

# **Elektronischer Datenaustausch zwischen Krankenkassen (GKV) und Medizinischen Diensten (MD) im Bereich Krankenhaus**

## **Anhang 2**

### **Befüllungshinweise zum Dokument**

#### **Anlage 1.1 Verfahrensspezifische Datendefinition**

**Version 1.11  
Build 2**

**zur TA-Version 1.11**

**Stand: 27.06.2022**

**gültig ab 01.10.2022**

Dokument des

fachlichen Arbeitskreises  
DA GKV/MD

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ÄNDERUNGSHISTORIE .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>BESCHREIBUNG DER SPALTENKÖPFE DER NACHFOLGENDEN TABELLEN .....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>VERFAHRENSKENNZEICHEN (HEADER).....</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>STAMMDATEN BEAUFTRAGUNG .....</b>	<b>10</b>
5.1	AUFTRAG STAMMDATEN KRANKENKASSE (ASK) .....	10
5.2	AUFTRAG STAMMDATEN VERSICHERTER (ASV) .....	10
5.3	AUFTRAG STAMMDATEN LEISTUNGSERBRINGER (SDL) .....	10
5.4	STAMMDATEN DOKUMENT (DOK).....	10
<b>6</b>	<b>GESCHÄFTSVORFALL BEAUFTRAGUNG GUTACHTLICHE STELLUNGNAHME KRANKENHAUS.....</b>	<b>11</b>
6.1	AUFTRAG GUTACHTLICHE STELLUNGNAHME KRANKENHAUS (AKH) .....	11
6.2	PRÜFGEGENSTAND (PGS).....	12
6.3	FRAGESTELLUNG (RKH) .....	13
6.4	FALLDATEN (FKH).....	14
6.5	VERLÄNGERUNGSANZEIGE (VKH).....	16
6.6	DIAGNOSEN (DIA) .....	17
6.7	PROZEDUREN (OPS) .....	18
6.8	ENTLASSUNGSDATEN (EKH).....	18
6.9	VERLEGUNGSDATEN (LKH) .....	21
6.10	ENTGELTE (ETG).....	22
6.11	AKTENZEICHEN ANDERER BEGUTACHTUNGSFALL (AAB).....	23
6.12	STANDORTE (STA) .....	23
<b>7</b>	<b>STAMMDATEN GUTACHTLICHE STELLUNGNAHME MD.....</b>	<b>25</b>
7.1	STAMMDATEN KRANKENKASSE (ASK) .....	25
7.2	STAMMDATEN VERSICHERTER (ASV) .....	25
7.3	STAMMDATEN MD (GSM) .....	25
7.4	STAMMDATEN DOKUMENT (DOK).....	25
<b>8</b>	<b>GESCHÄFTSVORFALL BEGUTACHTUNG KRANKENHAUS.....</b>	<b>26</b>
8.1	GUTACHTLICHE STELLUNGNAHME KRANKENHAUS (GKH) .....	26
8.2	ANTWORT (GRK) .....	27
8.3	FALLDATEN MD (GFK) .....	27
8.4	DIAGNOSEN MD (GDI) .....	28
8.5	PROZEDUREN MD (GOP) .....	28

8.6	ENTLASSUNGSDATEN MD (GEK) .....	29
8.7	ENTGELTE MD (GEG) .....	30
8.8	AKTENZEICHEN ANDERER BEGUTACHTUNGSFALL (AAB).....	31
8.9	ANGEFORDERTE/GELIEFERTE UNTERLAGEN (AGU) .....	31
<b>9</b>	<b>STAMMDATEN STORNIERUNGSMELDUNG .....</b>	<b>32</b>
9.1	STAMMDATEN KRANKENKASSE (ASK) .....	32
9.2	STAMMDATEN VERSICHERTER (ASV) .....	32
<b>10</b>	<b>GESCHÄFTSVORFALL STORNIERUNGSMELDUNG .....</b>	<b>33</b>
10.1	STORNIERUNG (AST) .....	33
<b>11</b>	<b>STAMMDATEN ZWISCHENNACHRICHT .....</b>	<b>33</b>
11.1	STAMMDATEN KRANKENKASSE (ASK) .....	33
11.2	STAMMDATEN VERSICHERTER (ASV) .....	33
11.3	STAMMDATEN MD (GSM).....	33
<b>12</b>	<b>GESCHÄFTSVORFALL ZWISCHENNACHRICHT .....</b>	<b>34</b>
12.1	PRÜFAUFTRAGSDATUM (GZN) .....	34
12.2	PRÜFGEGENSTAND (PGS).....	34
12.3	NEUER PRÜFANLASS (RKH) .....	35
<b>13</b>	<b>GESCHÄFTSVORFALL ZWISCHENNACHRICHT ANFRAGE ERWEITERUNG DES PRÜFGEGENSTANDES .....</b>	<b>35</b>
13.1	ANFRAGE ZUR ERWEITERUNG DES PRÜFGEGENSTANDES (ZEP).....	35
13.2	NEUER PRÜFGEGENSTAND (PGS).....	36
13.3	NEUER PRÜFANLASS (RKH) .....	36
<b>14</b>	<b>GESCHÄFTSVORFALL ZWISCHENNACHRICHT ANTWORT ERWEITERUNG DES PRÜFGEGENSTANDES.....</b>	<b>36</b>
14.1	ANTWORT ZUR ERWEITERUNG DES PRÜFGEGENSTANDES (ZAP) .....	36
<b>15</b>	<b>ANMERKUNGEN .....</b>	<b>37</b>

## 1 Änderungshistorie

Version	Beschreibung	Autor/in	Datum	Prod.
0.1	Erstanlage	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	10.05.2007	
1.0	Redaktionelle Anpassungen aufgrund der Arbeitsergebnisse der kleinen Arbeitsgruppe vom 31.5.2007	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	04.06.2007	
1.1	Angenommene Änderungsvorschläge und Ergebnisse der Sitzung des technischen Arbeitskreises vom 14.08.2007	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	14.08.2007	
1.1	Nachträgliche Änderungen auf der Grundlage eingegangener Vorschläge korrespondierend zu den Änderungen in der Anlage 1	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	17.09.2007	
1.1	Nachträgliche Änderungen auf der Grundlage eingegangener Vorschläge korrespondierend zu den Änderungen in der Anlage 1	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	17.09.2007	
1.1	Ergänzende Anpassungen aufgrund der Sitzung der kleinen Arbeitsgruppe zur fachlichen Abnahme des XML-Schemas am 7.11.2007 – Eröffnung des Kapitels Anmerkungen	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	07.11.2007	
1.1	Ergänzende Anpassungen aufgrund der Sitzung des technischen Arbeitskreises am 02.04.2008	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	02.04.2008	
1.2	Ergänzende Anpassungen aufgrund der Sitzung des fachlichen Arbeitskreises vom 29.07.2008 – siehe RKH 02 -	Friedhelm Langen (VdAK/AEV)	29.07.2008	X
1.3 Build 1	Redaktionelle Anpassung – Spitzenverbände wurde durch Verbände der Krankenkassen ersetzt	Friedhelm Langen (vdek)	29.01.2009	
1.3 Build 2	Einbettung der SFB-Koordination, Feld „Unterlagen beim MDK vorhanden“, Kennzeichen für gesonderte Prüfungen, Umwandlung der Auftragsart, Berechtigung „Beantwortung von nicht gestellten Fragen durch den MDK“	Friedhelm Langen (vdek)	03.01.2010	
1.3 Build 3	Ergänzende Anpassungen aus der gemeinsamen Sitzung des fachlichen und technischen Arbeitskreises vom 18.05.2010	Friedhelm Langen (vdek)	18.05.2010	

Version	Beschreibung	Autor/in	Datum	Prod.
1.3 Build 4	Anpassungen zu den Segmenten ASV06, EKH03 und EKH06. Zuvor schriftliche Abstimmung des fachlichen und technischen Arbeitskreises	Friedhelm Langen (vdek)	13.07.2011	
1.3 Build 5	Anpassungen zu den Segmenten RKH, EKH, ETG, GEK und GEG zur Integration der 85er/86er Entgelte nach Anlage 3 der FPV (§ 7 Abs. 1 Nr. 1 FPV) sowie der tagesbezogenen 85er Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV	Thomas Eißner (vdek)	02.07.2013	
1.4 Build 1	Erweiterung zur Aufnahme von Fällen im PEPP-Entgeltsystem; Verpflichtung der MDK zur Übernahme der Begründungen zu den Fragestellungen; Anpassung an Datenformate der eGK	Thomas Eißner (vdek)	23.06.2014	
1.8 Build 1	Ergänzung einer Zwischenmeldung und einer Stornierungsmeldung, Ergänzung Aktenzeichen Erstauftrag und Aktenzeichen erster Folgeauftrag, Ergänzung des Ergebnisses des Vorverfahrens, Ersetzung der Stammdatensegmente GSK und GSV durch ASK und ASV	Thomas Eißner (vdek)	12.03.2015	
1.8 Build 1	Ergänzung des Bezuges zum NAD-Segment aus dem Abrechnungsverfahren für ASV04 und ASV05 in Bezug auf Organspender, Aufnahme eines weiteren Datenfeldes EKH19 zur Angabe eines zweiten Basisentgeltwertes zur möglichen Unterscheidung zwischen den Werten am Aufnahme- und am Entlassungstag, Ergänzung des Hinweises zur Zwischennachricht, wenn die Erweiterung des Prüfanlasses nicht zeitgleich mit der Gutachtenerstellung erfolgt, Ergänzung eines Verweises auf die Korrespondenz des Datenfeldes GZN01 zur Angabe in AKH06 der Beauftragung	Thomas Eißner (vdek)	01.04.2015	
1.8 Build 1	Streichung der Garantie zur korrekten Dateinummernabfolge durch den MDK im Hinweis zur Zwischennachricht	Thomas Eißner (vdek)	24.04.2015	
1.9 Build 1	Ergänzung einer Fristverlängerungsmeldung, Ergänzung der Angabe des Prüfgegenstandes und der Angabe der Gültigkeit eines zweiten Zahlbasisentgeltwertes, Präzisierungen zu Tagen ohne Berechnung und der Auswahl zur Begutachtung	Thomas Eißner (vdek)	08.07.2016	

Version	Beschreibung	Autor/in	Datum	Prod.
1.9 Build 1	Verschiebung der ehemaligen Datenfelder ASK15 und ASK16 nach AKH13 und AKH14 bzw. GKH10 und GKH11, einschließlich der Umbenennung der nachfolgenden Datenfelder, Ergänzung der neuen Datenfelder ASK21 und ASK22 sowie ASV15, ASV16, ASV17 und ASV18	Thomas Eißner (vdek)	07.09.2016	
1.9 Build 1	Aufnahme des neuen Segmentes „Prüfgegenstand (PGS)“ in der Beauftragung und der Zwischennachricht	Thomas Eißner (vdek)	07.09.2016	
1.9 Build 1	Begrenzung des Schlüssels N „Rückgabegrund ohne Auftragserledigung“ auf zwei Stellen und Ergänzung eines separaten Freitextfeldes für Schlüsselausprägung ‚7‘	Thomas Eißner (vdek)	07.09.2016	
1.9 Build 1	Redaktionelle Änderungen	Thomas Eißner (vdek)	07.09.2016	
1.9 Build 1	Entfernung der Fristverlängerungsmeldung	Thomas Eißner (vdek)	12.09.2016	
1.9 Build 1	Aufnahme des Datenfeldes GKH12 zur Art der Begutachtung	Thomas Eißner (vdek)	23.09.2016	
1.9 Build 1	Redaktionelle Änderungen	Thomas Eißner (vdek)	23.09.2016	
1.9 Build 1	Redaktionelle Änderungen	Thomas Eißner (vdek)	11.10.2016	
1.9 Build 1	Ergänzung von Frage ‚57‘ in ETG08	Thomas Eißner (vdek)	11.10.2016	
1.10 Build 1	Ergänzung zur Eindeutigkeit von RKH01	Thomas Eißner (vdek)	25.07.2017	
1.10 Build 1	Entfallen des PGS-Datensatzes für Entbindungen	Thomas Eißner (vdek)	01.07.2018	
1.10 Build 1	Präzisierung der Befüllung des MDK-Ansprechpartners in GSM07	Thomas Eißner (vdek)	28.09.2018	
1.10 Build 1	Öffnung der „Erläuterung Rückgabegrund“ im Datenfeld „GKH09“ für alle Rückgabegründe ohne Auftragserledigung	Thomas Eißner (vdek)	28.09.2018	
1.10 Build 1	Ergänzung des Datenfeldes GKH13 zur Angabe des Datums der Unterlagenanforderung bei Nichterledigung wegen fehlender oder nicht vollständiger Unterlagen	Thomas Eißner (vdek)	28.09.2018	

Version	Beschreibung	Autor/in	Datum	Prod.
1.10 Build 1	Ergänzung zur Eindeutigkeit von PGS01	Thomas Eißner (vdek)	28.09.2018	
1.10 Build 1	Ersetzen des SKH-Datensatzes durch den SDL-Datensatz	Thomas Eißner (vdek)	28.09.2018	
1.10 Build 1	Entfernung der in den verfahrensübergreifenden Befüllungshinweisen beschriebenen Stammdaten-Befüllungshinweisen	Thomas Eißner (vdek)	28.09.2018	
1.10 Build 1	Aufnahme des Datensatzes „DOK“ der Verfahrensübergreifenden Befüllungshinweise“	Thomas Eißner (vdek)	13.11.2018	
1.10 Build 1	Ergänzung zur Verwendung von Ausprägung ‚11‘ (Sozialgerichtsverfahren) des Schlüssels B (Auftragsart) in AKH06	Thomas Eißner (vdek)	13.11.2018	
1.10 Build 1	Ergänzung zur Befüllung von EKH04 (Zusatzschlüssel Abteilungstyp) bei StäB.	Thomas Eißner (vdek)	25.01.2019	
1.10 Build 1	Erweiterung um Datensätze AAB zur Angabe von Fallnummern bei Fallzusammenführungen	Thomas Eißner (vdek)	30.04.2019	
1.10 Build 1	Erläuterung zur verpflichtenden Angabe der Verlegungsdaten (LKH) im PEPP-System	Thomas Eißner (vdek)	30.04.2019	
1.10 Build 1	Ergänzung zur Befüllung von ETG01, dass Pflegeentgelte nicht angegeben werden	Thomas Eißner (vdek)	01.07.2019	
1.11 Build 1	Erweiterung um Datensätze STA zur Standort-Übermittlung	Thomas Eißner (vdek)	29.04.2021	
1.11 Build 1	Textanpassung in den Anmerkungen zur Verwendung von Schlüssel H	Thomas Eißner (vdek)	29.04.2021	
1.11 Build 1	Ergänzung des Datenfeldes LKH05 zur Angabe der Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit aus einer Fachabteilung	Thomas Eißner (vdek)	29.04.2021	
1.11 Build 1	Ergänzung des Datenfeldes GZN05 zur Angabe des Beauftragungsdatums	Thomas Eißner (vdek)	29.04.2021	
1.11 Build 1	Ergänzung des Datenfeldes AKH15 zur Berechtigung des MD zur Erweiterung des Prüfgegenstandes	Stefan Koll (vdek)	26.10.2021	
1.11 Build 1	Ergänzung des Segmentes AGU zur Benennung der angeforderten Unterlagen	Stefan Koll (vdek)	26.10.2021	
1.11 Build 1	Ergänzung der Beschreibung des Datenfeldes RKH01	Stefan Koll (vdek)	29.11.2021	
1.11 Build 1	Ergänzung der Beschreibung der Zwischennachricht mit den Segmenten ZAP und ZEP	Stefan Koll (vdek)	15.12.2021	

1.11 Build 2	Klarstellungen in AGU06, DIA04, OPS04 und ETG08	Stefan Koll (vdek)	27.06.2022	
-----------------	--	--------------------	------------	--



## 2 Einleitung

Dieses Dokument soll einen detaillierten Einblick darüber verschaffen, mit welchen Inhalten die Felder der Datensatzgruppe nach Anlage 1.1 zu füllen sind. Dabei ist insbesondere auf die Datenquellen des § 301 SGB V zu verweisen, wo die überwiegende Anzahl der Feldinhalte ihren Ursprung hat.

## 3 Beschreibung der Spaltenköpfe der nachfolgenden Tabellen

Feldname: Der Feldname ist die Kurzbezeichnung des Feldes als Schlüssel  
 Feldbezeichnung: Die Feldbezeichnung ist die Bezeichnung des Feldes als sprechende Langfassung  
 Befüllungshinweis: Detaillierte Angabe darüber, wie das bezeichnete Feld in der Datensatzgruppe zu befüllen ist.

## 4 Verfahrenskennzeichen (Header)


Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 4.

## **5 Stammdaten Beauftragung**

### **5.1 Auftrag Stammdaten Krankenkasse (ASK)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 6.

### **5.2 Auftrag Stammdaten Versicherter (ASV)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 8.

### **5.3 Auftrag Stammdaten Leistungserbringer (SDL)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 11.

### **5.4 Stammdaten Dokument (DOK)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 5.

## 6 Geschäftsvorfall Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Krankenhaus

### 6.1 Auftrag gutachtliche Stellungnahme Krankenhaus (AKH)

Der Datensatz AKH enthält Auftragsdaten für die Krankenhausbegutachtung.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
AKH01	Gesetzlicher Geltungsbereich der Abrechnung	Schlüssel A aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
AKH02	Fall-ID KH (Aufnahme-Nr.)	Dieses krankenhausinterne Kennzeichen des Patienten bzw. Versicherten dient mit dem IK des Krankenhauses zur eindeutigen Zuordnung des Behandlungsfalls. Mit der Vergabe des krankenhausinternen Kennzeichens wird die eindeutige Identifikation des Behandlungsfalls im Krankenhaus sichergestellt. Dieses Kennzeichen wird im Verfahren nach § 301 SGB V im Segment INV an die Krankenkasse übermittelt.
AKH03	Rechnungs-Nr.	Die Rechnungsnummer dient der Identifikation der Einzelrechnung. Sie wurde im Segment REC mit dem Rechnungssatz im Verfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
AKH04	Rechnungs-Datum	Als Rechnungsdatum ist das Datum der Rechnungsstellung anzugeben. Dieses Datum wurde durch das Krankenhaus im Segment REC mit dem Rechnungssatz im Verfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
AKH05	Datum des Rechnungseingangs	An dieser Stelle ist das Datum des Rechnungseingangs bei der Krankenkasse anzugeben. Bei DRG- und PEPP-Fällen ist dieses Feld zwingend zu befüllen. In der Regel ist das Datum heranzuziehen, an dem der Rechnungssatz des Krankenhauses über das Verfahren nach § 301 SGB V elektronisch bei der DAV der Krankenkasse eingegangen ist. Für die Ermittlung der 6-Wochenfrist und der Frist nach PrüfV ist dieses Datum zwingend erforderlich.
AKH06	Auftragsart	Schlüssel B aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. In einer Beauftragung dürfen die Ausprägungen ‚08‘ und ‚09‘ nicht verwendet werden. Ausprägung ‚11‘ ist für Beauftragungen im Rahmen von Gerichtsverfahren zu verwenden. Die Fristenregelungen der PrüfV gelten hierbei nicht.
AKH07	Anzahl der Anlagen	An dieser Stelle ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 9 anzugeben. Hierbei handelt es sich nur um die Anlagen, die als pdf-Dokumente mit der XML-Instanzdatei übermittelt werden.
AKH08	Anzahl der Anlagen per Postweg	An dieser Stelle ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 9 anzugeben, die parallel zu der elektronischen Übermittlung eines Falls per Postweg (Papier) übersendet werden.
AKH09	Erläuterung Anlagen per Postweg	An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Anlagen per Post versendet wurden.
AKH10	Unterlagen liegen beim MD vor	An dieser Stelle kann mit der Ziffer „1“ mitgeteilt werden, wenn bereits Unterlagen zu dem beauftragten Fall beim MD vorliegen. Insbesondere kann die Kennzeichnung erforderlich werden, wenn es sich um einen Folgeauftrag handelt.
AKH11	Erläuterung Unterlagen, die beim MD vorliegen	An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Unterlagen bereits beim MD zum beauftragten Fall vorliegen.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
AKH12	Ergebnis Vorverfahren	Schlüssel Q aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 (Ist nur im Rahmen der PrüfV anzugeben; Übermittlung bei Bedarf).
AKH13	Berechtigung des MD zur Ergänzung der Fragestellung	Über dieses Feld berechtigt die Krankenkasse bei der Auftragserteilung den MD, Fragen zu beantworten, die nicht über den Auftrag – Segment RKH – gestellt worden sind. Schlüssel O aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
AKH14	Berechtigung des MD zum Wechsel der Auftragsart	Über dieses Feld berechtigt die Krankenkasse bei der Auftragserteilung den MD, eigenständig die Auftragsart „Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)“ in einen Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens bzw. einen Auftrag zur Erstellung eines Gutachtens in eine SFB umzuwandeln, ohne einen neuen Auftrag von der Krankenkasse erhalten zu haben. Dabei darf das Prinzip der 1-zu-1-Beziehung nicht außer Acht gelassen werden. Deshalb darf in diesem Fall nur das Ergebnis des durch den MD umgewandelten Auftrags an die Krankenkasse zurückgeschickt werden.
AKH15	Berechtigung des MD zur Erweiterung des Prüfgegenstandes	Schlüssel T aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Über dieses Feld kann die Krankenkasse den MD vorab zur Erweiterung des Prüfgegenstandes berechtigen. Wird die Berechtigung nicht erteilt, kann diese über den Geschäftsvorfall ZEP vom MD angefordert werden. Wenn die Begutachtung als Begehung durchgeführt wird, ist die Belegung des Feldes nicht relevant und die Berechtigung gilt als vorab erteilt.

## 6.2 Prüfgegenstand (PGS)

Der Datensatz-PGS enthält die dem Krankenhaus von der Krankenkasse angezeigten bzw. vom MD anzuzeigenden Prüfgegenstände nach der PrüfV. Dieser Datensatz kann einmal und bis zu 5 Mal übermittelt werden. Dieser Datensatz muss bei Fällen außerhalb von Entbindungsfällen angegeben werden. Der Datensatz entfällt für Begutachtungen von Entbindungsfällen.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
PGS01	Prüfgegenstand	Schlüssel R im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes. Jede Schlüsselausprägung kann nur 1x übermittelt werden. Die Schlüsselbezeichnung dieses Datenfeldes ist zwingend in die Prüfanzeige des MD zu übernehmen.

### 6.3 Fragestellung (RKH)

Der Datensatz-RKH enthält die Fragestellungen der Krankenkasse zum beauftragten Fall; ggf. mit Begründung in Freitextform. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
RKH01	Fragestellung	<p>Schlüssel C im Schlüsselerzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes. Bei gezielter Prüfung von 85er/86er-Entgelten nach § 7 Abs.1 Nr. 1 bis 3 ist die Angabe der Fragestellung 17 verpflichtend, weitere Fragestellungen sind möglich. Ist die Prüfung der 85er/86er-Entgelte nicht gezielter Prüfgegenstand, ist die Fragestellung 17 nicht anzugeben.</p> <p>Fragestellungen 01 bis 39 sowie 99 sind für Prüfungen im DRG-Bereich zu verwenden. Für Fragestellungen im PEPP-Entgeltbereich sind die Fragestellungen 41 bis 98 zu verwenden.</p> <p>Jede Ausprägung des Schlüssels C darf nur einmal je Beauftragung angegeben werden.</p> <p>Die Schlüssel 96 und 97 sind nur in der SFB zur Anforderung der Unterlagenzusammenstellung für das Erörterungsverfahren zu verwenden.</p>
RKH02	Begründung der Fragestellung	<p>Dieses Feld bietet die Gelegenheit, die im RKH01 ausgewiesene Fragestellung in Freitextform zu erläutern. Dazu können auch Angaben zu Nebendiagnosen, Prozeduren, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten, die von den MD im speziellen geprüft bzw. erläutert werden sollen, gehören (siehe auch DIA04, OPS04, ETG08). Die Angaben in diesem Datenfeld sind von den MD unverändert in eine Prüfanzeige an das Krankenhaus zu übernehmen.</p>
RKH03	Interne Begründung der Fragestellung	<p>Dieses Feld bietet die Gelegenheit, die im RKH01 ausgewiesene Fragestellung in Freitextform ergänzend für den MD zu erläutern. Die Angaben in diesem Datenfeld dürfen von den MD nicht weitergegeben insbesondere nicht in eine Prüfanzeige an das Krankenhaus übernommen werden.</p>

## 6.4 Falldaten (FKH)

Der Datensatz-FKH enthält die Falldaten über den Krankenhausfall.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
FKH01	Datum Krankenhaus-Aufnahme	<p>An dieser Stelle ist der Aufnahmetag anzugeben, welcher im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.</p> <p>Der Aufnahmetag ist der Tag der Aufnahme des Versicherten zu einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Entbindung.</p> <p>Bei einer vorstationären Behandlung wird erst mit der vollstationären Aufnahme ein Aufnahmesatz übermittelt. Der Aufnahmetag ist der Tag der vollstationären Aufnahme. (Die Information über eine vorstationäre Behandlung erfolgt über den Aufnahmesatz im Feld Aufnahmegrund. Das Datum für die vorstationäre Behandlung wird mit dem Rechnungssatz über die Felder "Abrechnung von" gemeldet.) Bei einer vorstationären Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung (Aufnahmegrund: '04') wird ein Aufnahmesatz mit dem Tag des Zugangs/der erstmaligen Behandlung als Aufnahmetag gemeldet.</p> <p>Wird bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers während der voll- oder teilstationären Behandlung ein Aufnahmesatz an die dann zuständige Krankenkasse übermittelt (Aufnahmegrund: '2x'), wird als Aufnahmetag der tatsächliche Tag der Aufnahme zur Krankenhausbehandlung unverändert gemeldet. Die zeitliche Abgrenzung gegenüber den Kostenträgern erfolgt über die Rechnungssätze und Entlassungsanzeigen.</p>
FKH02	Uhrzeit Krankenhaus-Aufnahme	<p>An dieser Stelle ist die Aufnahmeuhrzeit anzugeben, welche im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.</p> <p>Es ist die Uhrzeit der Aufnahme zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in Stunden (00 - 23) und Minuten (00 - 59) anzugeben.</p> <p>Bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung kann die "Aufnahmeuhrzeit" mit '0000' angegeben werden.</p>

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
FKH03	Aufnahmegrund	<p>An dieser Stelle ist der Aufnahmegrund anzugeben, welcher im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde. Es handelt sich dabei um den Schlüssel 1 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V</p> <p>Der Aufnahmegrund enthält die leistungsrechtlich erforderliche Differenzierung des Grundes der Aufnahme.</p> <p>Leitet das Krankenhaus eine Behandlung entsprechend einem Vertrag zur integrierten Versorgung ein und liegt dem Krankenhaus die Bestätigung des Patienten zur Teilnahme an diesem Vertrag vor, teilt das Krankenhaus dies der Krankenkasse bereits mit dem Aufnahmesatz frühzeitig durch die Angabe der „4“ an der dritten Stelle des Aufnahmegrundes mit.</p>
FKH04	Aufnahmearbeit	Schlüssel K aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
FKH05	Fachabteilung	An dieser Stelle ist die aufnehmende Fachabteilung anzugeben, welche im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde. Es handelt sich dabei um den Schlüssel 6 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V.
FKH06	Voraussichtliches Entlassungsdatum	An dieser Stelle ist das voraussichtliche Entlassungsdatum anzugeben, welches als „Voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung“ im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.
FKH07	Arzt-Nr. des einweisenden Arztes	<p>An dieser Stelle ist die Arztnummer des einweisenden Arztes anzugeben, sofern diese im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.</p> <p>Die Arztnummer des einweisenden Vertragsarztes (KV-Nummer des Arztes) ist vom Krankenhaus aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen.</p>
FKH08	IK der veranlassenden Stelle	Bei Aufnahme eines Versicherten als Folge einer Verlegung aus einem Krankenhaus ist das Institutionskennzeichen des verlegenden (die Aufnahme veranlassenden) Krankenhauses anzugeben. Bei Verlegung aus einem ausländischen Krankenhaus ist das Pseudo-IK „979979956“ anzugeben.
FKH09	Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme	Bei Notfallaufnahme ist die Aufnahme veranlassende Stelle (z. B. Rettungsdienst) anzugeben. Diese wird im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse als Freitext übermittelt.
FKH10	Arzt-Nr. des einweisenden Zahnztes	<p>An dieser Stelle ist die Arztnummer des einweisenden Zahnarztes (KZV-Nummer des Zahnarztes) anzugeben, welche im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.</p> <p>Die Arztnummer des einweisenden Vertragszahnarztes (KZV-Nummer) ist vom Krankenhaus aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen.</p>

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
FKH11	Aufnahmegewicht in Gramm	An dieser Stelle ist das Aufnahmegewicht in Gramm anzugeben, welche im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde. Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr ist das Aufnahmegewicht vom Krankenhaus in Gramm anzugeben.
FKH12	ICD-Version	Schlüssel I aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
FKH13	OPS-Version	Schlüssel J aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
FKH14	Behandlungsart	Schlüssel D aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.

### 6.5 Verlängerungsanzeige (VKH)

Der Datensatz-VKH enthält Daten über die Verlängerungsanzeige der Krankenhausbehandlung. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
VKH01	Datum Krankenhaus-Aufnahme	An dieser Stelle ist das Datum der Aufnahme in das Krankenhaus anzugeben, welches im Segment DAU mit der Verlängerungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.
VKH02	Voraussichtliches Entlassungsdatum	An dieser Stelle ist das Datum der voraussichtlichen Entlassung - voraussichtliche Dauer der KH-Behandlung (Bis-Datum) - anzugeben, welches im Segment DAU mit der Verlängerungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde.



## 6.6 Diagnosen (DIA)

Der Datensatz-DIA enthält Informationen über die Diagnosen. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
DIA01	Diagnosetyp	<p>Schlüssel E aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.</p> <p>Der Schlüssel ‚03‘ für Hauptdiagnose darf nur einmal übermittelt werden.</p>
DIA02	ICD	<p>An dieser Stelle sollen die Diagnosen angegeben werden, die das Krankenhaus mit der letzten Segmentgruppe SG1 ETL-NDG mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt hat. Liegt noch keine Entlassungsanzeige vor, sind die Diagnosen anzugeben, die zuvor mit dem zuletzt übermittelten Nachrichtentyp an die Krankenkasse übermittelt wurden.</p> <p>Die Angaben der Diagnosen müssen dem amtlichen Diagnoseschlüssel des DIMDI entsprechen. Die dazu korrespondierende Version wird im Datensatz ‚FKH‘ angezeigt.</p> <p>Die Hauptdiagnose wird vom Krankenhaus bei Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung durch Entlassung oder externer Verlegung in eine andere Institution oder bei interner Verlegung in einen anderen Entgeltbereich über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V angegeben. Die Datenelementgruppe im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V enthält im ersten Datenelement die bei der Entlassung/Verlegung des Patienten festgestellte Hauptdiagnose nach dem amtlichen ICD-Schlüssel (linksbündig mit Sonderzeichen ‚.‘, ‚-‘, ‚*‘ und ‚#‘ (Kreuzdiagnose) ohne Leerzeichen). Im Datenfeld DIA03 kann eine Lokalisation der Diagnose entsprechend der Spezifizierungen des Diagnoseschlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Diagnose relevant ist.</p> <p>Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese immer als Nebendiagnose interpretiert und soll an dieser Stelle dementsprechend übermittelt werden.</p>
DIA03	Lokalisation	<p>Die zur Diagnose korrespondierende Lokalisation wird mit Hilfe des Schlüssels 16 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V an dieser Stelle angezeigt. Die Übermittlung erfolgt immer korrespondierend mit der Diagnose im gleichen Segment.</p>
DIA04	Kennzeichen - Gesonderte Prüfung durch MD gewünscht	<p>An dieser Stelle hat die Krankenkasse durch Übermittlung der Ziffer „1“, korrespondierend zu den gestellten Fragestellungen, die Diagnosen zu markieren, die geprüft werden sollen, mindestens jedoch eine Diagnose. Die markierte Diagnose wird / die markierten Diagnosen werden in die Prüfanzeige übernommen.</p>

### 6.7 Prozeduren (OPS)

Der Datensatz-OPS enthält Daten über die Prozeduren. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
OPS01	OPS	<p>An dieser Stelle sollen die Prozeduren angegeben werden, die das Krankenhaus über das Segment FAB mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt hat.</p> <p>Die Datenelementgruppe im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V enthält im ersten Datenelement eine im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführte Operation oder Prozedur nach dem amtlichen Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (linksbündig ohne Sonderzeichen ‘.’ oder ‘-’). Im Datenfeld OPS02 kann eine Lokalisation der Operation oder der Prozedur entsprechend der Spezifizierungen des amtlichen OP-Schlüssels erfolgen, sofern diese Angabe zur Spezifikation der Operation oder Prozedur relevant ist.</p> <p>Als Operation werden im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend der Deutschen Kodierrichtlinien angegeben.</p>
OPS02	Lokalisation	Die zur Prozedur korrespondierende Lokalisation wird mit Hilfe des Schlüssels 16 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V an dieser Stelle angezeigt. Die Übermittlung erfolgt immer gemeinsam mit der Prozedur in der gleichen Datenelementgruppe.
OPS03	Datum OPS	Es ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben. Das Datum ist zwingend anzugeben, sofern eine Angabe im Datenfeld OPS01 enthalten ist.
OPS04	Kennzeichen - Gesonderte Prüfung durch MD gewünscht	An dieser Stelle hat die Krankenkasse durch Übermittlung der Ziffer „1“, korrespondierend zu den gestellten Fragestellungen, die Prozeduren zu markieren, die geprüft werden sollen, mindestens jedoch eine Prozedur. Die markierte Prozedur / die markieren Prozeduren werden in die Prüfanzeige übernommen.

### 6.8 Entlassungsdaten (EKH)

Der Datensatz-EKH enthält Daten über die Entlassung aus der Krankenhausbehandlung.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
EKH01	Datum Krankenhaus-Entlassung	Es ist der Tag der Entlassung oder der externen Verlegung aus der Abteilung anzugeben, in dem der Patient zuletzt gelegen hat. Dieses Datum ist dem Segment ETL zu entnehmen, welches das Krankenhaus über die letzte Segmentgruppe SG1 ETL-NDG der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt hat.
EKH02	Uhrzeit Krankenhaus-Entlassung	Es ist die zum Feld EKH01 korrespondierende Uhrzeit anzugeben. Diese Uhrzeit ist dem Segment ETL zu entnehmen, welches das Krankenhaus über die letzte Segmentgruppe SG1 ETL-NDG der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt hat.
EKH03	Fachabteilungsschlüssel der entlassenden Abteilung	An dieser Stelle ist der Schlüssel 6 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V von der Fachabteilung einzutragen, in der der Patient zuletzt gelegen hat Dies ist die Fachabteilung der Segmentgruppe SG1 mit dem höchsten Entlassungsdatum und der spätesten Entlassungsurzeit, das mit dem übermittelten Entlassungstag aus dem Feld EKH01 korrespondiert.
EKH04	Zusatzschlüssel Abteilungstyp	Es ist die 3. Stelle des Entgeltschlüssels der für diesen Fall abgerechneten DRG-Fallpauschale entsprechend Schlüssel 4 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben. Für nichtkalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV und für pauschalierte Entgelte nach § 17 d KHG (PEPP) ist der Wert 1 für eine Hauptabteilung oder der Wert 7 für eine teilstationäre Versorgung und für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV der Wert 1 für eine Hauptabteilung anzugeben. Für stationsäquivalente Entgelte ist der Wert 1 für Hauptabteilung anzugeben.
EKH05	Grund der Entlassung/Verlegung	An dieser Stelle ist der Entlassung-/Verlegungsgrund gemäß Schlüssel 5 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen, der mit dem übermittelten Entlassungstag aus dem Feld EKH01 korrespondiert. Der Entlassungsgrund wird mit der letzten Segmentgruppe SG1 ETL-NDG der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
EKH06	Entgeltart	Wenn im Feld EKH07 keine DRG und im Feld EKH15 keine PEPP angegeben wird, ist an dieser Stelle der Entgeltschlüssel gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben. Die Beteiligten haben sich darauf geeinigt, dass auch 85er/86er-Entgelte nach Anlage 3 der FPV sowie tagesbezogene 85er Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV mit einem Aufnahmetag ab 01.04.2014 anzugeben sind.
EKH07	Abgerechnete KH-DRG	An dieser Stelle soll die kalkulierte oder nichtkalkulierte DRG übermittelt werden, die vom Krankenhaus der Krankenkasse über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V in Rechnung gestellt wurde. Bei tagesgleichen Entgelten nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer PEPP-Abrechnung ist das Feld wegzulassen.
EKH08	GKV-DRG	An dieser Stelle kann die Krankenkasse die DRG angeben, die aus ihrer Sicht abzurechnen gewesen wäre. Bei PEPP-Abrechnungen ist das Feld wegzulassen.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
EKH09	Eff. Relativgewicht der KH-DRG	An dieser Stelle ist das effektive Relativgewicht anzugeben, welches vom Krankenhaus mit der DRG unter Berücksichtigung von Abschlägen für Verlegungen oder Unterschreitungen der unteren Grenzverweildauer oder Zuschlägen für Überschreitungen der oberen Grenzverweildauer in Rechnung gestellt wurde. Für nichtkalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV sowie für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer PEPP-Abrechnung ist dieses Feld wegzulassen.
EKH10	Basisfallwert	An dieser Stelle soll der Zahlbasisfallwert übermittelt werden, welcher bei der Berechnung des Rechnungsbetrages von dem behandelnden Krankenhaus herangezogen wurde. Für nichtkalkulierte DRG der Anlage 3 sowie für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer PEPP-Abrechnung ist dieses Feld wegzulassen.
EKH11	Anzahl Beatmungsstunden	An dieser Stelle soll von der Krankenkasse die Anzahl der Beatmungsstunden angezeigt werden, die das Krankenhaus im Segment DAU der Entlassungsanzeige letztmalig im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelte. Nur für DRG-Abrechnung.
EKH12	Tag der Entbindung (1)	Liegt eine Entbindung vor, ist der Tag der Entbindung anzugeben, der über das Segment EBG mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde. Bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht zusätzlich der Tag der weiteren Geburten. Nur für DRG-Abrechnung.
EKH13	Tag der Entbindung (2)	
EKH14	Tage ohne Berechnung (TOB)	Das Feld enthält die Anzahl der Tage eines Falles, die nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung). Die Angabe wird u. a. dazu verwendet, um die Verweildauer zu ermitteln. Die Angabe ist verpflichtend, wenn in ETG07 Tage ohne Behandlung für ein DRG-Entgelt, ein PEPP-Entgelt oder tagesgleiche Pflegesätze angegeben sind. Die TOB von vor- und nachstationären Zeiträumen gehen hier nicht ein.
EKH15	Abgerechnete KH-PEPP	An dieser Stelle soll die kalkulierte oder nichtkalkulierte Katalog-PEPP übermittelt werden, die vom Krankenhaus der Krankenkasse über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V in Rechnung gestellt wurde. Bei tagesgleichen Entgelten nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer DRG-Abrechnung ist das Feld wegzulassen.
EKH16	GKV-PEPP	An dieser Stelle kann die Krankenkasse die Katalog-PEPP angeben, die aus ihrer Sicht abzurechnen gewesen wäre. Bei tagesgleichen Entgelten nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer DRG-Abrechnung ist das Feld wegzulassen.
EKH17	Eff. Bewertungsrelation der KH-PEPP	An dieser Stelle ist die effektive Bewertungsrelation anzugeben, welche vom Krankenhaus mit der PEPP in Rechnung gestellt wurde. Für unbewertete Katalog-PEPP, nichtkalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV sowie für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer DRG-Abrechnung ist dieses Feld wegzulassen.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
EKH18	Basisentgeltwert am Aufnahmetag	An dieser Stelle soll der Zahlbasisentgeltwert übermittelt werden, welcher bei der Berechnung des Rechnungsbetrages von dem behandelnden Krankenhaus herangezogen wurde. Für nichtkalkulierte Katalog-PEPP der Anlagen 1b und 2b sowie bei DRG-Abrechnungen und für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV ist dieses Feld wegzulassen.
EKH19	Basisentgeltwert am Entlassungstag	An dieser Stelle soll ein zweiter Zahlbasisentgeltwert übermittelt werden, welcher bei der Berechnung des Rechnungsbetrages von dem behandelnden Krankenhaus herangezogen wurde, sofern sich dieser während des Aufenthaltes geändert hat. Für nichtkalkulierte Katalog-PEPP der Anlagen 1b und 2b sowie bei DRG-Abrechnungen und für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV ist dieses Feld wegzulassen.
EKH20	Basisentgeltwert am Entlassungstag gültig ab	Es ist anzugeben, ab wann der am Entlassungstag gültige Zahlbasisentgeltwert gültig ist (mehrfache Änderungen werden nicht angegeben).

### 6.9 Verlegungsdaten (LKH)

Der Datensatz-LKH enthält die Daten für die Verlegung. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden. Er muss bei Aufträgen im PEPP-System (AKH01 (Gesetzlicher Geltungsbereich der Abrechnung) = ,01‘) mindestens einmal vorhanden sein und ist für jede im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelte Fachabteilung zu wiederholen. In dem Fall, dass keine Verlegung stattgefunden hat, ist für PEPP-Abrechnungen die entlassende Fachabteilung anzugeben.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
LKH01	Datum Behandlung von	Für die erstmalige Aufnahme in das Krankenhaus ist an dieser Stelle das Aufnahmedatum aus FKH01 anzugeben. Das Feld ist nur im ersten Datensatz LKH zu befüllen.
LKH02	Datum Behandlung bis/Verlegung am	Es ist der Tag anzugeben, an dem der Patient aus der Fachabteilung intern oder extern verlegt oder entlassen wird. Dieses Datum ist dem entsprechenden Segment ETL zu entnehmen, welches das Krankenhaus in der Segmentgruppe SG1 ETL-NDG mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt hat.
LKH03	Fachabteilung	An dieser Stelle ist der Schlüssel 6 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V von der Fachabteilung einzutragen, welcher mit dem übermittelten Entlassungs-/Verlegungstag aus dem Feld LKH02 korrespondiert. Diese Fachabteilung wird mit der Segmentgruppe SG1 ETL-NDG mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
LKH04	Entlassungs-/Verlegungsgrund	An dieser Stelle ist der Verlegungsgrund gemäß Schlüssel 5 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen, der mit dem übermittelten Entlassungs-/Verlegungstag aus dem Feld LKH02 korrespondiert. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund wird mit der Segmentgruppe SG1 ETL-NDG mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
LKH05	Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit	Es ist die Uhrzeit anzugeben, an dem der Patient aus der Fachabteilung intern oder extern verlegt oder entlassen wird. Dieses Datum ist dem entsprechenden Segment ETL zu entnehmen, welches das Krankenhaus in der Segmentgruppe SG1 ETL-NDG mit der Entlassungsanzeige über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt hat.

### 6.10 Entgelte (ETG)

Der Datensatz-ETG enthält Daten über alle Entgelte und ggf. Zuschläge. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
ETG01	Entgeltart	An dieser Stelle sind die Entgeltschlüssel gem. Schlüssel 4 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 (Anhang B) zur Vereinbarung nach § 301 SGB V zu übermitteln, die über das Segment ENT mit dem Rechnungssatz über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurden. Pflegeentgelte werden nicht angegeben.
ETG02	Bezeichnung des Entgelts	An dieser Stelle ist die offizielle Bezeichnung des Entgeltes anzugeben, welche mit dem übermittelten Schlüssel aus ETG01 korrespondiert. Diese Bezeichnung wird nicht im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V übermittelt und ist deshalb aus dem Bestandssystem der Krankenkasse zu entnehmen.
ETG03	Entgeltbetrag	An dieser Stelle ist der Einzelbetrag des Entgeltes anzugeben, welcher mit dem übermittelten Schlüssel aus ETG01 korrespondiert. Dieser Betrag wird je Entgeltschlüssel über das Segment ENT mit dem Rechnungssatz über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt. Ggf. wurde dieser Betrag kaufmännisch auf zwei Dezimalstellen gerundet. Bei 85er-Entgelten nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der FPV ist der vereinbarte Tagessatz anzugeben.
ETG04	Entgelt Abrechnung von	An dieser Stelle soll der Tag eingetragen werden, mit dem der Abrechnungszeitraum für das in ETG01 übermittelte Entgelt beginnt. Dieser Tag wird je Entgeltschlüssel über das Segment ENT mit dem Rechnungssatz über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
ETG05	Entgelt Abrechnung bis	An dieser Stelle soll der Tag eingetragen werden, mit dem der Abrechnungszeitraum für das in ETG01 übermittelte Entgelt endet. Dieser Tag wird je Entgeltschlüssel über das Segment ENT mit dem Rechnungssatz über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
ETG06	Anzahl des Entgeltschlüssels	An dieser Stelle ist die für die Rechnungsstellung maßgebliche Entgeltanzahl (Anzahl Berechnungstage oder Leistungen) für den in ETG01 übermittelten Entgeltschlüssel anzugeben. Diese Anzahl wird je Entgeltschlüssel über das Segment ENT mit dem Rechnungssatz über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
ETG07	Tage ohne Berechnung/Behandlung	Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die, für den in ETG01 übermittelten Entgeltschlüssel, nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung). Falls für ein Entgelt in der Abrechnung Tage ohne Berechnung angegeben wurden, sind sie hier anzugeben. Siehe auch EKH14.
ETG08	Kennzeichen - Gesonderte Prüfung durch MD gewünscht	An dieser Stelle hat die Krankenkasse durch Übermittlung der Ziffer „1“, korrespondierend zu den gestellten Fragestellungen, die Entgeltschlüssel zu markieren, die vom MD geprüft werden sollen, mindestens jedoch einen Entgeltschlüssel. Beispielsweise sind bei der Frage zu Zusatzentgelten und ET (Schlüssel C Nr. 18 bzw. 56 und 57) die Zusatzentgelte bzw. ET mit einem Kennzeichen zu versehen, die vom MD geprüft werden sollen. Das markierte Entgelt wird / die markierten Entgelte werden in die Prüfanzeige übernommen.

### 6.11 Aktenzeichen anderer Begutachtungsfall (AAB)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 12.

### 6.12 Standorte (STA)

Der Datensatz-STA enthält Daten über die behandelnden Standorte. Dieser Datensatz wird für jeden behandelnden Standort übermittelt.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
STA01	Standortnummer	An dieser Stelle sind die Standortnummern aus den STA-Segmenten des Rechnungssatzes aus dem § 301-Verfahren anzugeben.
STA02	Standort Ende	An dieser Stelle sind die Tage des letzten Aufenthaltes in dem Standort aus den STA-Segmenten des Rechnungssatzes aus dem § 301-Verfahren anzugeben.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
STA03	Standort Ende Uhrzeit	An dieser Stelle sind die Uhrzeiten, an denen der Standort verlassen wurde, aus den STA-Segmenten des Rechungsatzes aus dem § 301-Verfahren anzugeben..



## **7 Stammdaten gutachtliche Stellungnahme MD**

### **7.1 Stammdaten Krankenkasse (ASK)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 6.

### **7.2 Stammdaten Versicherter (ASV)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 8.

### **7.3 Stammdaten MD (GSM)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 7.

### **7.4 Stammdaten Dokument (DOK)**

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 5.

## 8 Geschäftsvorfall Begutachtung Krankenhaus

### 8.1 Gutachtliche Stellungnahme Krankenhaus (GKH)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GKH01	Gesetzlicher Geltungsbereich der Abrechnung	Schlüssel A aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GKH02	Fall-ID KH (Aufnahme-Nr.)	Bei Übermittlung der Fall-ID KH bei der Beauftragung über AKH02 ist der MD verpflichtet, diese Fall-ID KH identisch an die Krankenkasse als Identifikationsmerkmal über dieses Feld zurückzusenden.
GKH03	Erledigungsart	Schlüssel F aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Schlüsselausprägung „06“ ist zwingend anzugeben, wenn GKH08 gefüllt wird.
GKH04	Anzahl der Anlagen	An dieser Stelle ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 9 anzugeben.
GKH05	Anzahl der Anlagen per Postweg	An dieser Stelle ist die Anzahl der Anlagen von 0 bis 9 anzugeben, die parallel zu der elektronischen Übermittlung eines Falls per Postweg (Papier) übersendet werden.
GKH06	Erläuterung Anlagen per Postweg	An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Anlagen per Post versendet wurden.
GKH07	Auswahl zur Begutachtung	Schlüssel M aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Der MD kann hier bei einer SFB mit Angabe von ‚1‘ vorschlagen, dass die Beauftragung eines Gutachtens angeraten wird.
GKH08	Rückgabe ohne Auftrags-erledigung	Schlüssel N aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Hierbei handelt es sich um Aufträge, die aus bestimmten Gründen nicht erledigt an die Krankenkasse zurück geschickt werden. Bei Eintrag der Schlüsselausprägung „1“ liegt eine schriftliche oder mündliche Stornierung durch die Krankenkasse vor.
GKH09	Erläuterung Rückgabegrund	Die Rückgabe ohne Auftrags-erledigung kann hier mit einem Freitext beschrieben werden.
GKH10	Berechtigung des MD zur Ergänzung der Fragestellung	Spiegelung aus der Beauftragung – AKH 13 –
GKH11	Berechtigung des MD zum Wechsel der Auftragsart	Spiegelung aus der Beauftragung – AKH 14 –
GKH12	Art der Begutachtung	Schlüssel S aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Der MD erklärt hier, ob eine Begehung oder eine Begutachtung nach Aktenlage erfolgte.
GKH13	Datum der Unterlagenanforderung	Für die Ausprägungen ‚9‘ und ‚10‘ des Schlüssels N in GKH08 ist hier das Datum der Unterlagenanforderung anzugeben

## 8.2 Antwort (GRK)

Der Datensatz-GRK enthält Antworten bzw. zusätzliche Erläuterungen in Freitext auf die Fragestellungen der Krankenkasse. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GRK01	Antwort zur Fragestellung	In dieses Feld sind in jedem Fall die Schlüssel einzutragen, die zuvor von der Krankenkasse über das Feld RKH01 an den MD übermittelt wurden. Darüber hinaus können auch Fragen beantwortet werden, die nicht über das RKH01 übermittelt wurden. Der Eintrag muss dem Schlüssel A gem. Anhang 1 zugeordnet werden können. Für Fragestellungen im PEPP-Entgeltbereich sind auch für die MD Ergänzungen die Fragestellungen 41 bis 98 und im DRG-Bereich die Fragestellungen 01 bis 39 und 99 zu verwenden.
GRK02	Antwortzeichen auf gestellte Fragestellungen	Schlüssel H <sup>1</sup> im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes.
GRK03	Begründung der Antwort	Dieses Feld bietet die Gelegenheit, die im GRK01 ausgewiesene „Antwort zur Fragestellung“ in Freitextform oder mit Hilfe des Schlüssels L „vordefinierte Antwortschlüssel“ zu erläutern. Erfolgt eine Erläuterung mit Hilfe des Schlüssels L, ist dieser zu Beginn zu übermitteln. Der Freitext kann im Anschluss daran mit Semikolon getrennt übermittelt werden.

## 8.3 Falldaten MD (GFK)

Der Datensatz-GFK enthält die Falldaten des MD über den Krankenhausaufenthalt.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GFK01	Aufnahmegrund	An dieser Stelle ist der vom MD festgestellte Aufnahmegrund entsprechend Schlüssel 1 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen.
GFK02	Aufnahmearbeit	Schlüssel K aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GFK03	Voraussichtliches Entlassungsdatum	An dieser Stelle ist das vom MD ermittelte voraussichtliche Entlassungsdatum einzutragen, falls sich der Patient noch in stationärer Behandlung befindet. Ist der Patient bereits entlassen, ist das tatsächliche Entlassungsdatum einzutragen.
GFK04	Aufnahmegewicht in Gramm	Bei Aufnahme von Kleinkindern (eigener Behandlungsfall) mit einem Aufnahmealter bis zu einem Jahr kann das Aufnahmegewicht in Gramm angegeben werden, das vom MD ggf. abweichend oder ergänzend festgestellt wurde.
GFK05	ICD-Version	Schlüssel I aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
GFK06	OPS-Version	Schlüssel J aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.

### 8.4 Diagnosen MD (GDI)

Der Datensatz-GDI enthält die Ergebnisse der Prüfung der Diagnosen. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GDI01	Diagnosetyp	Schlüssel E aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GDI02	ICD	An dieser Stelle sind die Diagnosen anzugeben, die bei der Beauftragung über den Feldnamen DIA02 übermittelt wurden.
GDI03	Lokalisation	An dieser Stelle ist die Lokalisation anzugeben, die mit der im gleichen Datensatz korrespondierenden Diagnose mit dem Feld DIA03 übermittelt wurde.
GDI04	ICD MD	An dieser Stelle ist die Diagnose anzugeben, die durch den MD festgestellt wurde. Diese kann von der Diagnose abweichen, die über das Feld GDI02 übermittelt wird. Diese Diagnose wurde wie die übermittelte oder anstatt der übermittelten Diagnose vom MD festgestellt.
GDI05	Lokalisation MD	An dieser Stelle ist die Lokalisation anzugeben, die mit der vom MD festgestellten Diagnose GDI04 korrespondiert.
GDI06	Antwort MD	Schlüssel H <sup>1</sup> aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GDI07	Erläuterungen MD	An dieser Stelle kann die vom MD festgestellte Diagnose (GDI04) schriftlich in Freitextform erläutert werden.

### 8.5 Prozeduren MD (GOP)

Der Datensatz-GOP enthält die Ergebnisse der Prüfung der Prozeduren. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GOP01	OPS	An dieser Stelle sind die Prozeduren anzugeben, die bei der Beauftragung über den Feldnamen OPS01 übermittelt wurden.
GOP02	Lokalisation	An dieser Stelle ist die Lokalisation anzugeben, die mit der im gleichen Datensatz korrespondierenden Prozedur mit dem Feld OPS01 übermittelt wurde.
GOP03	Datum OPS	An dieser Stelle ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben, die bei der Beauftragung für die korrespondierende Operation aus dem Feld OPS01 angegeben wurde.
GOP04	OPS MD	An dieser Stelle ist die Prozedur anzugeben, die durch den MD festgestellt wurde. Diese kann von der Prozedur abweichen, die über das Feld GOP01 übermittelt wird.
GOP05	Lokalisation MD	An dieser Stelle ist die Lokalisation anzugeben, die mit der vom MD festgestellten Prozedur GOP04 korrespondiert.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GOP06	Datum OPS MD	An dieser Stelle ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur anzugeben, das für die korrespondierende Operation bzw. Prozedur aus dem Feld GOP04 vom MD festgestellt wurde.
GOP07	Antwort MD	Schlüssel H <sup>1</sup> aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GOP08	Erläuterungen MD	An dieser Stelle kann die vom MD festgestellte Operation bzw. Prozedur (GOP04) schriftlich erläutert werden.

### 8.6 Entlassungsdaten MD (GEK)

Der Datensatz-GEK enthält die Ergebnisse der Prüfung der Entlassungsdaten aus der Krankenhausbehandlung.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GEK01	Zusatzschlüssel Abteilungstyp MD	Es ist die vom MD festgestellte 3. Stelle des Entgeltschlüssels der für diesen Fall abgerechneten DRG-Fallpauschale entsprechend Schlüssel 4 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben. Für nicht-kalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV sowie für pauschalierte Entgelte nach § 17 d KHG (PEPP) ist der Wert 1 für eine Hauptabteilung oder der Wert 7 für eine teilstationäre Versorgung und für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV der Wert 1 für eine Hauptabteilung anzugeben.
GEK02	Grund der Entlassung/ Verlegung MD	An dieser Stelle ist der vom MD festgestellte Entlassungs-/Verlegungsgrund gem. Schlüssel 5 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen.
GEK03	DRG MD	An dieser Stelle ist die vom MD festgestellte DRG anzugeben. Für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV und bei PEPP-Abrechnungen ist dieses Feld wegzulassen.
GEK04	Eff. Relativgewicht der DRG MD	An dieser Stelle ist das vom MD festgestellte effektive Relativgewicht anzuzeigen, welches mit der festgestellten DRG aus dem Feld GEK03 korrespondiert. Dazu sollen nur die reinen Relativgewichte herangezogen werden. Zusatzschlüssel, wie Systemzuschlag, fließen an dieser Stelle nicht ein. Für nicht-kalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV sowie für tagesbezogene 85er Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer PEPP-Abrechnung ist dieses Feld wegzulassen.
GEK05	Anzahl Beatmungsstunden	An dieser Stelle ist die Anzahl der vom MD festgestellten Beatmungsstunden anzuzeigen, die sich auf die festgestellte DRG im Feld GEK03 beziehen. Nur für DRG-Abrechnung.
GEK06	Tag der Entbindung (1) MD	Es wird der vom MD festgestellte Tag (bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht: die Tage) der Entbindung angegeben. Nur für DRG-Abrechnung.
GEK07	Tag der Entbindung (2) MD	

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
GEK08	Tage ohne Berechnung MD	Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die lt. MD Prüfung nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung, Fehlbelegungstage). Die Angabe wird u. a. benötigt, um die Verweildauer zu ermitteln.
GEK09	PEPP MD	An dieser Stelle ist die vom MD festgestellte Katalog-PEPP anzugeben. Für nichtkalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV sowie für tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV und bei DRG-Abrechnungen ist dieses Feld wegzulassen.
GEK10	Eff. Bewertungsrelation der PEPP MD	An dieser Stelle ist die vom MD festgestellte effektive Bewertungsrelation anzuzeigen, welche mit der festgestellten PEPP aus dem Feld GEK09 korrespondiert. Für unbewertete Katalog-PEPP, nichtkalkulierte DRG der Anlage 3 der FPV sowie für tagesbezogene 85er Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV oder einer DRG-Abrechnung ist dieses Feld wegzulassen.

### 8.7 Entgelte MD (GEG)

Der Datensatz-GEG enthält die Ergebnisse der Prüfung der Entgelte und ggf. Zuschläge. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
GEG01	Entgeltart	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG01 –
GEG02	Entgeltbetrag	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG03 –
GEG03	Entgelt Abrechnung von	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG04 –
GEG04	Entgelt Abrechnung bis	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG05 –
GEG05	Anzahl des Entgelt-schlüssels	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG06 –
GEG06	Tage ohne Berechnung/Behandlung	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG07 –
GEG07	Entgeltart MD	Vom MD festgestellter Schlüssel 4 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 (Anhang B) zur Vereinbarung nach § 301 SGB V, der abweichend oder übereinstimmend mit GEG01 sein kann. Dieses Feld ist wegzulassen, wenn es sich um tagesbezogene 85er-Entgelte nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der FPV handelt.
GEG08	Entgeltbetrag MD	An dieser Stelle ist der vom MD ermittelte abzurechnende Einzelbetrag für das in GEG07 übermittelte Entgelt einzutragen. Bei Übermittlung eines tagesbezogenen 85er-Entgeltes oder einer abweichenden, nichtkalkulierten DRG der Anlage 3 der FPV ist das Feld wegzulassen.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
GEG09	Entgelt Abrechnung von MD	An dieser Stelle ist der Beginn der Behandlung einzutragen, auf welches sich das im Feld GEG07 festgestellte Entgelt bezieht.
GEG10	Entgelt Abrechnung bis MD	An dieser Stelle ist das Ende der Behandlung einzutragen, auf welches sich das im Feld GEG07 festgestellte Entgelt bezieht.
GEG11	Anzahl des Entgeltschlüssels MD	An dieser Stelle ist die Anzahl des lt. MD Prüfung festgestellten Entgelts aus GEG07 anzugeben. Dieses Feld ist zu füllen, wenn das Feld GEG07 gefüllt ist.
GEG12	Tage ohne Berechnung/Behandlung MD	Das Feld enthält die vom MD festgestellte Anzahl der Tage, die, für den in GEG07 übermittelten Entgeltschlüssel, nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung, Fehlbelegungstage). Die Angabe wird u. a. benötigt, um die Verweildauer zu ermitteln.
GEG13	Antwort MD	Schlüssel H <sup>1</sup> aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GEG14	Erläuterungen MD	Der MD hat an dieser Stelle die Gelegenheit, seine Ergebnisse in Freitextform zu erläutern.

### 8.8 Aktenzeichen anderer Begutachtungsfall (AAB)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.0 Build 3 Kapitel 12.

### 8.9 Angeforderte/gelieferte Unterlagen (AGU)

Der Datensatz-AGU enthält eine Auflistung der vom MD angeforderten Unterlagen und die Information, ob und wann diese vom Krankenhaus geliefert wurden, ob sie ggf. unvollständig/fehlerhaft oder nicht geliefert wurden sowie ob nicht angeforderte, aber vom Krankenhaus zusätzlich übermittelte Unterlagen vorliegen. Die Anwendung des Segmentes durch den MD ist optional, bis die IHE-Klassifikation von MD und KH verbindlich angewandt wird. Dieser Datensatz kann bis zu 99 Mal übermittelt werden. Bis zur verbindlichen Anwendung der IHE-Klassifikation durch die KH kann bei Bedarf im Rahmen einer SFB mit der DTA-Frage 96 oder 97 bei einer negativen Stellungnahme (Rechnungsänderung) dieses Segment geliefert werden.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
AGU01	Unterlagen Bezeichnung	Die Bezeichnung der Unterlage wird im Klartext („Title“ nach Anhang 1 zur Anlage 1 zur eVV) angegeben.
AGU02	Datum der Anforderung	Sofern es sich um eine durch den MD angeforderte Unterlage handelt, ist hier das Datum der Anforderung beim Krankenhaus zu hinterlegen.
AGU03	Bereitstellung	Schlüssel U aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
AGU04	Dokumententyp nach eVV	Schlüssel eventCodeList gemäß Tabelle 2 Anhang 1 zur Anlage 1 der eVV.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
AGU05	Datum der Bereitstellung	Sofern die Unterlage vom Krankenhaus geliefert wurde, wird in diesem Feld das Datum der Bereitstellung erfasst.
AGU06	Hashwert lt. MD-Portal	Sofern die Unterlage vom Krankenhaus unverschlüsselt im MD-Portal bereitgestellt wurde, wird hier der 32stellige, hexadezimale MD5-Hashwert aus dem MD-Portal übertragen. Sofern die Bereitstellung verschlüsselt erfolgt ist, wird der MD5-Hashwert erst nach der Entschlüsselung in einem nachgelagerten Verfahren ermittelt und dann übertragen. Die Ermittlung des Hashwertes erfolgt demnach immer gegen die nicht komprimierten, unverschlüsselten Originaldokumente.
AGU07	Anmerkungen	Der MD kann in diesem Feld weitere Erläuterungen zu der jeweiligen Unterlage in Freitextform ergänzen, bspw. wieso eine Unterlage als „unvollständig“ oder „fehlerhaft“ eingestuft wurde.

## 9 Stammdaten Stornierungsmeldung

### 9.1 Stammdaten Krankenkasse (ASK)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 6.

### 9.2 Stammdaten Versicherter (ASV)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 8.



## 10 Geschäftsvorfall Stornierungsmeldung

### 10.1 Stornierung (AST)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
AST01	Auftragsart	Schlüssel B aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Bei der Stornierungsmeldung dürfen nur die Ausprägungen ,08' und ,09' verwendet werden.
AST02	Aktenzeichen der Krankenkasse	Es ist das Aktenzeichen aus dem Datenfeld ASK08 der zu stornierenden Beauftragung verpflichtend anzugeben.
AST03	Erläuterungen	An dieser Stelle kann die Stornierung schriftlich in Freitextform erläutert werden.

## 11 Stammdaten Zwischennachricht

### 11.1 Stammdaten Krankenkasse (ASK)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 6.

### 11.2 Stammdaten Versicherter (ASV)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 9.

### 11.3 Stammdaten MD (GSM)

Siehe „Verfahrensübergreifende Befüllungshinweise“ Version 2.2 Kapitel 7.

## 12 Geschäftsvorfall Zwischennachricht

### 12.1 Prüfauftragsdatum (GZN)

Der Datensatz-GZN enthält das Datum der Prüfanzeige. Der Datensatz wird zeitgleich mit dem Versand der Prüfanzeige ans Krankenhaus an die beauftragende Krankenkasse übermittelt. Eine Prüfanzeige ist nur bei einem Erstauftrag erforderlich. Das Datenfeld „GZN04“ wird nur bei einer Erweiterung des Prüfanlasses gefüllt. Mindestens eines der Felder „GZN03“ und „GZN04“ muss gefüllt sein. Die originale Prüfanzeige ist der Zwischennachricht als pdf\_Anlage beizufügen.

Da eine Erweiterung des Prüfanlasses häufig direkt bei der Gutachtenerstellung erfolgt, kann die Zwischennachricht aus technischen Gründen mit bis zu einem Tag Verzögerung nach dem Gutachten bei der Krankenkasse eingehen. Werden mit der Erweiterung des Prüfanlasses weitere Unterlagen im Krankenhaus angefordert, ist die Zwischenanzeige sofort an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Prüfanzeige mit dem erweiterten Prüfgegenstand/Prüfgegenständen mit und ohne zusätzliche Unterlagenanforderung ist noch im laufenden Begutachtungsverfahren zu erstellen und nicht erst bei der Gutachtenerstellung (Vgl. §7 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV 2022).

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GZN01	Erledigungsart	Schlüssel F aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1; die Schlüsselausprägung korrespondiert mit der Angabe in AKH06 in der Beauftragung.
GZN02	Aktenzeichen der Krankenkasse	Es ist das Aktenzeichen aus dem Datenfeld ASK08 der Beauftragung anzugeben.
GZN03	Datum der Prüfanzeige	Das Datenfeld enthält das Datum, an dem die Prüfanzeige an das Krankenhaus übermittelt wurde.
GZN04	Datum Erweiterung des Prüfanlasses	Das Datenfeld enthält das Datum, an dem die Erweiterung des Prüfanlasses an das Krankenhaus übermittelt wurde.
GZN05	Datum der Beauftragung	Das Datenfeld enthält das Sendedatum (Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes über die näheren Einzelheiten zur bundeseinheitlichen quartalsbezogenen Auswertung gemäß § 275c Absatz 4 SGB V), an dem der MD von der Krankenkasse beauftragt wurde.

### 12.2 Prüfgegenstand (PGS)

Der Datensatz-PGS enthält die dem Krankenhaus vom MD angezeigten Prüfgegenstände nach der PrüfvV. Dieser Datensatz kann bis zu 5 Mal übermittelt werden. Wurde dem Krankenhaus in einer Begutachtung ausserhalb der PrüfvV kein Prüfgegenstand genannt, entfällt der Datensatz.

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
PGS01	Prüfgegenstand	Schlüssel R im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes. Die Schlüsselbezeichnung dieses Datenfeldes ist zwingend in die Prüfanzeige des MD zu übernehmen.

### 12.3 Neuer Prüfanlass (RKH)

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
RKH01	Fragestellung	Schlüssel C im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes. Bei gezielter Prüfung von 85er/86er-Entgelten nach § 7 Abs.1 Nr. 1 bis 3 ist die Angabe der Fragestellung 17 verpflichtend, weitere Fragestellungen sind möglich. Ist die Prüfung der 85er/86er-Entgelte nicht gezielter Prüfgegenstand, ist die Fragestellung 17 nicht anzugeben. Fragestellungen 01 bis 39 sowie 99 sind für Prüfungen im DRG-Bereich zu verwenden. Für Fragestellungen im PEPP-Entgeltbereich sind die Fragestellungen 41 bis 98 zu verwenden.
RKH02	Begründung der Fragestellung	Dieses Feld bietet die Gelegenheit, die im RKH01 ausgewiesene Fragestellung in Freitextform zu erläutern. Dazu können auch Angaben zu Nebendiagnosen, Prozeduren, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten, die vom MD im speziellen geprüft bzw. erläutert werden. Die Angaben in diesem Datenfeld sind von den MD unverändert aus der Prüfanzeige an das Krankenhaus entnommen.
RKH03	Interne Begründung der Fragestellung	Dieses Feld bietet die Gelegenheit, die im RKH01 ausgewiesene Fragestellung in Freitextform ergänzend für die Krankenkassen zu erläutern. Die Angaben in diesem Datenfeld sind nicht in der Prüfanzeige an das Krankenhaus enthalten.

## 13 Geschäftsvorfall Zwischennachricht Anfrage Erweiterung des Prüfgegenstandes

Der Datensatz ZEP enthält die Anfrage des MD an die Krankenkasse auf Berechtigung zur Prüferweiterung. In diesem Fall sind die Segmente ZEP, PGS und RKH zwingend zu übermitteln.

### 13.1 Anfrage zur Erweiterung des Prüfgegenstandes (ZEP)

<b>Feld-name</b>	<b>Feld-bezeichnung</b>	<b>Befüllungshinweis</b>
ZEP01	Aktenzeichen der Krankenkasse	Es ist das Aktenzeichen aus dem Datenfeld ASK08 der Beauftragung anzugeben.
ZEP02	Datum der Anfrage zur Erweiterung des Prüfgegenstandes	Das Datenfeld wird vom MD mit dem Datum der Anfrage zur Erweiterung des Prüfgegenstandes an die beauftragende Krankenkasse befüllt.

### 13.2 Neuer Prüfgegenstand (PGS)

Der Datensatz-PGS ist ein Muss-Segment und enthält die neuen Prüfgegenstände, um die der MD den Prüfauftrag erweitern möchte. Kann bis zu 5 Mal übermittelt werden.

Siehe Kapitel 12.2.

### 13.3 Neuer Prüfanlass (RKH)

Der Datensatz-RKH ist ein Muss-Segment und enthält die neuen Fragestellungen des MD zum beauftragten Fall und kann bis zu 99 Mal übermittelt werden.

Siehe Kapitel 12.3.

## 14 Geschäftsvorfall Zwischennachricht Antwort Erweiterung des Prüfgegenstandes

Der Datensatz ZAP enthält die Antwort der Krankenkasse an den MD auf die Anfrage zur Prüferweiterung und kann nur einmal übermittelt werden.

Dieser Geschäftsvorfall kann nur als Antwort auf einen Geschäftsvorfall „Zwischennachricht Anfrage Erweiterung des Prüfgegenstandes“ (ZEP) geschickt werden und muss innerhalb von 7 Kalendertagen übermittelt werden. Sollte keine Antwort innerhalb dieser Frist beim MD eingehen, erfolgt keine Prüferweiterung.

### 14.1 Antwort zur Erweiterung des Prüfgegenstandes (ZAP)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
ZAP01	Aktenzeichen der Krankenkasse	Es ist das Aktenzeichen aus dem Datenfeld ASK08 der Beauftragung anzugeben.
ZAP02	Datum der Antwort der Krankenkasse zur Erweiterung des Prüfgegenstandes	Das Datenfeld wird von der Krankenkasse mit dem Datum der Zustimmung zur Erweiterung des Prüfgegenstandes an den MD befüllt.
ZAP03	Antwort Erweiterung Prüfgegenstand	Schlüssel T im Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1 dieses Dokumentes

## 15 Anmerkungen

<sup>1</sup> Verwendung von Schlüssel H:

- (0) nicht bestätigt:** Dieses Antwortzeichen ist zu melden, wenn der geprüfte Inhalt (Fragestellung, Entgelt, ICD, OPS) seitens des MD's abgelehnt bzw. gestrichen wird. Bei den Fragen zur korrekten Kodierung bzw. Abrechnung führt die Änderung bzw. Nichtbestätigung einer Diagnose oder Prozedur etc. dazu, dass die gesamte Kodierung nicht korrekt ist. Wird ein Entgelt, ICD oder OPS vom MD ergänzt, weil das Krankenhaus ihn nicht gemeldet hat, aber aus den Unterlagen hervorgeht, ist der Schlüssel "nicht bestätigt" zu verwenden.
- (1) bestätigt:** Dieses Antwortzeichen ist zu melden, wenn der geprüfte Inhalt (Fragestellung, Entgelt, ICD, OPS) seitens des MD ohne Änderung genehmigt bzw. bestätigt wird.
- (2) andere Antwort:** Dieses Antwortzeichen darf nur bei Antworten zu Fragenstellungen verwendet werden, wenn keine eindeutige Antwort "bestätigt" oder "nicht bestätigt" möglich ist.
- (9) keine Antwort:** Dieses Antwortzeichen ist zu melden, wenn kein Prüfauftrag vorliegt (wenn z.B. nur bestimmte Entgelte, ICD oder OPS geprüft werden sollen, wird der Rest mit "keine Antwort" gekennzeichnet).