

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 Sozialwesen¹ 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

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

¹ https://www.gkv-datenaustausch.de/technische_standards_1/technische_standards.jsp

Betrachtetes Jahr	Stichtag	Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband
2019 (ohne Nrn. 1, 6 und 7, ohne Aufschlagshöhe nach Nr. 4 und ohne Erörterung nach Nr. 5)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2020
2020 (ohne Nr. 7, ohne Aufschlagshöhe Nr. 4)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2021
2021 (ohne Aufschlagshöhe Nr. 4)	15.04.	vom 15.04. bis 30.04.2022
ab 2022 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 (PRV0 oder PRR0)

<999>: 3-stellige laufende Nummer

Der Name der zugehörigen Auftragsatzdatei 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 „PRV0“ (gilt bei den Datenarten „QST“, „JST“, „ANZ“ und „STR“) und bei der Datenübermittlung vom GKV-Spitzenverband an die Krankenkassen oder deren Dienstleister „PRR0“ (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	PRV0	QST
KK -> GKV-SV	JST	PRV0	JST
KK -> GKV-SV	ANZ	PRV0	ANZ
KK -> GKV-SV	STR	PRV0	STR
GKV-SV -> KK	QAP	PRR0	QAP
GKV-SV -> KK	QAN	PRR0	QAN
GKV-SV -> KK	JAU	PRR0	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-İK 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 „JJJ“ anzugeben.
IK Krankenhaus	9	an	M	Abrechnungs-İK 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)
VOPQ	..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 (VOPQ)
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: Primäre Fehlbelegung
R2	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Sekundäre 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: Andere/weitere 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)

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
SDIF	..10	an	M	Summe der Differenzbeträge zwischen 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 (bis Berichtsjahr 2022 K)	Anzahl derjenigen Fälle mit einem Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V zu den Fällen aus Feld „ABSR“ (AFAS) ; erst ab Berichtsjahr 2023
AUFS	..10	an	M (bis Berichtsjahr 2022 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 2023
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 Berichtsjahr 2021

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
EEOE	..9	n	M (im Be- richtsjahr 2020 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen ohne Einigung (EEOE); erst ab Berichtsjahr 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 beginnend mit dem Berichtsjahr 2021 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 beginnend mit dem Berichtsjahr 2022 1x jährlich je Bundesland nur durch eine Krankenkasse oder die Medizinischen Dienste.

Es ist ein Datensatz je OPS-Kode 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/Liefernder	9	an	M	IK der Krankenkasse/des Liefernden
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 Schlüsseltabelle
AUS_RPQ	..3	n	K	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; ohne Angabe, wenn keine Schlussrechnungen vorhanden
AUS_POM-Q	..3	n	K	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; ohne Angabe,

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
				wenn keine abgeschlossenen Prüfungen vorliegen
AUS_ZPQ	..4	an	M	Zulässige Prüfquote (AUS_ZPQ); Angabe als Prozentwert („5“, „10“ 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; für die Jahre 2020 und 2021 immer 0

3.3.2 Datensatz für die Veröffentlichung der Quartalsauswertung – Datenart „QAN“

Es wird ein Datensatz für jedes Krankenhaus-Haupt-İK und jedes Krankenkassen-İK 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“).
İK Krankenhaus	9	an	M	Haupt-İK des Krankenhauses gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V
MD-ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltabelle
AUS_ASİK	9	an	M	İK der Krankenkasse (AUS_ASİK)
AUS_ASAN	..9	n	K	Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen zum IK der Krankenkasse aus

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
				ASIK (AUS_ASAN); nicht gefüllt, wenn die Krankenkasse keine Meldung vorgenommen hat
AUS_SPR-AN	..9	n	M	Anzahl der im Anwendungsquartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen bezogen auf das Krankenkassen-İK 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 Abs. 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, VOPQ) (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)

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_VFMD	..9	n	M	Anzahl Vorverfahren mit Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (VFMD)
AUS_VOPQ	..9	n	M	Anzahl Fälle mit Vorverfahren mit Abbruch Prüfverfahren (AUS_VOPQ)
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 (VVPQ) (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

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
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 bestimmter 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); bis Berichtsjahr 2022 immer 0

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
AUS_AUFS	..9	n	M	durchschnittliche Höhe der Aufschlagsbeträge auf Differenzbetrag (AUS_AUFS); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99); bis Berichtsjahr 2022 immer 0
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)

Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
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)
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 19c	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