Elektronischer Datenaustausch zwischen Krankenkassen (GKV) und Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) im Bereich Krankenhaus

Anhang 2

Befüllungshinweise zum Dokument

Anlage 1 Datendefinition

Version 1.4
Build 1

zur TA-Version 1.7

Stand: 25. Juli 2014

gültig ab 01.07.2015

Dokument des

fachlichen Arbeitskreises
DA GKV/MDK

Inhaltsverzeichnis

1. Änderungshistorie *3*
2. Einleitung *5*
3. Beschreibung der Spaltenköpfe der nachfolgenden Tabellen *5*
4. Verfahrenskennzeichen (Header) *5*
5. Stammdaten Beauftragung *6*
5.1. Auftrag Stammdaten Krankenkasse (ASK) **6**
5.2. Auftrag Stammdaten Versicherter (ASV) **8**
5.3. Datenbaustein SKH (Stammdaten Krankenhaus) **9**
6. Geschäftsvorfall Beauftragung gutachtliche Stellungnahme Krankenhaus *10*
6.1. Auftrag gutachtliche Stellungnahme Krankenhaus (AKH) **10**
6.2. Begründung der Fragestellung (RKH) **11**
6.3. Falldaten (FKH) **12**
6.4. Verlängerungsanzeige (VKH) **14**
6.5. Diagnosen (DIA) **15**
6.6. Prozeduren (OPS) **16**
6.7. Entlassungsdaten (EKH) **17**
6.8. Verlegungsdaten (LKH) **18**
6.9. Entgelte (ETG) **20**
7. Stammdaten gutachtliche Stellungnahme MDK *21*
7.1. Datenbaustein GSK (Stammdaten Krankenkasse) **21**
7.2. Datenbaustein GSV (Stammdaten Versicherter) **22**
7.3. Datenbaustein GSM (Stammdaten MDK) **23**
8. Geschäftsvorfall Begutachtung Krankenhaus *24*
8.1. Gutachtliche Stellungnahme Krankenhaus (GKH) **24**
8.2. Antwort (GRK) **25**
8.3. Falldaten MDK (GFK) **25**
8.4. Diagnosen MDK (GDI) **26**
8.5. Prozeduren MDK (GOP) **26**
8.6. Entlassungsdaten MDK (GEK) **27**
8.7. Entgelte MDK (GEG) **28**
9. Anmerkungen *29*

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 Elßner (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 Elßner (vdek)	23.06.2014	

2. Einleitung

Dieses Dokument soll einen detaillierten Einblick darüber verschaffen, mit welchen Inhalten die Felder der Datensatzgruppe nach Anlage 1 zu füllen sind. Dabei ist insbesondere auf die Datenquellen des § 301 SGB V zu verweisen, wo die überwiegende Anzahl der Feldinhalte ihren Ursprung haben.

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)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
VKZ01	IK des Absenders	An dieser Stelle ist das gültige IK anzugeben, welches dem Absender zugehörig und den Teilnehmern als Kommunikationsmerkmal über die sog. „Kostenträgerdatei“ mitgeteilt worden ist. Bei Übersendung der gutachtlichen Stellungnahme einschließlich der Rückgabe ohne Gutachten ist das IK des ursprünglichen Empfängers bei der Beauftragung (VKZ02) einzutragen.
VKZ02	IK des Empfängers	An dieser Stelle ist das gültige IK des gewünschten Empfängers anzugeben. Dazu zählen die beteiligten Krankenkassen, deren Dienstleister und MDK. Die Zuordnung des MDK erfolgt automatisch über die vom MDS bereitgestellte Zuordnungstabelle, wenn die Krankenkasse keinen MDK ausgewählt hat. Bei Übersendung der gutachtlichen Stellungsnahme einschließlich der Rückgabe ohne Gutachten ist das IK des ursprünglichen Absenders bei der Beauftragung (VKZ01) einzutragen.
VKZ03	Erstellungsdatum	Aktuelles Systemdatum
VKZ04	Erstellungszeit	Aktuelle Systemzeit
VKZ05	Dateinummer	Die Vergabe der Dateinummer erfolgt wie in der Anlage 2 zur FVB im Abschnitt „Abwicklung der Datenübermittlung“ beschrieben ohne führende Nullen.
VKZ06	Verfahrenskennzeichen	An dieser Stelle muss ein gültiges Verfahrenskennzeichen, in diesem Fall für den Bereich Krankenhaus, gemäß Abschnitt „Festlegung der Verfahrenskennungen“ der Anlage 2 (Technische Anlage) übermittelt werden.
VKZ07	TA_Version	Schlüssel V aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1

5. Stammdaten Beauftragung

5.1. Auftrag Stammdaten Krankenkasse (ASK)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
ASK01	IK der Krankenkasse	Es muss sich um ein gültiges IK der beauftragenden Krankenkasse handeln. Idealerweise handelt es sich hierbei um das IK der Krankenkasse, welches für den zu beauftragenden Fall im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V verwendet wird bzw. wurde.
ASK02	Nr. der Nebenstelle	Diese Nummer ist von der Krankenkasse so zu vergeben, wie sie bei Rücksendung durch den MDK von ihr organisatorisch verwendet werden soll. Bei der Rücksendung des Falls durch den MDK wird genau diese Nummer gespiegelt übersendet.
ASK03	Name der Krankenkasse	In dieses Feld soll der Name der Krankenkasse eingetragen werden, die den Auftrag zur Begutachtung bzw. SFB erteilt.
ASK04	Name der Nebenstelle/Betreuungsstelle	In dieses Feld soll die Bezeichnung der Nebenstelle bzw. Betreuungsstelle eingetragen werden. Dabei handelt es sich um die Organisationseinheit, die für die Beauftragung des MDK innerhalb der Krankenkasse zuständig ist, z.B. ein speziell eingerichtetes Zentrum für Krankenhausfallmanagement.
ASK05	Straße/Hausnummer	In diese Felder soll die genaue Adresse der zuvor in ASK04 übermittelten Nebenstelle/Betreuungsstelle eingetragen werden.
ASK06	Postleitzahl	
ASK07	Ort	
ASK08	Aktenzeichen	Das hier zu übermittelnde Aktenzeichen soll der Krankenkasse im weiteren Verlauf, insbesondere bei der Zusendung der Stellungsnahme bzw. des Gutachtens durch den MDK, ermöglichen, den zu prüfenden Fall intern zuzuordnen. Das Aktenzeichen ist dem entsprechend von der Krankenkasse frei zu vergeben. Bei der Rücksendung des Falls durch den MDK wird genau diese Nummer gespiegelt übersendet.
ASK09	Sachbearbeiter/ORG-Einheit	In dieses Feld soll der Name des Sachbearbeiters bzw. Ansprechpartners oder die Bezeichnung der ORG-Einheit eingetragen werden. Dabei handelt es sich um die Organisationseinheit, die als Ansprechpartner für den MDK innerhalb der Krankenkasse zuständig ist.
ASK10	Telefon Sachbearbeiter/ ORG-Einheit	In diese Felder sollen die Kontaktdaten zu einem Sachbearbeiter eingetragen werden, der innerhalb der Krankenkasse als Ansprechpartner für den beauftragten MDK zuständig ist.
ASK11	Telefax Sachbearbeiter/ ORG-Einheit	
ASK12	Empfänger E-Mail-Adresse	

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
ASK13	Fall-Nummer der Krankenkasse	Die Fall-Nummer der Krankenkasse dient der Krankenkasse zur internen Zuordnung des Behandlungsfalles. Sie wird dem Krankenhaus von der Krankenkasse mit dem Kostenübernahmesatz im Verfahren nach § 301 SGB V übermittelt. Deshalb ist an dieser Stelle genau die Fall-ID zu übermitteln, die auch im Verfahren nach § 301 SGB V mit dem Segment INV übermittelt wurde. Sie dient dem MDK zur Identifikation des Falls im Krankenhaus. Die Fall-Nummer der Krankenkasse ist bei der Ergebnisübermittlung vom MDK als Identifikationsmerkmal an die Krankenkasse in jedem Fall zurückzusenden, wenn sie durch die Krankenkasse bei der Beauftragung übermittelt wird.
ASK14	Ansprechpartner Anrede	Hier ist die Anrede des unter ASK09 benannten Sachbearbeiters in Freitextform anzugeben, z.B. Herr, Frau.
ASK15	Berechtigung des MDK zur Ergänzung der Fragestellung	Über dieses Feld berechtigt die Krankenkasse bei der Auftragserteilung den MDK, Fragen zu beantworten, die nicht über den Auftrag – Segment RKH – gestellt worden sind. Schlüssel O aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
ASK16	Berechtigung des MDK zum Wechsel der Auftragsart	Über dieses Feld berechtigt die Krankenkasse bei der Auftragserteilung den MDK, 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 MDK umgewandelten Auftrags an die Krankenkasse zurückgesendet werden.
ASK17	SFB-Standort, Name	In dieses Feld soll die Bezeichnung der Institution bzw. Organisationseinheit übermittelt werden, bei der die SFB durchgeführt werden soll. Z. B. die Geschäftsstelle der Krankenkasse oder die Betreuungsstelle des MDK. Abweichend davon können bilaterale Vereinbarungen getroffen werden, die ein Befüllung der Felder ASK 17-20 nicht erfordern. Beispielsweise, wenn die SFB für Fälle einer Krankenkasse immer in der gleichen Geschäftsstelle bearbeitet werden.
ASK18	SFB-Standort, Straße/ Hausnummer	In diese Felder soll die genaue Adresse des Ortes eingetragen werden, an dem die SFB durchgeführt werden soll. Z. B. die Adresse der Geschäftsstelle der Krankenkasse oder die Betreuungsstelle des MDK. Diese Felder dürfen nur gefüllt werden, wenn das Feld AKH06 die Schlüsselausprägung 04 „Persönliche Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) in der Geschäftsstelle der Krankenkasse oder des MDK“ beinhaltet. Abweichend davon können bilaterale Vereinbarungen getroffen werden, die ein Befüllung der Felder ASK 17-20 nicht erfordern. Beispielsweise, wenn die SFB für Fälle einer Krankenkasse immer in der gleichen Geschäftsstelle bearbeitet werden.
ASK19	SFB-Standort, Postleitzahl	
ASK20	SFB-Standort, Ort	

5.2. Auftrag Stammdaten Versicherter (ASV)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
ASV01	Name des Versicherten	An dieser Stelle ist der Familienname des Versicherten anzugeben. Hier ist der Name des Versicherten zu verwenden, der bereits im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V über das Segment NAD übermittelt wurde.
ASV02	Vorname des Versicherten	Hier ist der Vorname des Versicherten zu verwenden, der bereits im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V über das Segment NAD übermittelt wurde. Bei Neugeborenen (eigener Fall), bei denen der Vorname noch nicht bekannt ist, ist, Säugling m' für männliche und ‚Säugling w' für weibliche Säuglinge anzugeben.
ASV03	Titel des Versicherten	Hier ist der Titel des Versicherten zu verwenden, der bereits im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V über das Segment NAD übermittelt wurde.
ASV04	Geburtsdatum	An dieser Stelle ist das Geburtsdatum des Versicherten zu übermitteln, welches auf der Krankenversichertenkarte abgebildet ist.
ASV05	Geschlecht	An dieser Stelle ist das Geschlecht des Versicherten zu übermitteln. Dabei ist das Geschlecht aus den vorhandenen Bestandssystemen der Krankenkassen zu verwenden. Ab dem 1.10.2007 kann hier der Schlüssel 21 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V herangezogen werden. Erst ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Übermittlung des Geschlechts über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V. Bis dahin ist die Angabe des Geschlechts aus dem Bestandssystem der Krankenkasse zu entnehmen.
ASV06	Kranken-/ Pflegeversichertennummer	Die Krankenversichertennummer ist aus dem Segment INV im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V zu entnehmen. Wurde keine Krankenversichertennummer über das Abrechnungsverfahren übermittelt, ist diese ggf. aus dem Bestandssystem der Krankenkasse zu entnehmen. Die Krankenversichertennummer ist auf der Krankenversichertenkarte enthalten. Die Krankenversichertennummer ist in der auf der Krankenversichertenkarte angegebenen Länge und Ausprägung - einschließlich evtl. vorhandener führender Nullen - zu übermitteln. Bei gesunden Neugeborenen muss in den Datenmeldungen zu einer Geburt für nicht im Ausland versicherte Mütter die Krankenversicherten-Nr. der Mutter angegeben werden.
ASV07	Straße/ Hausnummer	Hier ist die gültige Anschrift des Versicherten einzugtragen. Idealerweise stimmt diese mit der Anschrift überein, die im Segment NAD über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V übersendet wurde.
ASV08	Anschriftenzusatz	An dieser Stelle kann ergänzend zur Straße, die über das Feld ASV07 übermittelt wird, ein Zusatz zur Straße angefügt werden. Dazu zählen unter anderen Hinweise wie „c/o", „bei", „Etage". Dieser Zusatz wird im Verfahren nach § 301 SGB V nicht übermittelt, deshalb ist er ggf. aus dem Bestandssystem der Krankenkasse zu entnehmen.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
ASV09	Postleitzahl	Es ist die 5-stellige Postleitzahl als Bestandteil der Anschrift des Versicherten anzugeben. Bei Auslandsanschriften kann sie entfallen oder bis zu 7 Stellen lang sein. Idealerweise stimmt diese mit der Angabe der Postleitzahl überein, die im Segment NAD über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V übersendet wurde.
ASV10	Ort	Es ist der Wohnort des Versicherten anzugeben. Idealerweise stimmt dieser mit dem Ort überein, der im Segment NAD über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V übersendet wurde.
ASV11	Internationales Länderkennzeichen	Das internationale Länderkennzeichen ist Bestandteil der Postanschrift bei im Ausland wohnhaften Versicherten. Bei diesen Fällen ist der entsprechende Schlüssel 7 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V anzugeben. Idealerweise stimmt dieser mit der Angabe überein, die im Segment NAD über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V übersendet wurde.
ASV12	Telefon des Versicherten	Eine Telefonnummer des Versicherten sollte von der Krankenkasse übermittelt werden.
ASV13	Namenszusatz	Hier können Namenszusätze wie Graf, Baroness, Fürst usw. ergänzend angegeben werden.
ASV14	Vorsatzwort	Hier können Vorsatzworte des Namens wie von, de, Mac usw. ergänzend angegeben werden.

5.3. Datenbaustein SKH (Stammdaten Krankenhaus)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
SKH01	IK Krankenhaus	An dieser Stelle ist das IK des Krankenhauses anzugeben, welches als IK des Absenders im Segment FKT über das Verfahren nach § 301 SGB V vom Krankenhaus übermittelt wurde.
SKH02	Name Krankenhaus	An dieser Stelle soll die offiziell gültige Namensbezeichnung des Krankenhauses angegeben werden.
SKH03	Standort des Krankenhauses bzw. der Abteilung	Der Standort des Krankenhauses soll in Freitextform von der Krankenkasse angegeben werden. Der Standort ist in diesem Fall der Ort, an dem der Patient stationär behandelt wurde. Bei mehreren Standorten der Standort, an dem die Hauptleistung erbracht wurde.
SKH04	Straße/ Hausnummer	Idealerweise wird an dieser Stelle die Adresse des im Feld SKH03 angegebenen Standortes übermittelt. Liegt diese nicht vor, ist an dieser Stelle die Adresse des Hauptstandortes des Krankenhauses zu übermitteln.
SKH05	Postleitzahl	
SKH06	Ort	

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. 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 ist dieses Datum zwingend erforderlich.
AKH06	Auftragsart	Schlüssel B aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1.
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 MDK vor	An dieser Stelle kann mit der Ziffer „1“ mitgeteilt werden, wenn bereits Unterlagen zu dem beauftragten Fall beim MDK vorliegen. Insbesondere kann die Kennzeichnung erforderlich werden, wenn es sich um einen Folgeauftrag handelt.
AKH11	Erläuterung Unterlagen, die beim MDK vorliegen	An dieser Stelle kann mit Hilfe von Freitext beschrieben werden, welche Unterlagen bereits beim MDK zum beauftragten Fall vorliegen.

6.2. Begründung der 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	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 von den MDK im speziellen geprüft bzw. erläutert werden sollen, gehören (siehe auch DIA04, OPS04, ETG08). Die Angaben in diesem Datenfeld sind von den MDK unverändert in eine Prüfanzeige an das Krankenhaus zu übernehmen.
RKH03	Interne Begründung der Fragestellung	Dieses Feld bietet die Gelegenheit, die im RKH01 ausgewiesene Fragestellung in Freitextform ergänzend für den MDK zu erläutern. Die Angaben in diesem Datenfeld dürfen von den MDK nicht weitergegeben insbesondere nicht in eine Prüfanzeige an das Krankenhaus übernommen werden.

6.3. Falldaten (FKH)

Der Datensatz-FKH enthält die Falldaten über den Krankenhausfall

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
FKH01	Datum Kranken-haus-Aufnahme	An dieser Stelle ist der Aufnahmetag anzugeben, welcher im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde. Der Aufnahmetag ist der Tag der Aufnahme des Versicherten zu einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Entbindung. 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. 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.
FKH02	Uhrzeit Kranken-haus-Aufnahme	An dieser Stelle ist die Aufnahmeuhrzeit anzugeben, welche im Segment AUF über das Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt wurde. Es ist die Uhrzeit der Aufnahme zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in Stunden (00 - 23) und Minuten (00 - 59) anzugeben. Bei vorstationärer Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung kann die "Aufnahmeuhrzeit" mit ’0000’ angegeben werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
FKH03	Aufnahmegrund	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 Der Aufnahmegrund enthält die leistungsrechtlich erforderliche Differenzierung des Grundes der Aufnahme. 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.
FKH04	Aufnahmeanlass	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	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. Die Arztnummer des einweisenden Vertragsarztes (KV-Nummer des Arztes) ist vom Krankenhaus aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen.
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 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 Zahnarztes	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. Die Arztnummer des einweisenden Vertragszahnarztes (KZV-Nummer) ist vom Krankenhaus aus dem Einweisungsvordruck zu übernehmen.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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.

6.4. Verlängerungsanzeige (VKH)

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

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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.

6.5. Diagnosen (DIA)

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

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
DIA01	Diagnosetyp	Schlüssel E aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1. Der Schlüssel ‚03' für Hauptdiagnose darf nur einmal übermittelt werden.
DIA02	ICD	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. Die Angaben der Diagnosen müssen dem amtlichen Diagnoseschlüssel des DIMDI entsprechen. Die dazu korrespondierende Version wird im Datensatz ‚FKH' angezeigt. 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. Hinweis: Wenn eine Sekundär-Diagnose angegeben wird, wird diese immer als Nebendiagnose interpretiert und soll an dieser Stelle dementsprechend übermittelt werden.
DIA03	Lokalisation	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.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
DIA04	Kennzeichen - Gesonderte Prüfung durch MDK gewünscht	An dieser Stelle hat die Krankenkasse durch Übermittlung der Ziffer „1“ die Möglichkeit, die Diagnosen zu markieren, die vom MDK geprüft werden sollen. Wird das Feld nicht gefüllt, werden vom MDK alle Diagnosen bzw. die abrechnungsrelevanten Diagnosen entsprechend der übermittelten Fragestellungen überprüft. Beispielsweise sind bei der Frage zu Nebendiagnosen (Schlüssel C Nr. 12) nur die Nebendiagnosen mit einem Kennzeichen zu versehen, die vom MDK überprüft werden sollen. Werden keine Nebendiagnosen angekreuzt, sind alle abrechnungsrelevanten Diagnosen zu überprüfen.

6.6. Prozeduren (OPS)

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

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
OPS01	OPS	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. 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. Als Operation werden im Abrechnungsverfahren nach § 301 SGB V grundsätzlich operative Maßnahmen sowie nicht-operative Maßnahmen entsprechend der Deutschen Kodierrichtlinien angegeben.
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.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
OPS04	Kennzeichen - Gesonderte Prüfung durch MDK gewünscht	An dieser Stelle hat die Krankenkasse durch Übermittlung der Ziffer „1“ die Möglichkeit Prozeduren zu markieren, die vom MDK geprüft werden sollen. Wird das Feld nicht gefüllt, werden vom MDK alle Prozeduren bzw. die abrechnungsrelevanten Prozeduren entsprechend der übermittelten Fragestellungen überprüft.

6.7. 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	Fachabteilungsschüssel 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 Entlassungsuhrzeit, 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.
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.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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.
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, die nicht in die Berechnung einfließen (z. B. Tage der Beurlaubung). Die Angabe wird u. a. dazu benötigt, um die Verweildauer zu ermitteln.
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.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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.
EKH18	Basisentgeltwert	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.

6.8. Verlegungsdaten (LKH)

Der Datensatz-LKH enthält die Daten für die Verlegung. Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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..

6.9. Entgelte (ETG)

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

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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.
ETG02	Bezeichung des Entgelts	An dieser Stelle ist die offizielle Bezeichnung des Entgeltes anzugegeben, 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 anzugegeben, 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 Abrechnungsverfhren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.
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 Abrechnungsverfhren nach § 301 SGB V an die Krankenkasse übermittelt.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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). Die Angabe wird u. a. dazu benötigt, um die Verweildauer zu ermitteln.
ETG08	Kennzeichen - Gesonderte Prüfung durch MDK gewünscht	An dieser Stelle hat die Krankenkasse durch Übermittlung der Ziffer „1“ die Möglichkeit, korrespondierend zu den gestellten Fragestellungen, Entgeltschlüssel zu markieren, die vom MDK geprüft werden sollen. Wird das Feld nicht gefüllt, sind alle Entgelte entsprechend der Fragestellungen zu überprüfen. Beispielsweise sind bei der Frage zu Zusatzentgelten (Schlüssel C Nr. 18 bzw. 56) nur die Zusatzentgelte mit einem Kennzeichen zu versehen, die vom MDK geprüft werden sollen. Werden keine Zusatzentgelte angekreuzt, jedoch die Frage Nr. 18 bzw. 56 gestellt, werden automatisch alle Zusatzentgelte überprüft.

7. Stammdaten gutachtliche Stellungnahme MDK

7.1. Datenbaustein GSK (Stammdaten Krankenkasse)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GSK01	IK der Krankenkasse	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK01 –
GSK02	Nr. der Nebenstelle	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK02 –
GSK03	Name der Krankenkasse	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK03 –
GSK04	Name der Nebenstelle/ Betreuungsstelle	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK04 –
GSK05	Straße/ Hausnummer	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK05 –
GSK06	Postleitzahl	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK06 –
GSK07	Ort	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK07 –
GSK08	Aktenzeichen	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK08 –
GSK09	Sachbearbeiter/ORG-Einheit	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK09 –

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GSK10	Fall-ID	Spiegelung aus der Beauftragung – ASK13 –. Die Fall-Nummer der Krankenkasse ist bei der Ergebnisübermittlung vom MDK als Identifikationsmerkmal an die Krankenkasse in jedem Fall zurückzusenden, wenn sie durch die Krankenkasse bei der Beauftragung übermittelt wurde.

7.2. Datenbaustein GSV (Stammdaten Versicherter)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GSV01	Name des Versicherten	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV01 –
GSV02	Vorname des Versicherten	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV02 –
GSV03	Titel des Versicherten	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV03 –
GSV04	Geburtsdatum	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV04 –
GSV05	Geschlecht	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV05 – Falls der MDK ein von ASV05 abweichendes Geschlecht feststellt, ist dieses entsprechend Schlüssel 21 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen.
GSV06	Krankenversichertennummer	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV06 –
GSV07	Namenszusatz	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV13 –
GSV08	Vorsatzwort	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV14 –
GSV09	Anschriftenzusatz	Spiegelung aus der Beauftragung – ASV08 –

7.3. Datenbaustein GSM (Stammdaten MDK)

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GSM01	IK des MDK	Es muss sich um ein gültiges IK des beauftragten MDK handeln.
GSM02	Nr. der Beratungsstelle	An dieser Stelle ist die Nummer einzutragen, mit der die Beratungsstelle innerhalb der MDK-Gemeinschaft organisatorisch zugeordnet werden kann.
GSM03	Name der Beratungsstelle	An dieser Stelle ist die ausführende Beratungsstelle mit Standortangabe anzuzeigen.
GSM04	Straße/ Hausnummer	In diese Felder soll die genaue Adresse der zuvor übermittelten Nebenstelle/Betreuungsstelle in GSM03 eingetragen werden.
GSM05	Postleitzahl	
GSM06	Ort	
GSM07	Ansprechpartner	Es sollte sich hierbei um den prüfenden Arzt handeln, der für den übermittelten Fall zuständig ist und der Krankenkasse als Ansprechpartner zur Verfügung steht.
GSM08	Telefon Ansprechpartner	In diese Felder sollen die Kontaktdaten zu dem prüfenden Arzt in GSM 07 eingetragen werden, der innerhalb des MDK als Ansprechpartner für die beauftragende Krankenkasse zuständig ist.
GSM09	Telefax Ansprechpartner	
GSM10	Email Ansprechpartner	

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 Beauftraung über AKH02 ist der MDK 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
GKH08	Rückgabe ohne Auftragserledigung	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. Handelt es sich um einen Schlüssel von ‚1’ bis ‚6’ ist lediglich dieser eine Schlüssel anzugeben. Der Schlüssel ‚7’ für „sonstiges“ kann mit einem Freitext beschrieben werden. Dieser Freitext kann, mit einem Semikolon vom Schlüssel getrennt, mit diesem Feld übermittelt werden. Bei Eintrag der Schlüsselausprägung „1“ liegt eine schriftliche oder mündliche Stornierung durch die Krankenkasse vor.

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 MDK 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 MDK 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[1] 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 MDK (GFK)

Der Datensatz-GFK enthält die Falldaten des MDK über den Krankenhausfall.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GFK01	Aufnahmegrund	An dieser Stelle ist der vom MDK festgestellte Aufnahmegrund entsprechend Schlüssel 1 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen.
GFK02	Aufnahmeanlass	Schlüssel K aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GFK03	Voraussichtliches Entlassungsdatum	An dieser Stelle ist das vom MDK 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 MDK 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 MDK (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 MDK	An dieser Stelle ist die Diagnose anzugeben, die durch den MDK 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 MDK festgestellt.
GDI05	Lokalisation MDK	An dieser Stelle ist die Lokalisation anzugeben, die mit der vom MDK festgestellten Diagnose GDI04 korrespondiert.
GDI06	Antwort MDK	Schlüssel H[1] aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GDI07	Erläuterungen MDK	An dieser Stelle kann die vom MDK festgestellte Diagnose (GDI04) schriftlich in Freitextform erläutert werden.

8.5. Prozeduren MDK (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 MDK	An dieser Stelle ist die Prozedur anzugeben, die durch den MDK festgestellt wurde. Diese kann von der Prozedur abweichen, die über das Feld GOP01 übermittelt wird.
GOP05	Lokalisation MDK	An dieser Stelle ist die Lokalisation anzugeben, die mit der vom MDK festgestellten Prozedur GOP04 korrespondiert.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GOP06	Datum OPS MDK	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 MDK festgestellt wurde.
GOP07	Antwort MDK	Schlüssel H[1] aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GOP08	Erläuterungen MDK	An dieser Stelle kann die vom MDK festgestellte Operation bzw. Prozedur (GOP04) schriftlich erläutert werden.

8.6. Entlassungsdaten MDK (GEK)

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

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GEK01	Zusatzschlüssel Abteilungstyp MDK	Es ist die vom MDK 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 nichtkalkulierte 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 MDK	An dieser Stelle ist der vom MDK festgestellte Entlassungs-/Verlegungsgrund gem. Schlüssel 5 aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 SGB V einzutragen.
GEK03	DRG MDK	An dieser Stelle ist die vom MDK 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 MDK	An dieser Stelle ist das vom MDK 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 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.
GEK05	Anzahl Beatmungsstunden	An dieser Stelle ist die Anzahl der vom MDK festgestellten Beatmungsstunden anzuzeigen, die sich auf die festgestellte DRG im Feld GEK03 beziehen. Nur für DRG-Abrechnung.
GEK06	Tag der Entbindung (1) MDK	Es wird der vom MDK festgestellte Tag (bei Mehrlingsgeburten über Mitternacht: die Tage) der Entbindung angegeben. Nur für DRG-Abrechnung.
GEK07	Tag der Entbindung (2) MDK	

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GEK08	Tage ohne Berechnung MDK	Das Feld enthält die Anzahl der Tage, die lt. MDK 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 MDK	An dieser Stelle ist die vom MDK 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 MDK	An dieser Stelle ist die vom MDK 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 MDK (GEG)

Der DatensatzGEG enthält die Ergebnisse der Prüfung der Entgelte und ggf. Zuschläge.

Dieser Datensatz kann mehrfach übermittelt werden.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
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 Entgeltschlüssels	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG06 –
GEG06	Tage ohne Berechnung/Behandlung	Spiegelung aus der Beauftragung – ETG07 –
GEG07	Entgeltart MDK	Vom MDK 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 MDK	An dieser Stelle ist der vom MDK 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.

Feld-name	Feld-bezeichnung	Befüllungshinweis
GEG09	Entgelt Abrechnung von MDK	An dieser Stelle ist der Beginn der Behandlung einzutragen, auf welches sich das im Feld GEG07 festgestellte Entgelt bezieht.
GEG10	Entgelt Abrechnung bis MDK	An dieser Stelle ist das Ende der Behandlung einzutragen, auf welches sich das im Feld GEG07 festgestellte Entgelt bezieht.
GEG11	Anzahl des Entgelt-schlüssels MDK	An dieser Stelle ist die Anzahl des lt. MDK Prüfung festgestellten Entgelts aus GEG07 anzugeben. Dieses Feld ist zu füllen, wenn das Feld GEG07 gefüllt ist.
GEG12	Tage ohne Berechnung/Behandlung MDK	Das Feld enthält die vom MDK 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 MDK	Schlüssel H[1] aus dem Schlüsselverzeichnis gem. Anhang 1
GEG14	Erläuterungen MDK	Der MDK hat an dieser Stelle die Gelegenheit, seine Ergebnisse in Freitextform zu erläutern.

9. Anmerkungen

[1] Verwendung von Schlüssel H:

(0) nicht bestätigt: Dieses Antwortzeichen ist zu melden, wenn der geprüfte Inhalt (Fragestellung, Entgelt, ICD, OPS) seitens des MDK`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 MDK 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 MDK ohne Änderung genehmigt bzw. bestätigt wird.

(2) andere Antwort: Dieses Antwortzeichen darf nur bei Antworten zu Fragenstellungen verwendet werden, und 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).