

# Anlage 1

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

### 0. Gültigkeit

Diese Version (Versionsnummer 3.0) der Anlage 1 ist gültig ab dem 01.07.2021 und bei Datenlieferungen für das 3. betrachtete Quartal 2021 und nachfolgende Quartale anzuwenden.

### 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 Absatz 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 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

<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 Absatz 6 KHG (Datenarten JST, STR und ANZ)

<b>Betrachtetes Jahr</b>	<b>Stichtag</b>	<b>Lieferzeitraum an den GKV-Spitzenverband</b>
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 und ohne Erörterung nach Nr. 5)	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 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 „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 Absatz 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 die Quartalsauswertung der Prüfquote (GKV-Spitzenverband -> Krankenkasse)

„QAN“        für die 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 (IK) 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“ bei 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 IK 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).

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

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
01	Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Jahresstatistik ist die Datenart „JST“ einzutragen.
02	Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
03	IK Krankenkasse	9	an	M	IK der Krankenkasse
04	Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des betrachteten Jahres im Format „JJJJ“ anzugeben.
05	IK Krankenhaus	9	an	M	Abrechnungs–IK des Krankenhauses, das im Datenaustausch nach § 301 SGB V verwendet wurde
06	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)
07	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)

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
08	VDMD	..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 eine weitere Prüfung durch den MD erfordert (VDMD)
09	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)
10	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)
11	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)
12	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)

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
13	RÜCS	..11	an	M	Summe der Rückzahlungsbeträge (Differenz zwischen ursprünglichem und neuem Rechnungsbetrag) in Euro (RÜCS) im jeweiligen betrachteten Zeitraum, für im Vorverfahren gelöste Fälle, bei denen zugunsten der Krankenkasse eine potenzielle Minderung des Rechnungsbetrages festzustellen ist; Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999999,99
14	R1	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Primäre Fehlbelegung
15	R2	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Sekundäre Fehlbelegung
16	R3	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Kodierprüfung
17	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.)
18	R5	..9	n	M	Anzahl aller Fälle, bei denen im betrachteten Zeitraum eine Prüfung durch den MD eingeleitet wurde wegen: Andere/weitere Prüfgegenstände

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
19	ANMP	..9	n	M	Anzahl der Prüfungen, bei denen im betrachteten Zeitraum mehr als ein Prüfanlass zugrunde lag: Kombination mehrerer Prüfanlässe (ANMP)
20	ABSR	..9	n	M	Anzahl der beanstandeten Schlussrechnungen für den betrachteten Zeitraum (ABSR)
21	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)
22	SDIF	..11	an	M	Summe der Differenzbeträge zwischen der mit der Erstbeauftragung geprüften Rechnung 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 99999999,99
23	AFAS	..9	n	M (bis Berichtsjahr 2022 K)	Anzahl derjenigen Fälle mit einem Aufschlag gemäß § 275c Absatz 3 SGB V; erst ab Berichtsjahr 2023
24	AUFS	..11	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 99999999,99; erst ab Berichtsjahr 2023

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
25	ATDN	..9	n	M	Anzahl der im betrachteten Zeitraum tatsächlich durchgeführten Nachverfahren (ATDN)
26	ANME	..9	n	M	Anzahl der Nachverfahren im betrachteten Zeitraum mit Einigung (ANME)
27	ANOE	..9	n	M	Anzahl der Nachverfahren im betrachteten Zeitraum ohne Einigung (ANOE)
28	ANEE	..9	n	M (bis einschließlich Berichtsjahr 2021 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen (ANEE); erst ab Berichtsjahr 2022
29	EEME	..9	n	M (bis einschließlich Berichtsjahr 2021 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen mit Einigung (EEME); erst ab Berichtsjahr 2022
30	EEOE	..9	n	M (bis einschließlich Berichtsjahr 2021 K)	Anzahl der im betrachteten Zeitraum durchgeführten einzelfallbezogenen Erörterungen ohne Einigung (EEOE); erst ab Berichtsjahr 2022
31	APJ	..9	n	M	Anzahl der abgeschlossenen Prüfungen
32	UPJ	..9	n	M	Anzahl der unbeanstandeten Prüfungen
33	VPQD	..9	n	M	Anzahl der Fälle, in denen im Vorverfahren keine Datenkorrektur/Ergänzung erfolgte und infolge der maximal zulässigen Prüfquote keine Prüfanzeige durch den MD folgt

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

Die Abgabe dieser Meldung erfolgt beginnend mit dem Berichtsjahr 2021 einmal jährlich durch die AOK jeweils für ihre Erstreckungsgebiete. Soweit keine Anzeigen im Berichtsjahr erfolgten, ist ein Datensatz mit einem Pseudo-IK und einem Pseudo-Quartal zu übermitteln. Datensätze mit Pseudo-IK werden nicht in die Datenbank übernommen.

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
01	Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V ist die Datenart „ANZ“ einzutragen.
02	Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
03	IK Krankenkasse	9	an	M	IK der Krankenkasse
04	IK_KH	9	an	M	Haupt-IK des Krankenhauses gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V oder Pseudo-IK „999999999“, wenn keine Anzeigen erfolgten
05	Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres der Anzeige im Format „JJJJ“ anzugeben.
06	Quartal	2	an	M	Es sind die beiden Stellen des Quartals der Anzeige im Format „QQ“ anzugeben („01“ bis „04“). Bei Eingabe eines Pseudo-IK ist der Wert „00“ zu verwenden.
07	AN20	1	n	M	1, wenn eine Anzeige wegen des Anteils unbeanstandeter Rechnungen unter 20 % erfolgte, sonst und bei Pseudo-IK 0
08	ANSY	1	n	M	1, wenn eine Anzeige wegen des begründeten Verdachts einer systematisch überhöhten Abrechnung erfolgte, sonst und bei Pseudo-IK 0

### 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 einmal jährlich je Bundesland nur durch eine Krankenkasse oder die MD.

Es ist ein Datensatz je OPS-Kode zu liefern.

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
01	Datenart	3	an	M	Für die Meldung der Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V ist die Datenart „STR“ einzutragen.
02	Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
03	IK Krankenkasse/ Liefernder	9	an	M	IK der Krankenkasse/des Liefernden
04	Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des betrachteten Jahres im Format „JJJJ“ anzugeben.
05	Standortnummer	9	an	M	Standortnummer gemäß Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V
06	OPS	..11	an	M	OPS-Komplexcode, zu dem die Strukturprüfung/en erfolgt ist/sind; ohne Sonderzeichen (lediglich Zahlen und Buchstaben)
07	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).
08	ANNM	..9	n	M	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).

### 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 und ein Datensatz für alle Krankenhäuser erstellt.

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
01	Datenart	3	an	M	Für die Quartalsauswertung ist die Datenart „QAP“ einzutragen.
02	Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
03	Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres des betrachteten Quartals im Format „JJJJ“ anzugeben.
04	Betrachtetes Quartal	2	an	M	Es sind die beiden Stellen des betrachteten Quartals im Format „QQ“ anzugeben („01“ bis „04“).
05	IK Krankenhaus	9	an	M	Haupt–IK des Krankenhauses gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V bzw. „000000000“ für die bundesweiten Ergebnisse
06	MD–ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltabelle
07	AUS_RPQ	..6	n	K	Realisierte Prüfquote – Anteil der eingeleiteten MD–Prüfungen an allen eingegangenen Schlussrechnungen zu vollstationären Krankenhausbehandlungen des vorvergangenen Quartals; Angabe als kaufmännisch gerundeter Prozentwert mit zwei Nachkommastellen zwischen 0 und 100

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
08	AUS_POM-Q	..6	n	K	Anteil der Schlussrechnungen, bei denen nach abgeschlossener MD-Prüfung der Abrechnungsbetrag nicht minderungsfähig ist; Angabe als kaufmännisch gerundeter Prozentwert mit zwei Nachkommastellen; ohne Angabe, wenn keine abgeschlossenen MD-Prüfungen vorliegen
09	AUS_ZPQ	..4	an	M	Zulässige Prüfquote (AUS_ZPQ); Angabe als Prozentwert („0“, „5“, „10“, „12,5“ oder „15“); im Anwendungsjahr 2021 immer „12,5“; bei bundesweiten Ergebnissen „0“
10	AUS_Z-AUF	..2	n	M	Zulässige Aufschlagshöhe auf Rechnungsdifferenz als ganzzahliger Prozentwert; für die Jahre 2020 und 2021 immer sowie bei bundesweiten Ergebnissen 0
11	SUM_AP	..9	n	M	Anzahl abgeschlossener MD-Prüfungen
12	SUM_US	..9	n	M	Summe der Schlussrechnungen, bei denen nach abgeschlossener MD-Prüfung der Abrechnungsbetrag nicht minderungsfähig ist

### 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.

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
01	Datenart	3	an	M	Für die Quartalsauswertung ist die Datenart „QAN“ einzutragen.
02	Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzzahliger Wert beginnend mit 1)
03	Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des Jahres des betrachteten Quartals im Format „JJJJ“ anzugeben.
04	Betrachtetes Quartal	2	an	M	Es sind die beiden Stellen des betrachteten Quartals im Format „QQ“ anzugeben („01“ bis „04“).
05	IK Krankenhaus	9	an	M	Haupt–IK des Krankenhauses gemäß Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V
06	MD–ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltabelle
07	AUS_ASIK	9	an	M	IK der Krankenkasse (AUS_ASIK)
08	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
09	AUS_SPR–AN	..9	n	M	Anzahl der im Anwendungsquartal maximal prüfbaren Schlussrechnungen bezogen auf das Krankenkassen–IK aus ASIK (AUS_SPR–AN)
10	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.

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
01	Datenart	3	an	M	Für die Jahresauswertung ist die Datenart „JAU“ einzutragen.
02	Laufende Nummer	..6	n	M	Fortlaufende Zeilennummer (ganzahliger Wert beginnend mit 1)
03	Betrachtetes Jahr	4	n	M	Es sind alle vier Stellen des betrachteten Jahres im Format „JJJJ“ anzugeben.
04	MD-ID	4	an	M	ID des MD gemäß Schlüsseltabelle („MD99“ = bundesweit)
05	AUS_ANPV	..9	n	M	Anzahl der Prüfungen mit Vorverfahren (Summe VOMD, VVDK, VDMD, VFMD, VFDE, VOPQ, VPQD)
06	AUS_VOMD	..9	n	M	Anzahl der Vorverfahren ohne Datenkorrektur und ohne Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VOMD)
07	AUS_VDMD	..9	n	M	Anzahl der Vorverfahren mit Datenkorrektur/Ergänzung, die MD-Prüfung erfordern (AUS_VDMD)
08	AUS_VFMD	..9	n	M	Anzahl der Vorverfahren mit Falldialog, die MD-Prüfung erfordern (VFMD)
09	AUS_VVPQ	..9	n	M	Anzahl der Fälle mit Vorverfahren mit Abbruch Prüfverfahren; Summe von VOPQ und VPQD
10	AUS_ANVV	..9	n	M	Anzahl der im Vorverfahren gelösten Fälle (VVDK + VFDE)
11	AUS_VVDK	..9	n	M	Anzahl der Vorverfahren mit Datenkorrektur/Ergänzung, die keine MD-Prüfung erfordern (AUS_VVDK)
12	AUS_VFDE	..9	n	M	Anzahl der Vorverfahren, die durch Einigung im Falldialog enden (AUS_VFDE)

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
13	AUS_VORÜ	..9	n	M	Anzahl der zugunsten der Krankenhäuser gelösten Vorverfahren (durch Korrektur/Falldialog, keine Weiterverfolgung) ohne Minderung des Abrechnungsbetrages sowie von Kasse nicht weiterverfolgte Fälle (VVDK + VFDE - VRÜC + VOPQ + VPQD)
14	AUS_VRÜC	..9	n	M	Anzahl der zugunsten der Krankenkasse gelösten Vorverfahren (AUS_VRÜC)
15	AUS_RÜCS	..8	an	M	Durchschnittliche Höhe der Rückerstattungsbeträge (AUS_RÜCS); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99
16	AUS_VVNG	..9	n	M	Anzahl der nicht gelösten Fälle mit und ohne nachfolgende MD-Prüfung; Summe von VOMD, VDMD, VFMD, VOPQ und VPQD
17	AUS_SR	..9	n	M	Summe aller Prüfanlässe
18	AUS_AR1	..9	n	M	Anzahl Primäre Fehlbelegung
19	AUS_QR1	..3	n	M	Anteil Primäre Fehlbelegung in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
20	AUS_AR2	..9	n	M	Anzahl Sekundäre Fehlbelegung
21	AUS_QR2	..3	n	M	Anteil Sekundäre Fehlbelegung in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
22	AUS_AR3	..9	n	M	Anzahl Kodierprüfung
23	AUS_QR3	..3	n	M	Anteil Kodierprüfung in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
24	AUS_AR4	..9	n	M	Anzahl Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.)

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
25	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
26	AUS_AR5	..9	n	M	Anzahl Andere/weitere Prüfgegenstände
27	AUS_QR5	..3	n	M	Anteil Andere/weitere Prüfgegenstände in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
28	AUS_ANMP	..9	n	M	Anzahl Prüfungen mit Kombination mehrerer Prüfanlässe (AUS_ANMP)
29	AUS_ANZGA	..9	n	M	Anzahl abgeschlossener Prüfungen (APJ); erst ab Berichtsjahr 2021
30	AUS_ANZUS	..9	n	M	Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen (UPJ); erst ab Berichtsjahr 2021
31	AUS_DKOM	..9	n	M	davon Anzahl unbeanstandeter Schlussrechnungen infolge Datenkorrektur des Krankenhauses (AUS_DKOM)
32	AUS_ABSR	..9	n	M	Anzahl beanstandeter Schlussrechnungen (AUS_ABSR)
33	AUS_DDIF	..8	an	M	Durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge (Summe SDIF/Summe ABSR); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99
34	AUS_AFAS	..9	n	M	Anzahl beanstandeter Rechnungen mit Aufschlag auf Differenzbetrag (AUS_AFAS); bis Berichtsjahr 2022 immer 0
35	AUS_AUFS	..9	n	M	Durchschnittliche Höhe der Aufschlagsbeträge auf den Differenzbetrag (AUS_AUFS); Angabe mit zwei Nachkommastellen im Format 99999,99); bis Berichtsjahr 2022 immer 0

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
36	AUS_ATDN	..9	n	M	Anzahl der Fälle mit durchgeführtem Nachverfahren (AUS_ATDN)
37	AUS_ANOE	..9	n	M	Anzahl der Fälle ohne Einigung Nachverfahren (AUS_ANOE)
38	AUS_ANME	..9	n	M	Anzahl der Fälle mit Einigung Nachverfahren (AUS_ANME)
39	AUS_ANEE	..9	n	M	Anzahl der Fälle mit einzelfallbezogener Erörterung (AUS_ANEE)
40	AUS_QEE	..3	n	M	Anteil Einzelfallbezogene Erörterung an allen eingeleiteten MD-Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung (AUS_QEE) in Prozent; Angabe als ganze Zahl zwischen 0 und 100
41	AUS_EEME	..9	n	M	Anzahl der Fälle bei einzelfallbezogener Erörterung mit Einigung (AUS_EEME)
42	AUS_EEOE	..9	n	M	Anzahl der Fälle bei einzelfallbezogener Erörterung ohne Einigung (AUS_EEOE)
43	AUS_ANZB	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V (AUS_ANZB)
44	AUS_AN20	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses unterhalb von 20 % (AUS_AN20)
45	AUS_ANSY	..9	n	M	Anzahl der Anzeigen mit begründetem Verdacht systematisch überhöhter Abrechnung (AUS_ANSY)
46	AUS_ANST	..9	n	M	Anzahl der Begutachtungen von Strukturmerkmalen
47	AUS_STJA	..9	n	M	Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen nach § 275d Absatz 2 SGB V (AUS_STJA); im Berichtsjahr 2020 immer 0

Nr.	Bezeichnung	Länge	Typ	Art	Erläuterung/Inhalt
48	AUS_ANNM	..9	n	M	Anzahl der Meldungen nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V (Nichteinhaltung bestätigter Strukturmerkmale > 1 Monat) (AUS_ANNM); im Berichtsjahr 2020 immer 0

Schlüsseltabelle MD-ID:

<b>MD-ID</b>	<b>Name</b>	<b>Straße</b>	<b>PLZ</b>	<b>Ort</b>
MD01	MD Baden-Württemberg	Ahornweg 2	77933	Lahr
MD02	MD Bayern	Haidenauplatz 1	81667	München
MD03	MD Berlin-Brandenburg	Lise-Meitner-Straße 1	10589	Berlin
MD04	MD Bremen	Falkenstraße 9	28195	Bremen
MD05	MD Hessen	Zimmersmühlenweg 23	61440	Oberursel
MD06	MD Mecklenburg-Vorpommern	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 Saarland	Dudweiler Landstraße 151	66123	Saarbrücken
MD12	MD Sachsen	Am Schießhaus 1	01067	Dresden
MD13	MD Sachsen-Anhalt	Breiter Weg 19c	39104	Magdeburg
MD14	MD Thüringen	Richard-Wagner-Straße 2a	99423	Weimar
MD15	MD Westfalen-Lippe	Roddestraße 12	48153	Münster
MD99	bundesweit	entfällt	entfällt	entfällt