M	Anzahl der Fälle mit durchgeführtem Nachverfahren (AUS_ATDN)
AUS_QNV	..3	n	M	Anteil Nachverfahren an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (AUS_QNV) in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100; erst ab Berichtsjahr 2021
AUS_ANOE	..9	n	M	Anzahl Fälle ohne Einigung Nachverfahren (AUS_ANOE)
AUS_ANME	..9	n	M	Anzahl Fälle mit Einigung Nachverfahren (AUS_ANME)
AUS_ANEE	..9	n	M	Anzahl der Fälle mit einzelfallbezogener Erörterung (AUS_ANEE)
AUS_QEE	..3	n	M	Anteil einzelfallbezogene Erörterung an allen eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (AUS_QEE) in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
AUS_EEME	..9	n	M	Anzahl der Fälle bei einzelfallbezogener Erörterung mit Einigung (AUS_EEME)
AUS_EEOE	..9	n	M	Anzahl der Fälle bei einzelfallbezogener Erörterung ohne Einigung (AUS_EEOE)
AUS_ANZB	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen nach § 275c Abs. 2 Satz 7 SGB V (AUS_ANZB)
AUS_AN20	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 % (AUS_AN20)
AUS_ANSY	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen mit begründetem Verdacht systematisch überhöhter Abrechnung (AUS_ANSY)
AUS_STJA	..9	n	M	Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen nach § 275d Abs. 2 SGB V (AUS_STJA)

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_ANNM	..9	n	M	Anzahl der Meldungen nach § 275d Abs. 3 Satz 3 SGB V (Nichteinhaltung bestätigter Strukturmerkmale > 1 Monat) (AUS_ANNM)

Schlüsseltabelle MD-ID:

MD-ID	Name	Straße	PLZ	Ort
MD01	MD Baden-Württemberg	Ahornweg 2	77933	Lahr
MD02	MD Bayern	Haidenauplatz 1	81667	München
MD03	MD Berlin-Brandenburg e. V.	Schlaatzweg 1	14473	Potsdam
MD04	MD im Lande Bremen	Falkenstraße 9	28195	Bremen
MD05	MD Hessen	Zimmersmühlenweg 23	61440	Oberursel
MD06	MD Mecklenburg-Vorpommern e. V.	Lessingstraße 33	19059	Schwerin
MD07	MD Niedersachsen	Hildesheimer Straße 202	30519	Hannover
MD08	MD Nord	Hammerbrookstraße 5	20097	Hamburg
MD09	MD Nordrhein	Berliner Allee 52	40212	Düsseldorf
MD10	MD Rheinland-Pfalz	Albiger Straße 19d	55232	Alzey
MD11	MD im Saarland	Dudweiler Landstraße 151	66123	Saarbrücken
MD12	MD im Freistaat Sachsen e. V.	Am Schießhaus 1	01067	Dresden
MD13	MD Sachsen-Anhalt e. V.	Breiter Weg 19 c	39104	Magdeburg
MD14	MD Thüringen e. V.	Richard-Wagner-Straße 2a	99423	Weimar
MD15	MD Westfalen-Lippe	Roddestraße 12	48153	Münster
MD99	bundesweit	entfällt	entfällt	entfällt

## Anlage 2

### Prüfungen für die Ladestrecke Quartalsauswertungen und für die Ladestrecke Jahresstatistik

#### 0. Gültigkeit

Diese Version (Versionsnummer 1.0) der Anlage 2 ist gültig ab dem 01.01.2020 und gilt für Datenlieferungen ab dem 01.01.2020.

#### 1. Prüfungen für die Ladestrecke Quartalsstatistik

Nach dem Dateneingang werden die Daten auf Richtigkeit und Plausibilität geprüft. Soweit „Fehler“ in den Daten auftreten, wird die gesamte Datei abgewiesen. Bei auffälligen oder scheinbar unplausiblen Einträgen erhält der Lieferant einen Hinweis zur erneuten Überprüfung der Datenlieferung.

Prüfung	Folge
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: < > sechzehn Stellen	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: Erste Stelle < > „P“	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: Stellen 2 bis 10 sind kein gültiges IK.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 11. Stelle ist keine Ziffer.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 12. Stelle ist nicht zwischen 1 und 4.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 13. Stelle ist keine Ziffer.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 13. Stelle ist kleiner oder gleich der Ziffer einer bereits gelieferten Datei mit den gleichen Stellen 1 bis 12.	Fehler
Nicht alle Felder des Datensatzes sind gefüllt (not null; kein Whitespace).	Fehler
Feld Datenart < > „QST“	Fehler
Feld „Laufende Nummer“ ist kein Integer.	Fehler
Feld „Laufende Nummer“ ist nicht laufend von 1 bis Anzahl Zeilen.	Fehler
Feld „IK Krankenkasse“ ist für den Berichtszeitraum nicht gültig (nur im Berichtszeitraum mindestens einen Tag bestehende Kassen dürfen liefern).	Fehler

<b>Prüfung</b>	<b>Folge</b>
Feld Berichtsjahr passt nicht zum Jahr zur letzten Stelle des Jahres im Dateinamen.	Fehler
Feld Berichtsjahr ist älter als aktuelles Jahr minus 1.	Fehler
Feld Berichtsquartal ist keine Ziffer zwischen 1 und 4.	Fehler
Das Berichtsquartal (Kombination aus Jahr und Quartal) ist älter als das aktuelle Quartal minus 1.	Hinweis
Feld „IK Krankenhaus“ ist kein (jemals) gültiges IK (Prüfung gegen SVI-Verzeichnis).	Hinweis
Feld „IK Krankenhaus“ ist kein seit dem 01.01.2020 gültiges Abrechnungs-IK (Prüfung gegen das Krankenhausstandortverzeichnis und die IK-Überleitungstabelle).	Hinweis
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ ist kein Integer.	Fehler
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ ist größer als 100.000.	Fehler
Feld „Anzahl Prüfungen“ ist kein Integer.	Fehler
Feld „Anzahl Prüfungen“ ist größer als 50.000.	Fehler
Feld „Anzahl Prüfungen“ ist größer als 20 und größer als die Hälfte des Wertes im Feld „Anzahl Schlussrechnungen“.	Hinweis
Feld „Anzahl abgeschlossener Prüfungen“ ist kein Integer.	Fehler
Feld „Anzahl abgeschlossener Prüfungen“ ist größer als 50.000.	Fehler
Feld „Anzahl abgeschlossener Prüfungen“ ist größer als 20 und größer als die Hälfte des Wertes im Feld „Anzahl Schlussrechnungen“.	Hinweis
Feld „Anzahl unbeanstandeter Prüfungen“ ist kein Integer.	Fehler
Feld „Anzahl unbeanstandeter Prüfungen“ ist größer als 50.000.	Fehler
Feld „Anzahl unbeanstandeter Prüfungen“ ist größer als 20 und größer als die Hälfte des Wertes im Feld „Anzahl Schlussrechnungen“.	Hinweis
Mehrere Datensätze für ein Krankenhaus-IK	Fehler
Auffällige Abweichung der Fallzahlen des Krankenhauses gegenüber dem Vorquartal (erst ab dem zweiten Quartal 2020; Abgleich gegenüber einer fallzahlspe-	Hinweis

Prüfung	Folge
zifischen Abweichungstabelle)	
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ >10 und Feld „Anzahl Prüfungen“ >2* Feld „Anzahl Schlussrechnungen“	Hinweis
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ >50 und Feld „Anzahl Prüfungen“ >1,5* Feld „Anzahl Schlussrechnungen“	Hinweis
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ >10 und Feld „Anzahl abgeschlossener Prüfungen“ >2* Feld „Anzahl Schlussrechnungen“	Hinweis
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ >50 und Feld „Anzahl abgeschlossener Prüfungen“ >1,5* Feld „Anzahl Schlussrechnungen“	Hinweis
Feld „Anzahl Schlussrechnungen“ >10 und Feld „Anzahl unbeanstandeter Prüfungen“ > Feld „Anzahl abgeschlossener Prüfungen“	Hinweis

Eine weitere Prüfung gibt diejenigen im betrachteten Quartal existenten Krankenhäuser mit den zum jeweiligen Stichtag im Standortverzeichnis gültigen Haupt-İK aus, für die keine Meldung vorliegt. Dies wird als Hinweis zurückgemeldet. Soweit für mindestens ein Vorgänger-İK eine Meldung vorliegt, wird auf den Hinweis verzichtet.

Folgende Aggregatwerte werden berechnet und den Lieferanten mit der Empfangsbestätigung mitgeteilt:

- Anzahl Krankenhaus-İKs mit Werten >0 für jeden Kennwert
- Anzahl Krankenhäuser (aktueller Fusionsstand über Krankenhausliste und Überleitungstabelle) mit Werten >0 für jeden Kennwert
- Summe über jeden Kennwert
- Anzahl Prüfungen gesamt
- Anzahl Schlussrechnungen gesamt
- Anzahl unbeanstandeter Prüfungen gesamt
- Prüfquote gesamt: [Anzahl Prüfungen]/[Anzahl Schlussrechnungen] (wenn Zähler = 0 dann null)
- Quote unbeanstandeter Rechnungen gesamt: [Anzahl unbeanstandeter Prüfungen]/[Anzahl abgeschlossener Prüfungen] (wenn Zähler = 0 dann null)

## 2. Prüfungen für die Ladestrecke Jahresstatistik

Nach dem Dateneingang werden die Daten auf Richtigkeit und Plausibilität geprüft. Soweit „Fehler“ in den Daten auftreten, wird die gesamte Datei abgewiesen. Bei auffälligen oder scheinbar unplausiblen Einträgen erhält der Lieferant einen Hinweis zur erneuten Überprüfung der Datenlieferung.

### a) JST

Prüfung	Folge
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: < > sechzehn Stellen	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: Erste Stelle < > „P“	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: Stellen 2 bis 10 sind kein gültiges IK.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 11. Stelle ist keine Ziffer.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 12. Stelle < > 9	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 13. Stelle ist keine Ziffer.	Fehler
Datei_Bezeichnung im Auftragsatz: 13. Stelle ist kleiner oder gleich der Ziffer einer bereits gelieferten Datei mit den gleichen Stellen 1 bis 12.	Fehler
Prüfung, ob Mussfelder gefüllt sind (not null; kein Whitespace)	Fehler
Feld Datenart< > "JST"	Fehler
Feld „Laufende Nummer“ ist kein Integer.	Fehler
Feld „Laufende Nummer“ ist nicht laufend von 1 bis Anzahl Zeilen.	Fehler
Feld „IK Krankenkasse“ ist für den Berichtszeitraum nicht gültig (nur im betrachteten Jahr mindestens einen Tag bestehende Kassen dürfen liefern).	Fehler
Feld „Betrachtetes Jahr“ passt nicht zum Jahr zur Stelle des Jahres im Dateinamen.	Fehler
Feld „Betrachtetes Jahr“ ist älter als aktuelles Jahr minus 1.	Fehler
Feld „IK Krankenhaus“ ist kein (jemals) gültiges IK (Prüfung gegen SVI-Verzeichnis).	Hinweis
Feld „IK Krankenhaus“ ist kein seit dem 01.01.2020 gültiges Abrechnungs- IK (Prüfung gegen das Krankenhausstandortverzeichnis und die IK-Überleitungstabelle).	Hinweis

Prüfung	Folge
Prüfung, ob ein Feld mit Lieferverpflichtung kein Integer oder sein Wert größer als 200.000 ist; gilt für alle Felder außer „RÜCS“, „SDIF“ und „AUFS“	Fehler
Prüfung, ob eines der Felder „RÜCS“, „SDIF“ und „AUFS“ ab dem Zeitpunkt der Lieferverpflichtung keinen Zahlenwert hat oder sein Wert größer als 200.000.000 ist	Fehler
Feld „VRÜC“ > (Feld „VFDE“ + Feld „VVDK“)	Fehler
(Feld „RÜCS“ > Feld „VRÜC“*10.000) und (Feld „VRÜC“>3)	Hinweis
Feld „ANMP“ > (Feld „R1“ + Feld „R2“ + Feld „R3“ + Feld „R4“ + Feld „R5“)	Fehler
Feld „AFAS“ > Feld „ABSR“	Fehler
Feld „ATDN“ <> (Feld „ANME“ + Feld „ANOE“)	Hinweis
Feld „ANEE“ <> (Feld „EEME“ + Feld „EEOE“)	Hinweis
Mehrere Datensätze für ein Krankenhaus-İK	Fehler

Eine weitere Prüfung gibt diejenigen im betrachteten Jahr existenten Krankenhäuser mit den zum jeweiligen Stichtag im Standortverzeichnis gültigen Haupt-İK aus, für die keine Meldung vorliegt. Dies wird als Hinweis zurückgemeldet. Soweit für mindestens ein Vorgänger-İK eine Meldung vorliegt, wird auf den Hinweis verzichtet.

Ab dem zweiten Jahr wird auch gegen die Summenwerte der Quartalsstatistik geprüft.

Über jeden Kennwert wird die Summe berechnet und den Lieferanten mit der Empfangsbestätigung mitgeteilt.

**b) STR** [derzeit nicht belegt]

**c) ANZ** [derzeit nicht belegt]

## Anlage 3

Überleitungstabelle für Institutionskennzeichen,  
die vor Aufnahme des Regelbetriebes des Verzeichnisses der Stand-  
orte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer  
Ambulanzen in der Abrechnung verwandt wurden auf in diesem Ver-  
zeichnis registrierte Haupt-Institutionskennzeichen

Altes IK	Neues Haupt-IK
260100125	260100170
260100637	260100626
260100717	260100626
260102069	260100023
260102354	260102343
260102797	260100626
260200159	260201229
260200752	260200079
260300081	260300332
260310517	260300070
260320278	260320633
260320370	260320450
260321020	260300070
260321199	260300069
260321532	260321451
260321725	260300229
260321747	260300229

<b>Altes IK</b>	<b>Neues Haupt-IK</b>
260321758	260300229
260330602	260330098
260340283	260300332
260340294	260300332
260341079	260341080
260500118	260500298
260500221	260500620
260510030	260510029
260510109	260511805
260510438	260512021
260510519	260510508
260511667	260511257
260513271	260500254
260530922	260530900
260531137	260532935
260531148	260531159
260531206	260530192
260531375	260531364
260550175	260550142
260550756	260500298
260550938	260500620
260551052	260570124
260570328	260570351
260571922	260571454

<b>Altes IK</b>	<b>Neues Haupt-IK</b>
260590208	260590219
260590322	260500481
260590344	260591960
260590743	260593600
260590958	260500470
260591562	260591506
260593461	260500163
260610348	260610337
260611167	260600244
260611178	260600244
260611613	260611602
260620384	260620044
260621216	260620636
260640195	260600073
260710010	260700109
260710270	260710873
260710851	260712012
260711077	260700041
260711669	260700109
260720502	260720034
260731219	260700143
260810179	260800133
260810603	260800064
260810692	260810625

<b>Altes IK</b>	<b>Neues Haupt-IK</b>
260812104	260820978
260820353	260820013
260820397	260820433
260831470	260831481
260833110	260832299
260833494	260833531
260910169	260911809
260911068	260910933
260912081	260913823
260912149	260910637
260914083	260900156
260914642	260912434
260914857	260914744
260920081	260920069
260920207	260920127
260921139	260921162
260921140	260921162
260921151	260921162
260930072	260900167
260930312	260930301
260950124	260900338
260950135	260900338
260950783	260950011
260960091	260900189

Altes IK	Neues Haupt-IK
260960104	260900189
260960171	260900134
260960683	260900407
260960923	260900407
260961025	260900134
260961105	260900407
260961207	260900407
260970629	260970641
260970709	260970173
261000240	261000990
261100720	261102436
261401234	261400949
261530194	261530183
510573365	260570044
510816288	260810293
510961456	260960809
510962093	260960616
260320826	260300229
260510289	260511462
260510779	260510791
260531126	260531046
260550632	260551837
260550654	260551837
260550676	260551837

Altes IK	Neues Haupt-IK
260551779	260551837
260570431	260571820
260570910	260570874
260610725	260610042
260810705	260810738
260812148	260810761
260820035	260820013
260820046	260820013
260820956	260821025
260830845	260833520
260831824	260831960
260833508	260833519
260950237	260950011
260970366	260972233
261300631	261301120