

Handbuch Berichtswesen

Übergreifendes Berichtswesen der Medizinischen Dienste

27. Fassung von 15. Oktober 2024
Gültig ab 1. Januar 2025



IMPRESSUM

Autoren/Bearbeitung

Arbeitsgruppe O3 Controlling, UAG Berichtswesen

Oktober 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	14
Prozedere für neue Verschlüsselungen	15
Fragen zur Kodierung und zum Handbuch	16
Synopsis der Schlüssel	17
Teil A: Definition der Schlüssel	29
Grundsätzliche Anmerkungen zu der Verschlüsselung der Anlässe	29
Anlassgruppe 100 „Arbeitsunfähigkeit“	30
Anlassschlüssel 110 „Sicherung des Behandlungserfolges“	30
Anlassschlüssel 130 „Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation“	30
Anlassschlüssel 140 „Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten“	30
Anlassschlüssel 150 „Fragen zum Leistungsbild“.....	30
Anlassschlüssel 161 „Dauer der AU - Zweifel der Krankenkasse“	30
Anlassschlüssel 162 „AU - Zweifel des Arbeitgebers“	30
Anlassschlüssel 163 „Arbeitsunfähigkeit bei Leistungsempfängern aus dem SGB II“.....	31
Anlassschlüssel 180 „Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V“	31
Anlassschlüssel 190 „Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit“.....	31
Anlassgruppe 200 „Krankenhausleistungen“	32
Anlassschlüssel 240 „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung“	32
Anlassschlüssel 250 „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz.....	32
Anlassschlüssel 251 „Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“.....	33
Anlassschlüssel 260 „Ambulante Krankenhausleistungen“	33
Anlassschlüssel 261 „Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V“	33
Anlassschlüssel 262 „Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V“.....	33
Anlassschlüssel 263 „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V ..	33
Anlassschlüssel 264 „Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V“	33
Anlassschlüssel 265 „Geriatrische Institutsambulanzen“	33

Anlassschlüssel 269 „Sonstige ambulante Krankenhaus-Behandlung“	33
Anlassschlüssel 270 „Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“	33
Anlassschlüssel 271 „Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie“	33
Anlassschlüssel 290 „Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen“	34
Anlassschlüssel 291 „Hybrid-DRG nach §115 f SGB V“	34
Anlassgruppe 300 „Ambulante Leistungen“	35
Anlassschlüssel 310 „Heilmittel nach § 32 SGB V“	35
Anlassschlüssel 311 „Physiotherapie“	35
Anlassschlüssel 312 „Podologische Therapie“	35
Anlassschlüssel 313 „Stimm-, Sprech, Sprach- und Schlucktherapie“	35
Anlassschlüssel 314 „Ergotherapie“	35
Anlassschlüssel 315 „Ernährungstherapie“	35
Anlassschlüssel 316 „Zahnärztlich verordnete Heilmittel“	36
Anlassschlüssel 320 „Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V“	36
Anlassschlüssel 330 „Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V“	36
Anlassschlüssel 331 „Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V“	36
Anlassschlüssel 340 „Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V“	36
Anlassschlüssel 350 „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V“ ..	36
Anlassschlüssel 360 „Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V“ ..	36
Anlassschlüssel 390 „Sonstige Anlässe zu ambulanten Leistungen“	36
Anlassschlüssel 391 "Soziotherapie nach § 37 a SGB V"	37
Anlassgruppe 400 „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung“	38
Anlassschlüssel 410 „Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“	38
Anlassschlüssel 420 „Arzneimittel“	38
Anlassschlüssel 421 „Zugelassene Arzneimittel“	38
Anlassschlüssel 422 „Zulassungsüberschreitender Arzneimittelleinsatz“	38
Anlassschlüssel 423 „Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Abs.3 AMG“	38
Anlassschlüssel 424 „Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind“	39
Anlassschlüssel 425 „Cannabinoide“	39
Anlassschlüssel 429 „Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung“	39
Anlassschlüssel 440 „Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel“	39
Anlassschlüssel 490 „Sonstige Anlässe zu neuen und/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“	39

Anlassgruppe 500 „Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation“.....	40
Anlassschlüssel 511 „Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag“.....	40
Anlassschlüssel 512 „Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag“.....	40
Anlassschlüssel 521 „Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag“.....	40
Anlassschlüssel 522 „Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungs-antrag“.....	40
Anlassschlüssel 531 „Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag“.....	40
Anlassschlüssel 532 „Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag“.....	40
Anlassschlüssel 541 „Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag“.....	41
Anlassschlüssel 542 „Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag“.....	41
Anlassschlüssel 551 „Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Erstantrag“.....	41
Anlassschlüssel 552 „Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Verlängerungsantrag“.....	41
Anlassschlüssel 561 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Erstantrag“.....	41
Anlassschlüssel 562 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Verlängerungsantrag“.....	41
Anlassschlüssel 571 „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V“....	42
Anlassschlüssel 572 „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V“.....	42
Anlassschlüssel 580 „Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX“	42
Anlassschlüssel 591 „Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge“	42
Anlassschlüssel 592 „Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation“	42
Anlassschlüssel 599 „Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V“	42
Anlassgruppe 600 „Pflege“ (SGB XI)	43
Anlassschlüssel 611 „Ambulante Leistungen – Geldleistung nach § 37 SGB XI“	43
Anlassschlüssel 612 „Ambulante Leistungen – Sachleistungen nach § 36 SGB XI“	43
Anlassschlüssel 613 „Ambulante Leistungen - Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI“	43

Anlassschlüssel 614 „Ambulante Leistungen – Sachleistungen/Kurzzeitpflege“	43
Anlassschlüssel 615 „teilstationäre Leistungen“	43
Anlassschlüssel 621 „Vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI“	44
Anlassschlüssel 622 „Stationäre Leistungen nach § 43 a SGB XI“	44
Anlassschlüssel 651 „Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI“.....	44
Anlassschlüssel 652 „Teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI“	44
Anlassschlüssel 653 „Notwendigkeit der Tages- und Nachtpflege neben Leistungen nach § 38 a (38a Abs. 1 S. 2 SGB XI) “	44
Anlassschlüssel 660 „Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI“	44
Anlassschlüssel 667 „Technische Pflegehilfsmittel“ nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI	45
Anlassschlüssel 668 „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ nach § 40 Abs. 1 bis 3 SGB XI.....	45
Anlassschlüssel 670 „Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI“	45
Anlassschlüssel 690 „Sonstige Anlässe zur Pflege“.....	45
Anlassschlüssel 691 „Ergänzende Fragestellungen zur Pflegebedürftigkeit“.....	46
Anlassschlüssel 693 „Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen“.....	46
Anlassgruppe 700 „Hilfsmittel und hilfsmittelnahre Medizinprodukte GKV“	47
Anlassschlüssel 701 „Absauggeräte“	47
Anlassschlüssel 702 „Adaptationshilfen“	47
Anlassschlüssel 703 „Applikationshilfen“	47
Anlassschlüssel 704 „Badehilfen“	47
Anlassschlüssel 705 „Bandagen“	47
Anlassschlüssel 706 „Bestrahlungsgeräte“	47
Anlassschlüssel 707 „Blindenhilfsmittel“	47
Anlassschlüssel 708 „Einlagen“	47
Anlassschlüssel 709 „Elektrostimulationsgeräte“	47
Anlassschlüssel 710 „Gehhilfen“	47
Anlassschlüssel 711 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“.....	47
Anlassschlüssel 712 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“.....	47
Anlassschlüssel 713 „Hörhilfen“	47
Anlassschlüssel 714 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“	47
Anlassschlüssel 715 „Inkontinenzhilfen“	47
Anlassschlüssel 716 „Kommunikationshilfen“	47
Anlassschlüssel 717 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“.....	47
Anlassschlüssel 718 „Kranken- und Behindertenfahrzeuge“.....	47
Anlassschlüssel 719 „Krankenpflegeartikel“.....	47

Anlassschlüssel 720 „Lagerungshilfen“	47
Anlassschlüssel 721 „Messgeräte für Körperzustände/-funktionen“	47
Anlassschlüssel 722 „Mobilitätshilfen“	47
Anlassschlüssel 723 „Orthesen/Schienen“	47
Anlassschlüssel 724 „Beinprothesen“	48
Anlassschlüssel 725 „Sehhilfen“	48
Anlassschlüssel 726 „Sitzhilfen“	48
Anlassschlüssel 727 „Sprechhilfen“	48
Anlassschlüssel 728 „Stehhilfen“	48
Anlassschlüssel 729 „Stomaartikel“	48
Anlassschlüssel 730 „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“	48
Anlassschlüssel 731 „Schuhe“	48
Anlassschlüssel 732 „Therapeutische Bewegungsgeräte“	48
Anlassschlüssel 733 „Toilettenhilfen“	48
Anlassschlüssel 734 „Haarersatz“	48
Anlassschlüssel 735 „Epithesen“	48
Anlassschlüssel 736 „Augenprothesen“	48
Anlassschlüssel 737 „Brustprothesen“	48
Anlassschlüssel 738 „Armprothesen“	48
Anlassschlüssel 780 „Evaluation durchgeföhrter Hilfsmittelversorgung“ nach § 275 Abs. 3 Satz 3 SGB V	48
Anlassschlüssel 790 „Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV“	48
Anlassschlüssel 791 „Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33 a SGB V“	48
Anlassgruppe 900 „Ansprüche gegenüber/von Dritten“ („Ersatzansprüche“, „Regress“)	49
Anlassschlüssel 910 „Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler“	49
Anlassschlüssel 911 „Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)“	49
Anlassschlüssel 912 „Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)“	49
Anlassschlüssel 913 „Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V)“	49
Anlassschlüssel 914 „Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)“	49
Anlassschlüssel 915 „Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)“	49
Anlassschlüssel 916 „Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 116 SGB X)“	50
Anlassschlüssel 917 „Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)“	50

Anlassschlüssel 918 „Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)"	50
Anlassschlüssel 919 „Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)"	50
Anlassschlüssel 920 „Abgrenzung Kostenträgerschaft/Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X"	50
Anlassschlüssel 990 „Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten"	50
Anlassschlüssel 991 „Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen"	50
Anlassgruppe 000 „Sonstige Anlässe“	52
Anlassschlüssel 010 "Ambulante zahnärztliche Leistungen"	52
Anlassschlüssel 011 „Zahnersatz"	52
Anlassschlüssel 012 „Implantate einschließlich Suprakonstruktion"	52
Anlassschlüssel 013 „Aufschiebbarkeit Zahnersatz u. a. Versorgungen, "Ruhens des Leistungsanspruchs"“	52
Anlassschlüssel 014 „Konservierend-chirurgische Behandlung"	52
Anlassschlüssel 015 „Kieferbruch/Aufbisshilfe"	52
Anlassschlüssel 016 „Kieferorthopädie"	52
Anlassschlüssel 017 „Behandlung von Parodontopathien"	52
Anlassschlüssel 019 „Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin"	52
Anlassschlüssel 020 „Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39 a SGB V" ..	52
Anlassschlüssel 030 „Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme"	52
Anlassschlüssel 031 „Medizinische Indikation eines geplanten operativen Eingriffs oder plastisch-chirurgische Eingriffe“	53
Anlassschlüssel 032 „Bariatrische Chirurgie"	53
Anlassschlüssel 033 „Medizinische Behandlung bei Transsexualismus"	53
Anlassschlüssel 034 „Kryokonservierung"	53
Anlassschlüssel 039 „Sonstige Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme"	53
Anlassschlüssel 040 „humangenetische Untersuchungsleistungen“	53
Anlassschlüssel 041 „Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen "	53
Anlassschlüssel 042 „Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen "	54
Anlassschlüssel 049 „Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen "	54
Anlassschlüssel 050 „Übergangspflege im Krankenhaus § 39 e SGB V“	54
Anlassschlüssel 090 „Sonstige Anlässe zur SFS, SGS und zu Sozialmedizinischen Gutachten“	54

Anlassschlüssel 091 „Fahrkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V“	54
Anlassschlüssel 092 „Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten“.....	54
Produktgruppe S - Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS – nicht fallabschließend)	55
Schlüssel 13 „SFS – nicht fallabschließend“	55
Produktgruppe I - Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend) 55	
Schlüssel 11 „SGS - fallabschließend“	55
Produktgruppe II - Sozialmedizinisches Gutachten (SGA – fallabschließend)	56
Schlüssel 22 „SGA - fallabschließend“	56
Erledigungsart	56
Schlüssel der Erledigungsart 10 „Begutachtung nach Aktenlage“.....	56
Schlüssel der Erledigungsart 20 „Begutachtung nach Befunderhebung im persönlichen Kontakt“	56
Begutachtung nach Befunderhebung im digitalen Kontakt	56
Schlüssel der Erledigungsart 31 „Telefoninterview mit Versichertenkontakt“	56
Schlüssel der Erledigungsart 32 „Videobegutachtung mit Versichertenkontakt“	56
Schlüssel der Erledigungsart 40 „Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt (z.B. digitaler fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und Medizinischen Dienst, digitale Fallberatungen ohne Versichertenkontakt)“	57
Erledigungsort	57
Schlüssel des Erledigungsortes 01 „Medizinischer Dienst (auch Heimarbeit oder Mehrarbeit durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes)“.....	57
Schlüssel des Erledigungsortes 02 „Kranken-/Pflegekasse“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 03 „Krankenhaus“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 04 „vollstationäre Pflegeeinrichtung“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 05 „Kurzzeitpflegeeinrichtung“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 06 „§ 43a Einrichtung (Behinderteneinrichtung)“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 07 „teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)“.....	57
Schlüssel des Erledigungsortes 08 „Hospiz“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 09 „Reha-Einrichtung“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 10 „häusliches Wohnumfeld des Versicherten“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 11 „Wohneinheit im Sinn des §132I Absatz 5 Nummer 1 (nur für AKI)“	57
Schlüssel des Erledigungsortes 99 „Sonstiges“.....	57
Schlüssel der Erledigungsart 10 „Projekt“	59
Schlüssel der Erledigungsart 11 „Expertise (z. B. Grundsatzgutachten, Konzeptprüfung)“	59

Schlüssel der Erledigungsart 12 „Schulung und Workshop“	59
Schlüssel der Erledigungsart 13 „Teilnahme an Verhandlungen“	59
Schlüssel der Erledigungsart 15 „Qualitätsprüfung – außer ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser“.....	60
Schlüssel der Erledigungsart 17 „Tätigkeit in Kompetenzeinheiten, sofern ein Auftrag eines externen Auftraggebers vorliegt“.....	60
Schlüssel der Erledigungsart 19 „Sonstige Beratungstypen“.....	60
Schlüssel der Erledigungsart 21 „Qualitätsprüfung ambulante Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI“	61
Schlüssel der Erledigungsart 22 „Qualitätsprüfung vollstationäre Pflegeeinrichtung/Kurzzeitpflege-einrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI“	61
Schlüssel der Erledigungsart 23 „Ergänzende Stellungnahme nach erfolgter Einrichtungsprüfung nach SGB XI“	61
Schlüssel der Erledigungsart 24 „Qualitätsprüfungen Häusliche Krankenpflege und Außerklinische Intensivpflege“	61
Schlüssel der Erledigungsart 25 „Qualitätsprüfung in ambulanten Betreuungsdiensten nach § 112 a SGB XI“	61
Schlüssel der Erledigungsart 26 „Qualitätsprüfung teilstationäre Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI“.....	61
Schlüssel der Erledigungsart 30 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135 b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden (§ 275 a SGB V)“	62
Schlüssel der Erledigungsart 31 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung) (§ 275 a SGB V)“.....	62
Schlüssel der Erledigungsart 32 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen) (§ 275 a SGB V)“.....	62
Schlüssel der Erledigungsart 33 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus) (§ 275 a SGB V)“	62
Schlüssel der Erledigungsart 34 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136c SGB V (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) (§275a SGB V)“	62
Schlüssel der Erledigungsart 35 „Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung (§ 275 a SGB V)“	62
Schlüssel der Erledigungsart 36 „Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes“ (§ 275 d SGB V)“	62
Schlüssel der Erledigungsart 37 „Leistungsgruppenprüfung“	62
Schlüssel der Erledigungsart 40 „Mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten“.....	62

Ergebnisse der Sozialmedizinischen Gutachtlichen Stellungnahme (SGS) fallabschließend und des Sozialmedizinischen Gutachtens (SGA) fallabschließend	63
Ergebnisschlüssel 10 „Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU“	63
Ergebnisschlüssel 20 „Aus medizinischer Sicht auf Zeit AU“	63
Ergebnisschlüssel 30 „Aus medizinischer Sicht auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit“	63
Ergebnisschlüssel 40 „Aussagen zum Leistungsbild“.....	64
Ergebnisschlüssel 50 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt“	64
Ergebnisschlüssel 52 „Es liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor.“ ..	64
Ergebnisschlüssel 53 „Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.“	64
Ergebnisschlüssel 60 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt“	65
Ergebnisschlüssel 61 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung eingeschränkt oder teilweise erfüllt“	65
Ergebnisschlüssel 62 „Es liegen weder eine erhebliche Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.“	66
Ergebnisschlüssel 70 „Andere Antwort“	66
Ergebnisse der Sozialmedizinischen Fallsteuerung (SFS) nicht fallabschließend	67
Ergebnisschlüssel 80 „Weitere Ermittlungen“.....	67
Ergebnisschlüssel 90 „Sozialmedizinische Begutachtung empfohlen“	67
Ergebnisschlüssel 91 „Sozialmedizinische Begutachtung nicht empfohlen (kein Prüfpotential)“	67
Pflegegrade	68
Begutachtungsart	68
Schlüssel der Begutachtungsart 10 „Erstbegutachtung“.....	68
Schlüssel der Begutachtungsart 11 „Begutachtung nach bereits erfolgter Eilfeststellung zur Pflegebedürftigkeit“	69
Schlüssel der Begutachtungsart 22 „Wiederholungsbegutachtung“	69
Schlüssel der Begutachtungsart 23 „Begutachtung nach Höherstufungsantrag“	69
Schlüssel der Begutachtungsart 24 „Begutachtung nach Rückstufungsantrag“	69
Schlüssel der Begutachtungsart 29 „Folgebegutachtung“	69
Schlüssel der Begutachtungsart 30 „Widerspruchsbegutachtung“	70
Schlüssel der Begutachtungsart 31 „Begutachtung im Anhörungsverfahren“	70
Schlüssel der Begutachtungsart 80 „Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren“	70
Präzisierung der Begutachtungsart Widerspruchsbegutachtung/Begutachtung im Anhörungsverfahren	70

Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 40 „Wiedervorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) ohne inhaltlich neue Informationen/ohne neue Sachlage“	70
Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 50 „Wiedervorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) mit inhaltlich neuen Informationen/mit neuer Sachlage“	71
Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 60 „Vorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) ohne vorangegangene Stellungnahme in diesem Medizinischen Dienst“	71
Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 70 „Wiedervorlage desselben Leistungsantrags bei Reklamation des Auftraggebers“	71
Kategorien der Fristfälle § 18-Begutachtung SGB XI	72
Schlüssel 00 „Regelfall“	72
Schlüssel 10 „Verkürzte Frist zur Sicherstellung der Pflege“	72
Schlüssel 20 „Aufenthalt in Krankenhaus/stationärer Reha-Einrichtung und Pflegezeit angekündigt“	72
Schlüssel 30 „Verkürzte Frist bei Hospizpflege“	72
Schlüssel 40 „Verkürzte Frist bei ambulanter Palliativpflege“	72
Schlüssel 50 „Verkürzte Frist bei häuslichem Aufenthalt (ohne Palliativversorgung) und Pflegezeitankündigung“	72
Schlüssel 60 „Verkürzte Frist bei Kurzzeitpflege nach stationärem Aufenthalt“	72
Teil B: übergreifende Berichterstattung der Medizinischen Dienste	73
Definition „Datensatz-Transfer MD an MD BUND“	73
Schlüsselverzeichnis	75
Medizinischer Dienst	75
Auftraggeber	76
Anlass	77
Erledigungsart der Produktgruppen I und II	83
Erledigungsart der Produktgruppe III	84
Ergebnis	85
Erläuterungen zur Datenverarbeitung der Datensätze zum Berichtswesen	86
Gegenstand und Verfahren der Datenübermittlung	86
Plausibilitätskontrollen	86
Tabellen Plausibilitätskontrollen	90

Einleitung

Die Konferenz der Geschäftsführer hat vor mehr als 10 Jahren mit mehreren Beschlüssen die Basis für eine gemeinsame Darstellung der Leistungen und Ergebnisse geschaffen. Eine wesentliche Voraussetzung ist eine einheitliche Abbildung der Art und der Ergebnisse der Stellungnahmen. Die Unterarbeitsgruppe (UAG) „Berichtswesen“ hat zusammen mit der UAG „Produkte“ der Arbeitsgruppe O3 „Controlling“ für die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste eine Schlüsselsystematik entwickelt und mehrfach aktualisiert, die eine Abbildung der Produkte, Leistungen und damit des Ressourceneinsatzes der Mitarbeiter ermöglicht.

Jeder Medizinische Dienst hat weiterhin die Möglichkeit, unter eigenen "Präzisierungen" im Rahmen der Gesamtsystematik Besonderheiten und spezifische Fragestellungen abzubilden, ohne dass die Systematik gesprengt wird.

Wesentlich für die Umsetzung und Akzeptanz ist die Darlegung der Schlüssel samt Erläuterungen in Form eines Handbuchs. Da eine solche Auflistung nie vollständig sein kann und sich neue Fragestellungen ergeben können, bedarf es der regelmäßigen Aktualisierung bzw. Ergänzung. Nur durch ein verbindliches Verfahren für neue Verschlüsselungen und einer zentralen Auskunftsstelle ist gewährleistet, dass die gemeinsame Systematik erhalten bleibt.

Die festgelegten Verschlüsselungen (Teil A) sind die Basis und eine unabdingbare Voraussetzung für das Berichtswesen der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. Bestandteil dieses Handbuchs ist auch die Definition des Datensatzes für die Datenabfragen des Medizinischen Dienstes Bund (Teil B). Die beim Medizinischen Dienst Bund vorgenommene Datenzusammenführung dient insbesondere der Erstellung der jährlichen Berichte über die Medizinischen Dienste.

Der erste Teil des Handbuchs, der die Verschlüsselungen beschreibt, steht in einer engen Verbindung nicht nur zu der Beschreibung der Datenlieferungen an den Medizinischen Dienst Bund, sondern auch zu den Produktdefinitionen der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, welche an anderer Stelle beschrieben sind.

Zu der inhaltlichen Ausfüllung der in diesem Handbuch verwendeten Begrifflichkeiten wird auf das Glossar im „Katalog der Produkte der Medizinischen Dienste“ verwiesen. Insbesondere um Abweichungen zu vermeiden, wird an dieser Stelle auf ein eigenes Glossar verzichtet.

Prozedere für neue Verschlüsselungen

Durch Änderungen in der Gesetzgebung, in den Richtlinien oder der Auftragslage gibt es immer wieder neue Fragestellungen sowohl im übergreifenden Berichtswesen der Medizinischen Dienste als auch bei internen Auswertungen. Dies kann dann einen Bedarf nach neuen Verschlüsselungen hervorrufen. Geordnete Schlüsselergänzungen setzen ein einheitliches Verfahren zur Beantragung und zur Beschlussfassung in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste voraus. Dieses Verfahren wird nachfolgend beschrieben.

Anregungen zu Änderungen oder Ergänzungen von Verschlüsselungen können von Gremien oder von Einzelpersonen der Geschäftsführungen der Medizinischen Dienste, der Leitenden Ärzte, der O3 oder von Mitarbeitern, die in den Medizinischen Diensten mit dem Berichtswesen/Controlling beauftragt sind, ausgehen. Des Weiteren können diejenigen, die die IT-Systeme der Medizinischen Dienste betreuen Änderungen und Ergänzungen anregen. Die Vorschläge werden an den Leiter der O3 herangetragen. Nach fachlicher Abstimmung mit der UAG Berichtswesen und ggf. weiterer inhaltlicher Vorbereitung (z. B. auch durch Rücksprache mit Experten oder Expertengruppen) bringt der Leiter der O3 die Vorschläge – im Rahmen einer anstehenden Sitzung oder im schriftlichen Umlaufverfahren – in die O3 ein. Das Ergebnis wird zur Abstimmung in die Konferenz der Leitenden Ärzte eingebbracht. Deren Empfehlung ist die Grundlage für die Beratung und Entscheidung in der Konferenz der Vorstände.

Außerhalb des beschriebenen Verfahrens dürfen keine Schlüsseländerungen vorgenommen werden.

Die Information der Medizinischen Dienste über zu erwartende oder beschlossene Schlüsseländerungen und – ergänzungen, einschließlich der Einleitung von Umsetzungsschritten, erfolgt durch den Leiter der O3.

Änderungen im Handbuch, welche gravierend sind oder die nicht nur wenige Verschlüsselungen betreffen, erfordern eine Neuauflage des dann von den o. g. Beschlussgremien zu verabschiedenden Handbuchs.

Jede Handbuchausgabe wird mit einer Versionsnummer, Erscheinungs- oder Beschlussdatum und dem Datum versehen, ab welchem es gültig wird. Es ist auf eine ausreichende Vorlaufzeit vor dem Inkrafttreten zu achten.

Die Einführung neuer Verschlüsselungen erfolgt möglichst nur zu einem Jahreswechsel. Änderungen der Bedeutungen von Verschlüsselungen sind grundsätzlich zu vermeiden.

Fragen zur Kodierung und zum Handbuch

Es ist die Aufgabe des Leiters der UAG „Berichtswesen“ der O3 Fragen zu Verschlüsselungen zu beantworten, welche nicht zweifelsfrei unter Heranziehung dieses Handbuchs in den Medizinischen Diensten selber beantwortet werden können. Es sollte zunächst in jedem Medizinischen Dienst ein zentraler Ansprechpartner für Fragen zur Verfügung stehen, der als erste Anlaufstelle diese Fragen sammelt und beantwortet. Es wird vorgeschlagen, von Anfragen an den Leiter der UAG großzügig Gebrauch zu machen, insbesondere damit es in und zwischen den Medizinischen Diensten zu keinen differierenden Verschlüsselungen derselben Sachlagen kommt. Dies könnte die Aussagekraft der statistischen Auswertungen beeinträchtigen.

Eine Mitteilung von Unklarheiten in Verschlüsselungsfragen ist wünschenswert, um bei Bedarf die Erläuterungen in diesem Handbuch ergänzen zu können.

Die Verfasser haben sich bemüht, in den Erläuterungen zu den Verschlüsselungen eindeutige Hinweise für eine sachgerechte Kodierung zu liefern. Verbesserungsmöglichkeiten werden gerne entgegen genommen.

Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Handbuch-Fassung ist der Leiter der UAG Berichtswesen, Dr. Jörg van Essen beim Medizinischen Dienst Hessen, erreichbar unter j.vanessen@md-hessen.de.

Synopsis der Schlüssel

Anlässe zur Sozialmedizinischen Fallsteuerung (SFS), zur Sozialmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme (SGS), zum Sozialmedizinischen Gutachten (SGA) und der Sozialmedizinischen Beratung

Achtung: Einige der nachfolgend aufgeführten Anlässe sind nur für zusammenfassende Statistiken vorgesehen und dürfen in Einzelfall-Stellungnahmen nicht verwendet werden (s. die Hinweise bei den einzelnen Verschlüsselungen).

100 Arbeitsunfähigkeit

- 110 Sicherung des Behandlungserfolges
- 130 Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation
- 140 Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten
- 150 Fragen zum Leistungsbild
- 161 Dauer der AU - Zweifel der Krankenkasse
- 162 AU - Zweifel des Arbeitgebers
- 163 Arbeitsunfähigkeit bei Leistungsempfängern aus dem SGB II
- 180 Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V
- 190 Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit

200 Krankenhausleistungen

- 240 Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach Bundespflegesatzverordnung
- 250 Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz
- 251 Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz

260 Ambulante Krankenhausleistungen

- 261 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V
- 262 Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
- 263 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V

- 264 Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- 265 Geriatrische Institutsambulanzen
- 269 Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung
- 270 Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen
- 271 Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie
- 290 Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen
- 291 Hybrid-DRG nach §115 f SGB V

300 Ambulante Leistungen

310 Heilmittel nach § 32 SGB V

- 311 Physiotherapie
- 312 Podologische Therapie
- 313 Stimm-, Sprech, Sprach- und Schlucktherapie
- 314 Ergotherapie
- 315 Ernährungstherapie
- 316 Zahnärztlich verordnete Heilmittel
- 320 Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V
- 330 Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
- 331 Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V
- 340 Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V
- 350 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b SGB V
- 360 Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 c SGB V
- 390 Sonstige Anlässe zu ambulanten Leistungen
- 391 Soziotherapie nach § 37 a SGB V

400 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung

410 Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

420 Arzneimittel

421 Zugelassene Arzneimittel

422 Zulassungsüberschreitender Arzneimittelleinsatz

423 Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Abs.3 AMG

424 Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind

425 Cannabinoide

429 Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung

440 Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel

490 Sonstige Anlässe zu neuen und/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

500 Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation

511 Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag

512 Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag

521 Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag

522 Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag

531 Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag

532 Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag

541 Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag

542 Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag

551 Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Erstantrag

552 Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Verlängerungsantrag

561 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Erstantrag

562 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Verlängerungsantrag

- 571 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
- 572 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V
- 580 Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX
- 591 Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge
- 592 Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation
- 599 Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V

600 Pflege

- 611 Ambulante Leistungen – Geldleistung nach § 37 SGB XI
- 612 Ambulante Leistungen – Sachleistungen nach § 36 SGB XI
- 613 Ambulante Leistungen – Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI
- 614 Ambulante Leistungen – Sachleistungen/Kurzzeitpflege
- 615 Teilstationäre Leistungen
- 621 Vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI
- 622 Stationäre Leistungen nach § 43a SGB XI
- 651 Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI
- 652 Teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI
- 653 Notwendigkeit der Tages- und Nachtpflege neben Leistungen nach § 38 a Abs. 1 S. 2 SGB XI
- 660 Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
- 667 Technische Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
- 668 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI
- 670 Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI
- 690 Sonstige Anlässe zur Pflege
- 691 Ergänzende Fragestellungen zur bestehenden Pflegebedürftigkeit
- 693 Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson

700 Hilfsmittel und hilfsmittennahe Medizinprodukte GKV

- 701 Absauggeräte
- 702 Adaptationshilfen
- 703 Applikationshilfen
- 704 Badehilfen
- 705 Bandagen
- 706 Bestrahlungsgeräte
- 707 Blindenhilfsmittel
- 708 Einlagen
- 709 Elektrostimulationsgeräte
- 710 Gehhilfen
- 711 Hilfsmittel gegen Dekubitus
- 712 Hilfsmittel bei Tracheostoma
- 713 Hörhilfen
- 714 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
- 715 Inkontinenzhilfen
- 716 Kommunikationshilfen
- 717 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- 718 Kranken- und Behindertenfahrzeuge
- 719 Krankenpflegeartikel
- 720 Lagerungshilfen
- 721 Messgeräte Für Körperzustände/-funktionen
- 722 Mobilitätshilfen
- 723 Orthesen/Schienen
- 724 Beinprothesen

- 725 Sehhilfen
- 726 Sitzhilfen
- 727 Sprechhilfen
- 728 Stehhilfen
- 729 Stomaartikel
- 730 Hilfsmittel zum Glukosemanagement
- 731 Schuhe
- 732 Therapeutische Bewegungsgeräte
- 733 Toilettenhilfen
- 734 Haarersatz
- 735 Epithesen
- 736 Augenprothesen
- 737 Brustprothesen
- 738 Armprothesen
- 780 Evaluation durchgeföhrter Hilfsmittelversorgung
- 790 Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV
- 791 Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33 a SGB V

900 Ansprüche gegenüber/von Dritten („Ersatzansprüche“, „Regress“)

910 Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler

- 911 Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)
- 912 Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)
- 913 Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V)
- 914 Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)
- 915 Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)

- 916 Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 116 SGB X)
- 917 Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)
- 918 Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)
- 919 Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)
- 920 Abgrenzung Kostenträgerschaft/Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X
- 990 Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten
- 991 Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen

000 Sonstige Anlässe

010 Ambulante zahnärztliche Leistungen

- 011 Zahnersatz
- 012 Implantate einschließlich Suprakonstruktion
- 013 Aufschiebbarkeit Zahnersatz u. a. Versorgungen, „Ruhens des Leistungsanspruchs“
- 014 Konservierend-chirurgische Behandlung
- 015 Kieferbruch/Aufbisshilfe
- 016 Kieferorthopädie
- 017 Behandlung von Parodontopathien
- 019 Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin
- 020 Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39 a SGB V
- 030 Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme
- 031 Medizinische Indikation eines geplanten operativen Eingriffs / plastisch-chirurgische Eingriffe
- 032 Bariatrische Chirurgie
- 033 Medizinische Behandlung bei Transsexualismus
- 034 Kryokonservierung
- 039 Sonstige Fragen zur medizinischen Indikation einer Behandlungsmaßnahme
- 040 Humangenetische Untersuchungsleistungen

- 041 Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen
- 042 Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen
- 049 Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen
- 050 Übergangspflege im Krankenhaus §39e SGB V
- 090 Sonstige Anlässe zur SFS und zu Sozialmedizinischen Gutachten
- 091 Fahrtkosten bei ambulanten oder stationären Behandlungen nach § 60 SGB V
- 092 Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten

Produktgruppe S –Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS)

- 13 SFS – nicht fallabschließend

Produktgruppe I – Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS) - fallabschließend

- 11 SGS – fallabschließend

Produktgruppe II – Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)

- 22 Gutachten

Erledigungsarten der Produktgruppen S, I und II

- 10 Begutachtung nach Aktenlage
- 20 Begutachtung nach Befunderhebung im persönlichen Kontakt
- 31 Telefoninterview mit Versichertenkontakt
- 32 Videobegutachtung mit Versichertenkontakt
- 40 Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt (z.B. digitaler fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst, digitale Fallberatungen ohne Versichertenkontakt)

Erledigungsart der Produktgruppe III – Sozialmedizinische Beratung

- 10 Projekt
- 11 Expertise (z. B. Grundsatzgutachten, Konzeptprüfung)
- 12 Schulung und Workshop
- 13 Teilnahme an Verhandlungen

- 14 Gremien und Ausschüsse
- 15 Qualitätsprüfung – außer ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser
- 17 Tätigkeit in Kompetenzeinheiten, sofern ein Auftrag eines externen Auftraggebers vorliegt
- 19 Sonstige Beratungstypen
- 21 Qualitätsprüfung ambulante Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI
- 22 Qualitätsprüfung vollstationäre Pflegeeinrichtung/Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI
- 23 Ergänzende Stellungnahme nach erfolgter Einrichtungsprüfung nach SGB XI
- 24 Qualitätsprüfungen Häusliche Krankenpflege
- 25 Qualitätsprüfung in ambulanten Betreuungsdiensten nach § 112 a SGB XI
- 26 Qualitätsprüfung teilstationäre Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI
- 30 Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135 b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden (§ 275 a SGB V)
- 31 Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung) (§ 275 a SGB V)
- 32 Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen) (§ 275 a SGB V)
- 33 Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus) (§ 275a SGB V)
- 34 Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 c SGB V (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) (§ 275 a SGB V)
- 35 Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung (§ 275 a SGB V)
- 36 Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes“ (§ 275 d SGB V)
- 37 Leistungsgruppenprüfung
- 40 Mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten

Erledigungsorte der Produktgruppen S, I und II

- 01 Medizinischer Dienst (auch Heimarbeit oder Mehrarbeit durch Mitarbeitende des Medizinischen Dienstes)
- 02 Kranken-/Pflegekasse

- 03 Krankenhaus
- 04 vollstationäre Pflegeeinrichtung
- 05 Kurzzeitpflegeeinrichtung
- 06 § 43a Einrichtung (Behinderteneinrichtung)
- 07 teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)
- 08 Hospiz
- 09 Reha-Einrichtung
- 10 häusliches Wohnumfeld des Versicherten
- 11 Wohneinheit im Sinn des §132I Absatz 5 Nummer 1 (nur für AKI)
- 99 Sonstiges
z.B. Praxis eines externen Gutachters, privater Arbeitsplatz eines externen Gutachters.

Ergebnisse der Sozialmedizinischen Gutachtlichen Stellungnahme (SGS), des Sozialmedizinischen Gutachtens (SGA) und der Sozialmedizinischen Fallsteuerung (SFS)

- 10 Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU
- 20 Aus medizinischer Sicht auf Zeit AU
- 30 Aus medizinischer Sicht auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit
- 40 Aussagen zum Leistungsbild
- 50 Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt
- 52 Es liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor
- 53 Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor
- 60 Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt
- 61 Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung eingeschränkt oder teilweise erfüllt
- 62 Es liegen weder eine erhebliche Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor
- 70 Andere Antwort
- 80 Weitere Ermittlungen
- 90 Sozialmedizinische Begutachtung empfohlen
- 91 Sozialmedizinische Begutachtung nicht empfohlen (kein Prüfpotential)

Pflegegrade

- 10 kein Pflegegrad
- 11 Pflegegrad 1
- 12 Pflegegrad 2
- 13 Pflegegrad 3
- 14 Pflegegrad 4
- 15 Pflegegrad 5
- 51 mindestens Pflegegrad 1
- 52 mindestens Pflegegrad 2

Begutachtungsart

- 10 Erstbegutachtung
- 11 Begutachtung nach bereits erfolgter Eilfeststellung zur Pflegebedürftigkeit
- 22 Wiederholungsbegutachtung
- 23 Begutachtung nach Höherstufungsantrag
- 24 Begutachtung nach Rückstufungsantrag
- 29 Folgebegutachtung
- 30 Widerspruchsbegutachtung
- 31 Begutachtung im Anhörungsverfahren
- 80 Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren

Präzisierung der Begutachtungsart Widerspruchsbegutachtung/Begutachtung im Anhörungsverfahren

Die Begutachtungsart 30 „Widerspruchsbegutachtung“ kann mit den Schlüsseln 40-70 weiter präzisiert werden.

- 40 Wiedervorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) ohne inhaltlich neue Informationen/ohne neue Sachlage“
- 50 Wiedervorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) mit inhaltlich neuen Informationen/mit neuer Sachlage“
- 60 Vorlage eines Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) ohne vorangegangene Stellungnahme in diesem Medizinischen Dienst
- 70 Wiedervorlage desselben Leistungsantrags bei Reklamation des Auftraggebers

Kategorien der Fristfälle § 18-Begutachtung SGB XI

- 00 Regelfall
- 10 Verkürzte Frist zur Sicherstellung der Pflege
- 20 Aufenthalt in Krankenhaus/stationärer Reha-Einrichtung und Pflegezeit angekündigt
- 30 Verkürzte Frist bei Hospizpflege
- 40 Verkürzte Frist bei ambulanter Palliativpflege
- 50 Verkürzte Frist bei häuslichem Aufenthalt (ohne Palliativversorgung) und Pflegezeitankündigung
- 60 Verkürzte Frist bei Kurzzeitpflege nach stationärem Aufenthalt

Teil A: Definition der Schlüssel

Grundsätzliche Anmerkungen zu der Verschlüsselung der Anlässe

- Es stehen die 100er-Schlüsselnummern - z. B. 100 „Arbeitsunfähigkeit“ - nur für die Verschlüsselungen der Produkte der Gruppe III - Sozialmedizinische Beratung - zur Verfügung. So werden z. B. im AU-Bereich mit den detaillierten Schlüsseln 110 bis 190 die Anlässe der Sozialmedizinischen Fallsteuerung, der Sozialmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme und des Sozialmedizinischen Gutachtens kodiert. Dies gilt auch analog für alle anderen Anlassschlüssel. So wird z. B. mit dem Schlüssel 200 „Krankenhausleistungen“ ein Anlass für die Produktgruppe III kodiert, während die Schlüssel 240 bis 291 die Anlässe der Sozialmedizinischen Fallsteuerung, der Sozialmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme und des Sozialmedizinischen Gutachtens kodieren.
- Es können die 100er-Anlassschlüssel natürlich für zusammenfassende Statistiken zu Einzelfall-Stellungnahmen verwendet werden.
- Es ist nicht ungewöhnlich, dass von Auftraggebern in einem Auftrag zu einem Einzelfall mehrere Fragen gestellt werden, welche auch verschiedene Anlässe betreffen. Hier ist die im Vordergrund stehende Fragestellung zu verschlüsseln. Bei den Anlassschlüsseln der Pflege gibt es eine vorgegebene Priorisierung der Anlässe (s. dort).
- In der Produktgruppe III sollen „Sonstige“ Anlässe, d. h. die Anlassgruppe 000, nach Möglichkeit vermieden werden. Bei anlassübergreifenden Beratungen soll die überwiegende Anlassgruppe verschlüsselt werden.
- Eine Ausnahme stellt der Anlassschlüssel 010 dar. Dieser Schlüssel wird zur Kodierung von Anlässen zur Zahnmedizin der Produktgruppe III verwendet.

Anlassgruppe 100 „Arbeitsunfähigkeit“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter welcher in Statistiken die AU-Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Einzelfall-Stellungnahmen als Schlüssel-Nr. zu verwenden.

Anlassschlüssel 110 „Sicherung des Behandlungserfolges“

Dazu zählen:

- Fragen zum Behandlungskonzept

Anlassschlüssel 130 „Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation“

Dazu zählen:

- Fragen nach Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beim Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit
- Fragen nach Leistungen zur Teilhabe beim Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit
- Fragen nach dem Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit als Voraussetzung zur Anwendung des § 51 Abs. 1 SGB V durch die Krankenkasse

Hinweis: Als Ergebnis für diesen Anlass sind die „Ergebnisschlüssel 52, 53 und 62 anzugeben.

Anlassschlüssel 140 „Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten“

Dazu zählen:

- Fragen nach dem Vorliegen derselben Erkrankung
- Fragen nach Hinzutritt einer Erkrankung während AU
- Fragen nach sog. relevanten AU-Zeiträumen

Anlassschlüssel 150 „Fragen zum Leistungsbild“

Dazu zählen:

- Fragen nach dem Leistungsbild

Anlassschlüssel 161 „Dauer der AU - Zweifel der Krankenkasse“

Dazu zählen:

- Fragen nach der noch zu erwartenden Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Fragen nach dem Fortbestehen der AU anlässlich von begründeten Zweifeln der Krankenkasse

Anlassschlüssel 162 „AU - Zweifel des Arbeitgebers“

Dazu zählen:

- Fragen zur Äußerung von Zweifeln des Arbeitgebers an dem Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit

Hinweis: Dieser Schlüssel ist vorrangig vor anderen Schlüsseln

[Anlassschlüssel 163 „Arbeitsunfähigkeit bei Leistungsempfängern aus dem SGB II“](#)

Dazu zählen

- Fragen in Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nach § 56 SGB II in Verbindung mit § 275 SGB V

[Anlassschlüssel 180 „Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V“](#)

Dazu zählen:

- Fragen nach dem Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen zur Aufnahme einer stufenweisen Wiedereingliederung und
- Fragen nach den medizinischen Voraussetzungen zur Fortsetzung einer stufenweisen Wiedereingliederung.

[Anlassschlüssel 190 „Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit“](#)

Dazu zählen:

- Fragen zu Bedenken gegenüber einem Urlaubaufenthalt im Ausland bei vorliegender Arbeitsunfähigkeit und
- alle Fragestellungen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit, die nicht in die Schlüssel 110 bis 180 einzuordnen sind.

Anlassgruppe 200 „Krankenhausleistungen“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter der in Statistiken die Krankenhaus-Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 240 „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung“

Dazu zählen:

- Fragen zur Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung
- Fragen zur Dauer der Krankenhausbehandlung
- Fragen zur Verlängerung der Krankenhausbehandlung
- Fragen zur Notwendigkeit tagesklinischer Behandlung
- Fragen nach korrekter Abrechnung von Abteilungspflegesätzen
- Fragen nach korrekter Abrechnung von teilstationären Pflegesätzen, sofern sie nach der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden

Hinweis:

Dieser Schlüssel kommt nur für die Krankenhaus-Leistungen von Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Anwendung, die zwar den Regelungen der BPfIV unterliegen, jedoch noch nicht mit PEPP-Entgelten abrechnen.

Anlassschlüssel 250 „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“

Dazu zählen:

- Fragen zur Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung
- Fragen zur Dauer der Krankenhausbehandlung
- Fragen zur Verlängerung von Krankenhaus-Behandlung, z. B. auch geriatrisch
- Fragen zur korrekten Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren
- Fragen zur korrekten Abrechnung einer DRG
- Fragen zur Abrechnung von Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten
- Fragen zur Fallzusammenführung
- Fragen zur korrekten Kodierung von Beatmungsstunden
- Fragen zur teilstationären Versorgung

Anlassschlüssel 251 „Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“

Anlassschlüssel 260 „Ambulante Krankenhausleistungen“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter welcher in Statistiken die ambulanten Krankenhausleistungen zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht als konkrete Verschlüsselung in Stellungnahmen zu verwenden.

Anlassschlüssel 261 „Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V“

Anlassschlüssel 262 „Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V“

Anlassschlüssel 263 „Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V“

Anlassschlüssel 264 „Psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V“

Anlassschlüssel 265 „Geriatrische Institutsambulanzen“

Anlassschlüssel 269 „Sonstige ambulante Krankenhaus-Behandlung“

Dazu zählen:

- Alle Fragestellungen zu ambulanten Krankenhaus-Behandlungen, die sich nicht durch die Anlassschlüssel 261-265 abbilden lassen.

Anlassschlüssel 270 „Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“

Dazu zählen:

- Fragen betreffend Fälle nach dem "Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik" ("PEPP").
- Leistungen von Fachkrankenhäusern und selbstständigen gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen).

Anlassschlüssel 271 „Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie“

Anlassschlüssel 290 „Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen“

Dazu zählen:

- Fragen nach Erfordernis der Krankenhausbehandlung im Ausland
- Fragen nach Erfordernis der Krankenhausbehandlung an einem bestimmten Ort im Inland
- Fragen nach Erfordernis der Behandlung in einem Nicht-Vertragskrankenhaus
- Fragen nach der Erfordernis einer Akut-Krankenhausbehandlung in Abgrenzung zu anderen Versorgungsformen (z. B. geriatrische Rehabilitation)
- Fragen in Zusammenhang mit Integrierter Versorgung nach § 140 a - 140 d SGB V
- Vorabanfragen zur Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung
- Alle Fragen, die sich nicht durch die anderen Schlüssel der 200-er Gruppe kodieren lassen
- Alle Vorabanfragen zur Notwendigkeit von Krankenhausbehandlungen außer 031 - Medizinische Indikation eines geplanten operativen Eingriffs oder plastisch-chirurgische Eingriffe, 032 - Bariatrische Chirurgie, 033 – Medizinische Behandlung bei Transsexualismus“

Anlassschlüssel 291 „Hybrid-DRG nach §115 f SGB V“

Anlassgruppe 300 „Ambulante Leistungen“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter der in Statistiken die u. g. Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 310 „Heilmittel nach § 32 SGB V“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe zu den Heilmitteln. Sie ist nicht in Stellungnahmen als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Zu den nachfolgenden Anlassschlüsseln 311-316 zählen:

- Fragen zu Verordnungen von Heilmitteln entsprechend den Heilmittelrichtlinien wie Krankengymnastik, Fango, Massagen etc.,
- Fragen der medizinischen Notwendigkeit entsprechend § 32 SGB V,
- Frage zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung im Einzelfall.

Fragen zu nicht nach der Heilmittelrichtlinie zugelassenen Heilmitteln (z.B. Hippotherapie, Ganzkörpermassagen, Heileurhythmie, Reflexzonenbehandlung, Sauna) sind unter der Nr. 440 zu verschlüsseln.

Wenn zusammenfassende Statistiken zu Heilmitteln erstellt werden, ist neben den Nr. 311- 316 auch die Nr. 440 zu berücksichtigen.

Anlassschlüssel 311 „Physiotherapie“

Dieser umfasst Fragen zu

- Massagen, Bewegungstherapie, Traktionsbehandlung, Elektrotherapie, Kohlensäurebäder, Inhalationstherapie, Thermotherapie und deren Kombinationen.

Anlassschlüssel 312 „Podologische Therapie“

Anlassschlüssel 313 „Stimm-, Sprech, Sprach- und Schlucktherapie“

Anlassschlüssel 314 „Ergotherapie“

Diese umfasst Fragen zu

- motorisch-funktioneller Behandlung, sensomotorisch-perzeptiver Behandlung, Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierter Behandlung, psychisch-funktioneller Behandlung und zu therapieergänzende Maßnahmen.

Anlassschlüssel 315 „Ernährungstherapie“

Anlassschlüssel 316 „Zahnärztlich verordnete Heilmittel“

Anlassschlüssel 320 „Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V“

Dazu zählen:

- Fragen zur vertraglichen Psychotherapie
- Fragen zur außervertraglichen Psychotherapie

Hinweis: Medizinische Behandlung bei Transsexualismus sind unter der Nr. 033 zu verschlüsseln.

Anlassschlüssel 330 „Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V“

Dazu zählen:

- Fragen zur Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege (Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung)
- Fragen zum Umfang und zur Dauer häuslicher Krankenpflege (Grundpflege, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung)

Anlassschlüssel 331 „Außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V“

Anlassschlüssel 340 „Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V“

Dazu zählen:

- Fragen nach der medizinischen Notwendigkeit einer Haushaltshilfe
- Fragen nach der Dauer sowie dem zeitlichen Umfang einer Haushaltshilfe
- Frage nach dem Vorliegen akuter oder chronischer Erkrankungen im Zusammenhang mit der Verordnung einer Haushaltshilfe
- Fragen zur Haushaltshilfe bei Schwangeren nach § 199 RVO

Anlassschlüssel 350 „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V“

Anlassschlüssel 360 „Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V“

Anlassschlüssel 390 „Sonstige Anlässe zu ambulanten Leistungen“

Dazu zählen:

- Fragen nach dem Vorliegen des § 62 SGB V (teilweise Befreiung von Zuzahlungen)
- Alle Fragestellungen im ambulanten Bereich, die sich nicht durch die Anlassschlüssel 310 bis 360

und 391 abbilden lassen.

Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Anlassschlüssel 391 "Soziotherapie nach § 37 a SGB V"

Anlassgruppe 400 „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter welcher in Statistiken die u. g. Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 410 „Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“

Dazu zählen:

- Fragen zu Verfahren, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehören
- Fragen zu Verfahren, die vertragsärztlich erbracht werden können, aber hinsichtlich Indikation, Anwendungsform oder Dosierung wesentlich geändert oder erweitert wurden
- Liposuktion bei Lipödem

Anlassschlüssel 420 „Arzneimittel“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter welcher in Statistiken die Arzneimittel zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 421 „Zugelassene Arzneimittel“

Hierzu zählen:

- Alle in Deutschland zugelassenen und registrierten Fertigarzneimittel, unabhängig von der Zulassungsbehörde, die zugelassen angewendet werden
- Fragen zur Wirtschaftlichkeit
- Fragen zu Festbeträgen
- Fragen zur Arzneimittel-Richtlinie
- Fragen nach § 73 Abs. 1 AMG

Anlassschlüssel 422 „Zulassungsüberschreitender Arzneimittelleinsatz“

Dazu zählen:

- Alle zulassungsüberschreitend eingesetzten Arzneimittel („off-label use“).

Anlassschlüssel 423 „Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Abs.3 AMG“

Hinweis:

- Hier sind ausschließlich Fragen nach Abs. 3 (nicht zugelassenen Arzneimittel) zu verschlüsseln. Fragen nach Abs. 1 (importierte zugelassenen Arzneimittel) sind unter 421 zu verschlüsseln.

Anlassschlüssel 424 „Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind“

Es handelt sich um Individualrezepturen, die keine Zulassung als „advanced therapy“ oder Genehmigung nach § 4b AMG als „advanced therapy“ haben.

Anlassschlüssel 425 „Cannabinoide“

Dazu zählen:

- Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität oder Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon

Anlassschlüssel 429 „Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung“

Dazu zählen:

- Medizinprodukte, die in die Arzneimittelversorgung einbezogen sind
- Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sog. Krankenkost, diätetische Lebensmittel und enterale Ernährung
- Impfstoffe
- "Advanced therapies", die nach § 4b AMG genehmigt sind
- andere Fragen zu Arzneimitteln, die nicht den Nr. 421-425 zugeordnet werden können

Anlassschlüssel 440 „Neue und/oder nicht zugelassene Heil- und Hilfsmittel“

Hierzu zählen:

- Fragen zu nicht nach der Heilmittelrichtlinie zugelassenen Heilmitteln wie z.B. Hippotherapie, Ganzkörpermassagen, Heileurhythmie, Reflexzonenbehandlung, Sauna
- Fragen zu Hilfsmitteln, die eine Methodenbewertung i. S. der BSG-Rechtsprechung beinhalten

Anlassschlüssel 490 „Sonstige Anlässe zu neuen und/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“

Dazu zählen:

- Fragen zu Verfahren, die nicht unter 410 verschlüsselt werden können, z. B. Labormethoden

Anlassgruppe 500 „Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter der in Statistiken die u. g. Fälle zusammengefasst werden können. Sie ist nicht in Einzelfall-Stellungnahmen als Schlüssel-Nr. zu verwenden.

Anlassschlüssel 511 „Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur ambulanten Vorsorge am Wohnort
- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur ambulanten Vorsorge am Kurort
- Fragen zu Erstanträgen für Kompaktkuren

Anlassschlüssel 512 „Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag“

Dazu zählen

- Verlängerungsanträge für Leistungen zur ambulanten Vorsorge am Wohnort
- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Leistungen zur ambulanten Vorsorge am Kurort
- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Kompaktkuren

Anlassschlüssel 521 „Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur ambulanten Rehabilitation

Anlassschlüssel 522 „Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Leistungen zur ambulanten Rehabilitation

Anlassschlüssel 531 „Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur stationären Vorsorge

Anlassschlüssel 532 „Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Leistungen zur stationären Vorsorge

Anlassschlüssel 541 „Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur stationären Rehabilitation
- Fragen zu Erstanträgen für stationäre Anschlussrehabilitation

Anlassschlüssel 542 „Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Leistungen zur stationären Rehabilitation
- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für stationäre Anschlussrehabilitation

Anlassschlüssel 551 „Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Erstantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 24 SGB V

Hinweis: Mit diesem Schlüssel dürfen nur Fragen zum Antrag der Mutter bzw. des Vaters kodiert werden. Die Frage der Mitaufnahme eines Kindes mit Behandlungsnotwendigkeit wird unter dem Anlassschlüssel 599 verschlüsselt.

Anlassschlüssel 552 „Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Verlängerungsantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 24 SGB V

Hinweis: Mit diesem Schlüssel dürfen nur Fragen zum Antrag der Mutter bzw. des Vaters kodiert werden. Die Fragen der Mitaufnahme eines Kindes mit Behandlungsnotwendigkeit wird unter dem Anlassschlüssel 599 verschlüsselt.

Anlassschlüssel 561 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Erstantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Erstanträgen für Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 41 SGB V

Hinweis: Mit diesem Schlüssel dürfen nur Fragen zum Antrag der Mutter bzw. des Vaters kodiert werden. Die Frage der Mitaufnahme eines Kindes mit Behandlungsnotwendigkeit wird unter dem Anlassschlüssel 599 verschlüsselt.

Anlassschlüssel 562 „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Verlängerungsantrag“

Dazu zählen:

- Fragen zu Fortführungs-/Verlängerungsanträgen für Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 41 SGB V

Hinweis: Mit diesem Schlüssel dürfen nur Fragen zum Antrag der Mutter bzw. des Vaters kodiert werden. Die Frage der Mitaufnahme eines Kindes mit Behandlungsnotwendigkeit wird unter dem Anlassschlüssel 599 verschlüsselt.

[Anlassschlüssel 571 „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V“](#)

[Anlassschlüssel 572 „Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V“](#)

[Anlassschlüssel 580 „Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX“](#)

[Anlassschlüssel 591 „Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge“](#)

Dazu zählen:

- z. B. Fragen nach einer geeigneten Einrichtung
- Alle weiteren Fragestellungen, die sich nicht durch die Anlassschlüssel zu Vorsorgemaßnahmen abbilden lassen

[Anlassschlüssel 592 „Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation“](#)

Dazu zählen:

- z. B. Fragen nach einer geeigneten Einrichtung
- Alle weiteren Fragestellungen, die sich nicht durch die Anlassschlüssel zu Rehabilitationsmaßnahmen abbilden lassen.

[Anlassschlüssel 599 „Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V“](#)

Dazu zählen:

- Fragen zur Mitaufnahme eines Kindes mit Behandlungsnotwendigkeit (Ärztliches Attest, Muster 65) oder zur Abgrenzung einer eigenen Vorsorge- oder Reha-Bedürftigkeit.

Hinweis: Wenn die Leistungsgewährung empfohlen wird, dann ist das Ergebnis mit „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt“ zu verschlüsseln.

Anlassgruppe 600 „Pflege“ (SGB XI)

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter der in Statistiken die u. g. Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Werden gleichzeitig verschiedene Leistungen der Pflegeversicherung beantragt, dann sind vorrangig als Anlass zu verschlüsseln (in der Reihenfolge der Nennungen):

1. die pflegegraderelevanten Anlässe 611-622
2. Leistungen zur Pflege (Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege, 651 und 652)
3. Wohnumfeld (670)
4. Pflegehilfsmittel (660 bzw. 667 und 668)
5. Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson (693)
6. Sonstige Anlässe zur Pflege (690)

Anlassschlüssel 611 „Ambulante Leistungen – Geldleistung nach § 37 SGB XI“

Dazu zählen:

- Erstantrag auf Geldleistung bei ambulanter Pflege
- Folgeantrag auf Geldleistung bei ambulanter Pflege

Anlassschlüssel 612 „Ambulante Leistungen – Sachleistungen nach § 36 SGB XI“

Dazu zählen:

- Erstantrag auf Sachleistung bei ambulanter Pflege
- Folgeantrag auf Sachleistung bei ambulanter Pflege

Anlassschlüssel 613 „Ambulante Leistungen - Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI“

Dazu zählen:

- Erstantrag auf Geld-/Sachleistung (Kombinationsleistung) bei ambulanter Pflege
- Folgeantrag auf Geld-/Sachleistung (Kombinationsleistung) bei ambulanter Pflege

Anlassschlüssel 614 „Ambulante Leistungen – Sachleistungen/Kurzzeitpflege“

Darunter sind alle Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit einem Antrag auf Kurzzeitpflege zu verschlüsseln, d. h. es liegt noch keine Pflegebedürftigkeit vor.

Anlassschlüssel 615 „teilstationäre Leistungen“

Darunter sind alle Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit einem Antrag auf teilstationäre Leistungen (Tagespflege/Nachtpflege) zu verschlüsseln, d.h. es liegt noch keine Pflegebedürftigkeit vor.

[Anlassschlüssel 621 „Vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI“](#)

Dazu zählen:

- Erstantrag auf vollstationäre Leistungen in einer Pflegeeinrichtung
- Folgeantrag auf vollstationäre Leistungen in einer Pflegeeinrichtung

[Anlassschlüssel 622 „Stationäre Leistungen nach § 43 a SGB XI“](#)

Dazu zählen:

- Erstantrag auf vollstationäre Leistungen in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen
- Folgeantrag auf vollstationäre Leistungen in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

[Anlassschlüssel 651 „Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI“](#)

Dazu zählt:

- Antrag auf Kurzzeitpflege bei Pflegegraden 2-5, der eigenständig beurteilt werden soll

[Anlassschlüssel 652 „Teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI“](#)

Dazu zählen:

- Antrag auf teilstationäre Pflege in Form von Tagpflege
 - Antrag auf teilstationäre Pflege in Form von Nachtpflege
- bei bestehender Pflegebedürftigkeit.

[Anlassschlüssel 653 „Notwendigkeit der Tages- und Nachtpflege neben Leistungen nach § 38 a \(38a Abs. 1 S. 2 SGB XI\)“](#)

Hinweis: Als Ergebnis für diesen Anlass ist 50 bzw. 60 Voraussetzungen erfüllt/nicht erfüllt anzugeben.

[Anlassschlüssel 660 „Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI“](#)

Dazu zählen:

- Antrag auf ein Pflegehilfsmittel entsprechend den Produktgruppen 50 – 54 und 98 des Hilfsmittelverzeichnisses
- Fragen zu Pflegehilfsmitteln, wenn der Auftraggeber die Pflegeversicherung ist

Hinweise: Ist der Auftraggeber die GKV, wird die Frage unter der Anlassgruppe der Hilfsmittel GKV nach § 33 SGB V kodiert. Dies ist häufig der Fall bei der Frage, ob ein Hilfsmittel der GKV oder der Pflege zuzuordnen ist (Abgrenzungsfälle).

Pflegehilfsmittel *können* in die 667 und 668 differenziert werden.

[Anlassschlüssel 667 „Technische Pflegehilfsmittel“ nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI](#)

Dazu zählen:

- Pflegehilfsmittel, welche zu einem mehrfachen Gebrauch bestimmt sind. Diese entsprechen im Hilfsmittelverzeichnis den Gruppen 50-53 und 98.

Hinweis: Dieser Anlassschlüssel wird zunächst nicht im Berichtswesen abgefragt werden. Er kann in einem Medizinischen Dienst zusammen mit der Nr. 668 den Anlass 660 ersetzen und wird in einem Medizinischen Dienst spätestens mit der Teilnahme an dem Digitalen Datenaustausch Pflege eingeführt.

[Anlassschlüssel 668 „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ nach § 40 Abs. 1 bis 3 SGB XI](#)

Dazu zählen:

- Pflegehilfsmittel, welche zu einem einmaligen Gebrauch bestimmt sind. Diese entsprechen im Hilfsmittelverzeichnis der Gruppe 54 „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“

Hinweis: Dieser Anlass-Schlüssel wird zunächst nicht im Berichtswesen abgefragt werden. Er kann in einem Medizinischen Dienst den Anlass 660 ersetzen und wird in einem Medizinischen Dienst spätestens mit der Teilnahme an dem Digitalen Datenaustausch Pflege eingeführt.

[Anlassschlüssel 670 „Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI“](#)

Dazu zählt:

- Antrag auf bauliche Maßnahmen oder technische Hilfen bei einer nach SGB XI anerkannten Pflegedürftigkeit

[Anlassschlüssel 690 „Sonstige Anlässe zur Pflege“](#)

Dazu zählen:

- Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz
- Antrag auf vorläufige Leistungen der Rehabilitation nach § 32 SGB XI
- Antrag auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Fragen zum Umfang der Pflegetätigkeit bei Personen, die vorrangig nach einem anderen Gesetz Pflegeleistungen erhalten
- Überprüfung der Pflegequalität im Einzelfall
- Fragestellungen, die sich durch die übrigen Schlüssel nicht abbilden lassen

Anlassschlüssel 691 „Ergänzende Fragestellungen zur Pflegebedürftigkeit“

Dieser Anlass wird im Ergebnis nicht mit einem Pflegegrad abgeschlossen, sondern mit den Ergebnisschlüsseln 50-70. Dazu zählen z.B.:

- Fragen, ob eine Wiederholungsbegutachtung notwendig ist.

Anlassschlüssel 693 „Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen“

Dieser Anlassschlüssel ist im übergreifenden Berichtswesen der Medizinischen Dienste nicht obligat und wird dort zunächst nicht abgefragt werden. Er wird jedoch in einem Medizinischen Dienst spätestens mit der Teilnahme an dem Digitalen Datenaustausch Pflege eingeführt, da dies ein dort definierter Anlassschlüssel ist.

Anlassgruppe 700 „Hilfsmittel und hilfsmittlernahe Medizinprodukte GKV“

Diese Verschlüsselungs-Nr. 700 ist eine Obergruppe, unter der in Statistiken alle u. g. Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Die Anlässe 701-738 beinhalten Fragen zu der Notwendigkeit/der medizinischen Indikation und der genaueren Art des verordneten Hilfsmittels der Krankenversicherung.

Pflegehilfsmittel (Hilfsmittel-Produktgruppen 50-54 und 98) sind in der 600er-Gruppe zu verschlüsseln.

Die nachfolgenden Schlüssel-Nummern 701-738 entsprechen den Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V.

[Anlassschlüssel 701 „Absauggeräte“](#)

[Anlassschlüssel 702 „Adaptationshilfen“](#)

[Anlassschlüssel 703 „Applikationshilfen“](#)

[Anlassschlüssel 704 „Badehilfen“](#)

[Anlassschlüssel 705 „Bandagen“](#)

[Anlassschlüssel 706 „Bestrahlungsgeräte“](#)

[Anlassschlüssel 707 „Blindenhilfsmittel“](#)

[Anlassschlüssel 708 „Einlagen“](#)

[Anlassschlüssel 709 „Elektrostimulationsgeräte“](#)

[Anlassschlüssel 710 „Gehhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 711 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“](#)

[Anlassschlüssel 712 „Hilfsmittel bei Tracheostoma“](#)

[Anlassschlüssel 713 „Hörhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 714 „Inhalations- und Atemtherapiegeräte“](#)

[Anlassschlüssel 715 „Inkontinenzhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 716 „Kommunikationshilfen“](#)

[Anlassschlüssel 717 „Hilfsmittel zur Kompressionstherapie“](#)

[Anlassschlüssel 718 „Kranken- und Behindertenfahrzeuge“](#)

[Anlassschlüssel 719 „Krankenpflegeartikel“](#)

[Anlassschlüssel 720 „Lagerungshilfen“](#)

[Anlassschlüssel 721 „Messgeräte für Körperzustände/-funktionen“](#)

[Anlassschlüssel 722 „Mobilitätshilfen“](#)

[Anlassschlüssel 723 „Orthesen/Schienen“](#)

[Anlassschlüssel 724 „Beinprothesen“](#)

[Anlassschlüssel 725 „Sehhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 726 „Sitzhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 727 „Sprechhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 728 „Stehhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 729 „Stomaartikel“](#)

[Anlassschlüssel 730 „Hilfsmittel zum Glukosemanagement“](#)

[Anlassschlüssel 731 „Schuhe“](#)

[Anlassschlüssel 732 „Therapeutische Bewegungsgeräte“](#)

[Anlassschlüssel 733 „Toilettenhilfen“](#)

[Anlassschlüssel 734 „Haarersatz“](#)

[Anlassschlüssel 735 „Epithesen“](#)

[Anlassschlüssel 736 „Augenprothesen“](#)

[Anlassschlüssel 737 „Brustprothesen“](#)

[Anlassschlüssel 738 „Armprothesen“](#)

[Anlassschlüssel 780 „Evaluation durchgeföhrter Hilfsmittelversorgung“ nach § 275 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#)

[Anlassschlüssel 790 „Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV“](#)

Dazu zählen:

- Fragen zu Hilfsmitteln, die der Produktgruppe 99 des Hilfsmittelverzeichnisses "Verschiedenes" zuzuordnen sind.
- Hilfsmittelnahe Medizinprodukte,
- Cochlea-Implantate
- Fragestellungen, die sich durch die übrigen Schlüssel der Gruppe 700 nicht abbilden lassen.

[Anlassschlüssel 791 „Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33 a SGB V“](#)

Dazu zählen:

- Apps, die vom BfArM ins DiGa-Verzeichnis nach §139e aufgenommen werden.

Anlassgruppe 900 „Ansprüche gegenüber/von Dritten“ („Ersatzansprüche“, „Regress“)

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter welcher in Statistiken die u. g. Fälle zusammen gefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Unabhängig von der Art der Leistung der Kranken- oder Pflegeversicherung stehen bei der Anlassgruppe 900 die Beurteilung der Kausalität (möglicher Arbeitsunfall, Berufskrankheit, fremd verschuldeter Gesundheitsschaden u. ä.), die möglichen Folgeschäden und Folgeleistungen und damit auch die Frage der Kostenträgerschaft und/oder eines Ersatzanspruches im Vordergrund.

Anlassschlüssel 910 „Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler“

Diese Verschlüsselung ist eine Obergruppe, unter der bedarfsweise in Statistiken die Behandlungs- und Pflegefehler zusammengefasst werden können. Sie ist nicht in Stellungnahmen als Schlüssel-Nr. zu verwenden.

Anlassschlüssel 911 „Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)“

Dazu zählen:

- Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers

Hinweis: Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers aus dem Bereich der Zahnmedizin werden unter dem Anlassschlüssel 912 kodiert.

Anlassschlüssel 912 „Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)“

Dazu zählen:

- Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers in der Zahnmedizin

Anlassschlüssel 913 „Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V)“

Anlassschlüssel 914 „Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)“

Dazu zählen:

- Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers

Hinweis: Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers aus dem Bereich der Zahnmedizin werden unter dem Anlassschlüssel 912 bzw. 915 und 918 kodiert.

Anlassschlüssel 915 „Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)“

Dazu zählen:

- Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers in der Zahnmedizin

Anlassschlüssel 916 „Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 116 SGB X)“

Anlassschlüssel 917 „Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)“

Dazu zählen:

- Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers

Hinweis: Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers aus dem Bereich der Zahnmedizin werden unter dem Anlassschlüssel 912 bzw. 915 und 918 kodiert.

Anlassschlüssel 918 „Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)“

Dazu zählen:

- Fragen zum Vorliegen eines Behandlungsfehlers in der Zahnmedizin

Anlassschlüssel 919 „Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)“

Bei gleichzeitiger Beauftragung nach §66 SGB V und §116 SGB X, sind die Anlassschlüssel 917 bis 919 zu verwenden.

Anlassschlüssel 920 „Abgrenzung Kostenträgerschaft/Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X“

Hierzu zählen Aufträge, die

- als primäre Fragestellung die Abgrenzung der Kostenträgerschaft oder die Frage von nachträglichen Erstattungsansprüchen der Leistungsträger untereinander betreffen, sowohl die der Kranken- oder Pflegekasse an diese oder umgekehrt (Rentenversicherung, Unfallversicherung/Berufsgenossenschaften, Versorgungsämter usw. im Rahmen von z. B. Berufsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung, nach dem Opferentschädigungsgesetz).

Anlassschlüssel 990 „Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten“

Dazu zählen:

- Fragen zu den zu erwartenden Spätfolgen und/oder Krankheitskosten („Zukunftsrisiken“, „Zukunftsschäden“) im Rahmen der „Kapitalisierung“ eines Gesundheitsschadens, bei welchem ein Ersatzanspruch geltend gemacht wird bzw. wurde.
- Fragen, die sich nicht mit den anderen Anlassschlüsseln der 900er-Gruppe kodieren lassen.

Anlassschlüssel 991 „Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen“

Dazu zählen:

- Fragen zu Mängeln bei der Versorgung mit Zahnersatz

Anlassgruppe 000 „Sonstige Anlässe“

Diese Nr. ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 010 "Ambulante zahnärztliche Leistungen"

Diese Schlüssel-Nr. ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden. Sie ist eine Obergruppe, unter welcher in Statistiken die Stellungnahmen zu den *ambulanten* zahnärztlichen Leistungen zusammen gefasst werden können.

Für statistische Auswertungen zu *allen* zahnärztlichen Fragestellungen wären noch die Anlässe 251, 316, 912, 915, 918 und 991 hinzu zu nehmen.

Diese Schlüsselnummer wird auch zur Kodierung von Anlässen der Zahnmedizin in der Produktgruppe III verwendet.

Anlassschlüssel 011 „Zahnersatz“

Anlassschlüssel 012 „Implantate einschließlich Suprakonstruktion“

Anlassschlüssel 013 „Aufschiebbarkeit Zahnersatz u. a. Versorgungen, "Ruhens des Leistungsanspruchs““

Anlassschlüssel 014 „Konservierend-chirurgische Behandlung“

Anlassschlüssel 015 „Kieferbruch/Aufbisshilfe“

Anlassschlüssel 016 „Kieferorthopädie“

Anlassschlüssel 017 „Behandlung von Parodontopathien“

Anlassschlüssel 019 „Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin“

Dazu zählen:

- Fragestellungen, die sich durch die Schlüssel 011-017, 251, 316, 912, 915, 918 oder 991 nicht abbilden lassen.

Anlassschlüssel 020 „Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39 a SGB V“

Hierzu zählen:

- Fragen im Zusammenhang mit stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen.

Anlassschlüssel 030 „Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme“

In dieser Gruppe werden Stellungnahmen zu der medizinischen Indikation einer Behandlungsmaßnahme bei Vorliegen des genannten Kontextes und Fragen zum Vorliegen einer Erkrankung "i. S. der GKV" erfasst.

Die Schlüssel-Nr. 030 ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 031 „Medizinische Indikation eines geplanten operativen Eingriffs oder plastisch-chirurgische Eingriffe“

Hinweis:

- Hierzu gehören Fragen zu operativen Eingriffen z.B. bei Cochlea-Implantaten.
- Plastische Eingriffe bei Störungen der Geschlechtsidentität/bei Transsexualismus sind unter der Nr. 033 zu verschlüsseln
- Liposuktion bei Lipödem ist unter Schlüssel 410 zu verschlüsseln

Anlassschlüssel 032 „Bariatrische Chirurgie“

Anlassschlüssel 033 „Medizinische Behandlung bei Transsexualismus“

Hierzu zählen Fragen zu

- Störungen der Geschlechtsidentität, zu Maßnahmen betreffend die Geschlechtsidentität oder bei einer Geschlechtsidentitätsstörung.

Hinweis: Hierunter sind sowohl operative als auch nicht-operative Maßnahmen zu verschlüsseln.

Anlassschlüssel 034 „Kryokonservierung“

Dazu zählen:

- Kryokonservierungen von Ei- und Samenzellen, Keimzellgewebe und Embryonen wegen keimzellschädigender Therapie.

Hinweis: Andere Arten von Kryotherapien sind unter Anlass 090 zu verschlüsseln.

Anlassschlüssel 039 „Sonstige Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme“

Dazu zählen:

- Fragestellungen, die sich durch die Schlüssel 031-034 nicht abbilden lassen.
- Weitere Fragestellungen i. S. der Gruppe 030 und zum Vorliegen einer Erkrankung "i. S. der GKV".

Anlassschlüssel 040 „humangenetische Untersuchungsleistungen“

Anlassschlüssel 041 „Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen“

Dazu zählen:

- u.a. Genexpressionstest, unabhängig davon, ob es sich um eine neue oder etablierte Methode handelt.

Anlassschlüssel 042 „Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen“

Anlassschlüssel 049 „Sonstige Fragen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen“

Hinweis: In dieser Gruppe werden Stellungnahmen zu humangenetischen Untersuchungsleistungen erfasst. Die Schlüssel-Nr. 040 ist nicht in Stellungnahmen zum Einzelfall als konkrete Verschlüsselung zu verwenden.

Anlassschlüssel 050 „Übergangspflege im Krankenhaus § 39 e SGB V“

Anlassschlüssel 090 „Sonstige Anlässe zur SFS, SGS und zu Sozialmedizinischen Gutachten“

Dazu zählen:

- Fragen zu allen Anlässen, die sich nicht in die Gruppen 100 bis 900 oder eine andere Nr. unter "000" einordnen lassen

Anlassschlüssel 091 „Fahrkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V“

Anlassschlüssel 092 „Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten“

Hinweis: Als Ergebnis für diesen Anlass ist 70 andere Antwort anzugeben.

Produktgruppe S - Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS – nicht fallabschließend)

Schlüssel 13 „SFS – nicht fallabschließend“

Ist eine abschließende Beurteilung des personalisierten Begutachtungsauftrages nicht möglich, handelt es sich um eine „**Sozialmedizinische Fallsteuerung**“ (SFS – nicht fallabschließend) = **Produktgruppe S**. Es werden weitere Ermittlungen und/oder die Bearbeitung des vorgelegten Falles (z. B. Begutachtung) im Medizinischen Dienst veranlasst und dem Auftraggeber das Ergebnis mitgeteilt. Eine Mitteilung an den Leistungserbringer erfolgt nicht.

Die Bearbeitung erfolgt nach Aktenlage.

Die **Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS)** dient

- der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen,
- der Festlegung notwendiger Informationen und/oder
- der Festlegung der weiteren Bearbeitung

durch den Medizinischen Dienst.

Die SFS erfolgt personalisiert.

Produktgruppe I - Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend)

Schlüssel 11 „SGS - fallabschließend“

Die **Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend)** = **Produktgruppe I** ist eine kurze, einzelfallbezogene schriftliche ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung, die dem Auftraggeber eine Leistungsentscheidung ermöglicht. Die SGS ist eine einzelfallbezogene Stellungnahme, die nicht alle Anforderungen an ein Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) erfüllt.

Die Bearbeitung erfolgt nach Aktenlage oder als Aktenlage im digitalen Kontakt sowie nach Befunderhebung oder als Befunderhebung im digitalen Kontakt in Form einer schriftlichen Stellungnahme, welche nicht den formalen Kriterien eines Sozialmedizinischen Gutachtens (SGA) entspricht.

Produktgruppe II - Sozialmedizinisches Gutachten (SGA – fallabschließend)

Schlüssel 22 „SGA - fallabschließend“

Das **Sozialmedizinische Gutachten (SGA - fallabschließend)** = **Produktgruppe II** ist eine schriftliche einzelfallbezogene Stellungnahme, die alle in der Anlage zum Produktkatalog definierten Mindestanforderungen erfüllt. Das Sozialmedizinische Gutachten kann nach Aktenlage oder als Aktenlage im digitalen Kontakt sowie nach Befunderhebung oder als Befunderhebung im digitalen Kontakt erstellt werden.

Es gibt folgende Begutachtungsarten:

- Erstbegutachtung
- Begutachtung nach Höher- und Rückstufungsantrag (nur Pflegebegutachtung)
- Wiederholungsbegutachtung (nur Pflegebegutachtung)
- Folgebegutachtung
- Widerspruchsbegutachtung
- Begutachtung im Anhörungsverfahren
- Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren

Erledigungsart und Erledigungsart für Produktgruppe S, Produktgruppe I und Produktgruppe II werden einheitlich nachfolgenden Schlüsseln zugeordnet:

Erledigungsart

Schlüssel der Erledigungsart 10 „Begutachtung nach Aktenlage“

Dazu zählen:

- Begutachtungen ohne persönlichen Kontakt mit dem Versicherten, die sich nur auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen stützen und nach Aktenlage erstellt werden.

Schlüssel der Erledigungsart 20 „Begutachtung nach Befunderhebung im persönlichen Kontakt“

Dazu zählen:

- Alle Sozialmedizinischen Begutachtungen, bei denen eine eigene Befunderhebung im Beisein des Versicherten durchgeführt wird. Dies schließt auch Sozialmedizinische Begutachtungen ein, bei denen nur ein Gespräch mit dem Versicherten geführt wurde, ohne dass eine Untersuchung stattgefunden hat.

Begutachtung nach Befunderhebung im digitalen Kontakt

Schlüssel der Erledigungsart 31 „Telefoninterview mit Versichertenkontakt“

Schlüssel der Erledigungsart 32 „Videobegutachtung mit Versichertenkontakt“

Hinweis: Das Handbuch Berichtswesen regelt lediglich die statistische Erfassung der durchgeführten Begutachtungen. Die Wahl der Erledigungsart durch die Gutachterinnen und Gutachter erfolgt auf Basis der gültigen Vorgaben wie beispielsweise den gesetzlichen Bestimmungen, Richtlinien oder Begutachtungsanleitungen.

Schlüssel der Erledigungsart 40 „Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt (z.B. digitaler fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und Medizinischen Dienst, digitale Fallberatungen ohne Versichertenkontakt)“

Hinweis: Dieser Schlüssel ist zu verwenden, wenn die gutachtliche Stellungnahme überwiegend im digitalen Kontakt mit Leistungserbringern oder Krankenkassen-Mitarbeitenden entstanden ist. Ein kurzes ergänzendes Telefonat reicht nicht aus.

Hinweis: Für die Produktgruppe S kommen nur die Erledigungsarten 10 „Begutachtung nach Aktenlage“ und 40 „Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt (digitale Fallberatung)“ in Frage.

Erledigungsart

Schlüssel des Erledigungsartes 01 „Medizinischer Dienst (auch Heimarbeit oder Mehrarbeit durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes)“

Schlüssel des Erledigungsartes 02 „Kranken-/Pflegekasse“

Schlüssel des Erledigungsartes 03 „Krankenhaus“

Schlüssel des Erledigungsartes 04 „vollstationäre Pflegeeinrichtung“

Schlüssel des Erledigungsartes 05 „Kurzzeitpflegeeinrichtung“

Schlüssel des Erledigungsartes 06 „§ 43a Einrichtung (Behinderteneinrichtung)“

Schlüssel des Erledigungsartes 07 „teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)“

Schlüssel des Erledigungsartes 08 „Hospiz“

Schlüssel des Erledigungsartes 09 „Reha-Einrichtung“

Schlüssel des Erledigungsartes 10 „häusliches Wohnumfeld des Versicherten“

Schlüssel des Erledigungsartes 11 „Wohneinheit im Sinn des §132I Absatz 5 Nummer 1 (nur für AKI)“

Schlüssel des Erledigungsartes 99 „Sonstiges“

- Zum Beispiel Praxis eines externen Gutachters, privater Arbeitsplatz eines externen Gutachters.

Hinweis: Der Erledigungsart richtet sich immer nach dem Aufenthaltsort des Gutachters bei der Gutachtenerstellung

Eine Übersicht über die Zuordnung von Erledigungsart und Erledigungsart für die Produktgruppen S, I und II gibt folgende Tabelle:

Nr.	Produkt	Nr.	Erledigungsart	Nr.	Erledigungsart
13	SFS – nicht fallabschließend	10	Nach Aktenlage	01	Medizinischer Dienst (auch Heimarbeit oder Mehrarbeit durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes)
11	SGS - fallabschließend	20	Mit Befunderhebung im persönlichen Kontakt	02	Kranken-/Pflegekasse
22	SGA - fallabschließend	31	Telefoninterview mit Versichertenkontakt	03	Krankenhaus
		32	Videobegutachtung mit Versichertenkontakt	04	Vollstationäre Pflegeeinrichtung
		40	Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt (z.B. digitaler fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst, digitale Fallberatungen ohne Versichertenkontakt)	05	Kurzzeitpflegeeinrichtung
				06	§-43-a Einrichtung (Behinderteneinrichtung)
				07	teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- und Nachtpflege)
				08	Hospiz
				09	Reha-Einrichtung
				10	Häusliches Wohnumfeld des Versicherten
				11	Wohneinheit im Sinn des §132I Absatz 5 Nummer 1 (nur für AKI)
				99	Sonstiges (z.B. Praxis eines externen Gutachters, privater Arbeitsplatz eines externen Gutachters)

Erlledigungsart der Produktgruppe III - Sozialmedizinische Beratung

Es soll hier die Erlledigungsart „Sonstiges“ nach Möglichkeit vermieden werden. Bei übergreifenden Erlledigungsarten soll die überwiegende Art gewählt werden.

Schlüssel der Erlledigungsart 10 „Projekt“

Dazu zählen:

- Beratungsaufträge, die in Form eines Projektes durchgeführt werden

Ein Projekt ist ein komplexes Vorhaben, das zeitlich begrenzt ist. Grundlage für ein Projekt ist ein Projektauftrag mit einem Projektziel; es wird ein Projektleiter benannt, Meilensteine werden festgelegt. Für das bundesweite Berichtswesen der Medizinischen Dienste sind alle gutachterlichen Leistungen für Projekte zu dokumentieren, die durch externe Auftraggeber veranlasst wurden.

Schlüssel der Erlledigungsart 11 „Expertise (z. B. Grundsatzgutachten, Konzeptprüfung)“

Dazu zählen:

- Prüfung des Indikationskataloges einer Klinik
- Prüfung des Behandlungskonzeptes einer Klinik
- Prüfung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode

Schlüssel der Erlledigungsart 12 „Schulung und Workshop“

Dazu zählen:

- Schulungsmaßnahmen für Kassenmitarbeiter oder sonstige externe Auftraggeber
- Workshops mit Kassenmitarbeitern oder sonstigen externen Mitarbeitern

Hinweis: Interne Workshops der Medizinischen Dienste werden nicht als eine Sozialmedizinische Beratung erfasst.

Schlüssel der Erlledigungsart 13 „Teilnahme an Verhandlungen“

Dazu zählen:

- Teilnahme an Verhandlungen auf Seiten der Kasse, z. B. zum Abschluss eines Vertrages mit einem Leistungsanbieter

Hinweis: Umfasst ein Auftrag die Erarbeitung eines Konzeptes und anschließend die Teilnahme an Verhandlungen, so ist mit Schlüssel 11 „Expertise (z. B. Grundsatzgutachten, Konzeptprüfung)“ zu kodieren.

Schlüssel der Erledigungsart 14 „Gremien und Ausschüsse“

Dazu zählen z. B.:

- Teilnahme an Sitzungen der Pflegeausschüsse
- Teilnahme an Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Teilnahme an Besprechungen mit Kassen bzw. -verbänden zu allgemeinen (sozial-) medizinischen Fragestellungen

Schlüssel der Erledigungsart 15 „Qualitätsprüfung – außer ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser“

Dazu zählen:

- Prüfungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Rehabilitationseinrichtungen

Hinweis: Die Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen werden mit den Schlüsseln 21 „Qualitätsprüfung ambulante Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI“ bzw. 22 „Qualitätsprüfung stationäre Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI“ oder 23 „Ergänzende Stellungnahme ...“ kodiert.

Schlüssel der Erledigungsart 17 „Tätigkeit in Kompetenzeinheiten, sofern ein Auftrag eines externen Auftraggebers vorliegt“

Dazu zählen die:

- Mitarbeit bei der Erstellung von Grundsatzgutachten der sozialmedizinische Expertengruppe (SEG)
- Mitarbeit bei der Erstellung von Grundsatzgutachten der Kompetenzzentren (KC)
- Teilnahme an Besprechungen/Verhandlungen, sofern dies für die Auftragserledigung erforderlich ist

Hinweis:

Wenn es sich um ein Produkt nur für die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste handelt, dann erfolgt keine Erfassung für das übergreifende Berichtswesen der Medizinischen Dienste.

Schlüssel der Erledigungsart 19 „Sonstige Beratungstypen“

Dazu zählen:

- Aufträge, die sich nicht unter einem der Schlüssel 10-17 bzw. 21-36 kodieren lassen

Schlüssel der Erledigungsart 21 „Qualitätsprüfung ambulante Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI“

Dazu zählen:

- Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI

Schlüssel der Erledigungsart 22 „Qualitätsprüfung vollstationäre Pflegeeinrichtung/Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI“

Dazu zählen:

- Regel-, Anlass und Wiederholungsprüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen/Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI

Schlüssel der Erledigungsart 23 „Ergänzende Stellungnahme nach erfolgter Einrichtungsprüfung nach SGB XI“

Dazu zählen:

- alle Stellungnahmen, die nach einer Qualitätsprüfung verfasst werden, wenn der Leistungserbringer Einwände mitgeteilt hat oder z. B. in einem Sozialgerichtsverfahren noch einmal schriftlich Stellung genommen wird.

Schlüssel der Erledigungsart 24 „Qualitätsprüfungen Häusliche Krankenpflege und Außerklinische Intensivpflege“

Dazu zählen:

- Regelprüfungen und anlassbezogene Prüfungen nach § 275b SGB V von Leistungserbringern mit Verträgen nach §132a Abs. 4 oder §132l Abs. 5 SGB V

Schlüssel der Erledigungsart 25 „Qualitätsprüfung in ambulanten Betreuungsdiensten nach § 112 a SGB XI“

Dazu zählen:

- Regel-, Anlass und Wiederholungsprüfungen ambulanter Betreuungsdienste gemäß §112a SGB XI

Schlüssel der Erledigungsart 26 „Qualitätsprüfung teilstationäre Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI“

Dazu zählen:

- Regel-, Anlass und Wiederholungsprüfungen teilstationärer Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI

Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275 a SGB V

Schlüssel der Erledigungsart 30 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135 b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden (§ 275 a SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 31 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung) (§ 275 a SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 32 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen) (§ 275 a SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 33 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus) (§ 275 a SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 34 „Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136c SGB V (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) (§275a SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 35 „Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung (§ 275 a SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 36 „Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes“ (§ 275 d SGB V)“

Schlüssel der Erledigungsart 37 „Leistungsgruppenprüfung“

Schlüssel der Erledigungsart 40 „Mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten“

Hinweis:

Eine solche mündliche Erörterung vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes erfolgt nur auf Grundlage anonymisierter Daten ohne Arzt- oder Versichertenbezug.

Ergebnisse der Sozialmedizinischen Gutachtlichen Stellungnahme (SGS) fallabschließend und des Sozialmedizinischen Gutachtens (SGA) fallabschließend

Hinweise zu den nachfolgenden Ergebnisschlüssen 10, 20, 30, 40, 50, 52, 53 60, 61 und 62

Es gibt Begutachtungsanlässe, bei welchen die u. g. Ergebnistexte nicht sachgerecht sind. Dies kann z. B. bei Stellungnahmen zu Behandlungsverfahren/Behandlungsmethoden der Fall sein, aber auch bei Arzneimittelverordnungen und bei Fragen zu Behandlungsfehlern. Es besteht die Möglichkeit, dann z. B. „Sozialmedizinische Voraussetzungen für die Leistungsgewährung ...“ oder „Sozialmedizinische Voraussetzungen zur Verordnung ...“ oder „Behandlungs- bzw. Pflegefehler gegeben“ bzw. „teilweise“ oder „nicht gegeben“ vorzusehen, wenn dies in einem Medizinischen Dienst erwünscht und technisch umsetzbar ist.

Für das Berichtswesen erfolgt dann die sinnentsprechend richtige Zuordnung des Ergebnisses über die unveränderte Schlüssel-Nummer.

Ergebnisschlüssel 10 „Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU“

Dazu zählt:

- Bei der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit das Ergebnis, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit nicht länger als 14 Tage andauert.

Hinweis: Diese Beurteilung erfordert die Nennung des letzten AU-Tages (bis maximal 14 Tage nach Beratungs- bzw. Begutachtungsdatum).

Ergebnisschlüssel 20 „Aus medizinischer Sicht auf Zeit AU“

Dazu zählt:

- Bei der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit das Ergebnis, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit noch länger als 14 Tage andauert.

Hinweis: Im Gegensatz zum Schlüssel 30 „Aus medizinischer Sicht auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit“ ist aber von einer irgendwann eintretenden Arbeitsfähigkeit innerhalb einer AU-Dauer von 78 Wochen auszugehen.

Ergebnisschlüssel 30 „Aus medizinischer Sicht auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit“

Dazu zählen:

- Bei der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit das Ergebnis, wenn eine Rückkehr in die bisherige/maßgebliche Tätigkeit nicht mehr möglich ist. Bei der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit das Ergebnis, wenn voraussichtlich sowohl über das Leistungsende des Krankengeldes hinaus als auch mindestens 6 Monate ab dem Beurteilungszeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit fortbestehen wird.

Ergebnisschlüssel 40 „Aussagen zum Leistungsbild“

Dazu zählt:

- Bei der Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit nur, wenn als Ergebnis ein positives und negatives Leistungsbild erstellt wird.

Hinweis: Für die Verweisbarkeit durch die Krankenkasse an die Agentur für Arbeit ist die Formulierung eines Leistungsbildes notwendig.

Ergebnisschlüssel 50 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt“

Dazu zählen Ergebnisse

- bei allen Anlassgruppen (außer Arbeitsunfähigkeit und Regress), wenn die sozialmedizinischen Voraussetzungen für Leistungsgewährung gemäß dem Antrag oder der Fragestellung gegeben sind.
- bei der Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers, wenn ein Behandlungsfehler nicht vorliegt oder nicht wahrscheinlich ist.
- bei der Frage nach dem Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufserkrankung nicht vorliegt oder nicht wahrscheinlich ist.
- bei Krankenhaus-Fällen und Fragen zur korrekten Kodierung bzw. Abrechnung, wenn die Kodierung bzw. Abrechnung ohne Änderungen bestätigt wird
- bei der Frage nach dem Vorliegen eines Mangels an Zahnersatz einschl. Zahnkronen, wenn ein Mangel nicht vorliegt

Hinweise:

Mit diesem Schlüssel 50 wird nur kodiert, wenn die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung gemäß dem Antrag bzw. einer Verordnung in vollem Umfang erfüllt sind.

Bei den Fragen nach Vorliegen von Behandlungs- oder Pflegefehlern oder Berufskrankheiten oder eines Mangels an Zahnersatz einschl. Zahnkronen, wird das Ergebnis aus Sicht der Kasse betrachtet. Wird das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint, so muss die Krankenkasse Leistungen erbringen. Ebenso steht die Kasse für die Behandlung versorgungspflichtiger Befunde an Zahnersatz einschl. Zahnkronen bei nicht festgestelltem Mangel in der Leistungspflicht. Daher wird in diesen Fällen mit dem Ergebnisschlüssel 50 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt“ kodiert.

Ergebnisschlüssel 52 „Es liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor.“

Hinweis: Der Ergebnisschlüssel 52 darf nur in Kombination mit dem Anlassschlüssel 130 verwendet werden.

Ergebnisschlüssel 53 „Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.“

Hinweis: Der Ergebnisschlüssel 53 darf nur in Kombination mit dem Anlassschlüssel 130 verwendet werden.

Ergebnisschlüssel 60 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt“

Dazu zählen:

- Bei allen Anlassgruppen (außer Arbeitsunfähigkeit und Regress) das Ergebnis, wenn die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung gemäß Antrag oder Fragestellung nicht gegeben sind und auch dieselbe Leistung nicht in einem reduzierten Umfang oder andere, ähnliche Maßnahmen des Kostenträgers empfohlen werden.
- Bei der Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers, wenn ein Behandlungsfehler vorliegt oder wahrscheinlich ist.
- Bei der Frage nach dem Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt oder wahrscheinlich ist.
- Bei Krankenhaus-Fällen und Fragen zur korrekten Kodierung bzw. Abrechnung, wenn die Kodierung bzw. Abrechnung geändert wird.
- Bei der Frage nach dem Vorliegen eines Mangels an Zahnersatz einschl. Zahnkronen, wenn ein Mangel vorliegt.

Hinweise:

Werden zur Beurteilung notwendige Unterlagen vom Medizinischen Dienst angefordert und gehen nicht ein oder liegen zur Beurteilung notwendige Unterlagen nicht vor, so ist dieser Schlüssel nicht zu verwenden.

Bei den Fragen nach Vorliegen von Behandlungsfehlern oder Berufskrankheiten oder eines Mangels an Zahnersatz einschl. Zahnkronen, wird das Ergebnis aus Sicht der Kasse betrachtet. Wird das Vorliegen eines Behandlungsfehlers oder einer Berufskrankheit oder eines Mangels an Zahnersatz einschl. Zahnkronen bejaht, so muss die Kasse keine Leistungen erbringen bzw. kann einen Ersatzanspruch geltend machen. Daher wird in diesen Fällen mit dem Ergebnisschlüssel 60 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt“ kodiert.

Bei den KH-Fragen zur korrekten Kodierung bzw. Abrechnung einer Behandlung führt die Änderung bzw. Nichtbestätigung einer Diagnose oder Prozedur etc. dazu, dass die gesamte Kodierung nicht korrekt ist, daher wird dann dieser Schlüssel angewendet.

Ergebnisschlüssel 61 „Sozialmedizinische Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung eingeschränkt oder teilweise erfüllt“

Dieser Ergebnisschlüssel trifft zu,

- wenn die Voraussetzungen einer beantragten Leistung grundsätzlich gegeben sind, aber nicht in der Art bzw. dem Umfang, wie sie beantragt bzw. verordnet wurden.
Beispiele: Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation wird nicht für den gesamten beantragten Zeitraum für erforderlich gehalten oder ein spezielles Hilfsmittel ist zwar notwendig, aber nicht in der beantragten Ausführung.
- wenn aufgrund nicht ausreichend vorliegender Unterlagen, trotz Anforderung beim Leistungserbringer, nur eine teilweise Beantwortung der Fragestellung möglich ist.
- wenn in einer Stellungnahme mehrere Teilfragen unterschiedlich beantwortet werden, z. B. zu besonderen Zurichtungen oder Ausfertigungen eines Hilfsmittels, oder zu mehreren Hilfsmitteln in einem Auftrag.
- wenn eine beantragte Leistung nicht als medizinisch erforderlich angesehen wird, aber eine

andere, ähnliche Leistung empfohlen wird - z. B. statt einer stationären eine ambulante Leistung zur Rehabilitation, statt dem beantragten ein anderes Hilfsmittel, statt der häuslichen Krankenpflege eine Haushaltshilfe.

- wenn eine Arzneimitteltherapie in einer anderen als in der beantragten Dosierung befürwortet oder auf Dauer / als Erhaltungstherapie beantragt, aber nur für einen bestimmten Zeitraum / als Akuttherapie befürwortet wird.

Dieser Ergebnisschlüssel kommt nicht zum Tragen

- bei Anlässen der Arbeitsunfähigkeit, die mit den Ergebnissen Nr. 10-40, 52, 53, 62 und 70 verschlüsselt werden können.
- bei Anlassschlüssel 250 „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“.
- bei Anlassschlüssel 251 „Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“.
- bei Anlassschlüssel 270 „Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“.
- Bei Anlassschlüssel 271 „Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie“.

Die differenzierten Ergebnisse werden hier (zukünftig) in einer separaten Statistik der Ergebnisse zu den einzelnen Kranzfragen erfasst.

Ergebnisschlüssel 62 „Es liegen weder eine erhebliche Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.“

Hinweis: Der Ergebnisschlüssel 62 darf nur in Kombination mit dem Anlassschlüssel 130 verwendet werden.

Ergebnisschlüssel 70 „Andere Antwort“

Dazu zählen:

- Bei der Anlassgruppe 100 Fragestellungen
 - zu Beschäftigungsverboten nach dem Mutterschutzgesetz
 - nach Bedenken gegen einen Urlaubaufenthalt während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit
 - die sich nicht eindeutig mit den Ergebnissen 10 bis 40, 52, 53 und 62 kodieren lassen
 - zum Anlassschlüssel 140
- Fragestellungen bei allen Anlässen, die sich nicht eindeutig mit den Ergebnissen 50, 60 und 61 kodieren lassen
- Fragestellungen zur Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten

Hinweis: Dieser Schlüssel ist nicht zu verwenden, wenn angeforderte Unterlagen nicht vollständig eingegangen sind, jedoch eine teilweise Beantwortung der Frage möglich ist. Siehe Ergebnisschlüssel 61.

Ergebnisse der Sozialmedizinischen Fallsteuerung (SFS) nicht fallabschließend

Ergebnisschlüssel 80 „Weitere Ermittlungen“

Dazu zählen:

- Rückgabe eines SFS-Falls an die Krankenkasse mit Bitte, weitere Unterlagen/Informationen zu beschaffen
- Mitnahme des Falles aus der Fallberatung durch den Gutachter mit der Aussage für die Kasse, dass weitere Unterlagen/Informationen durch den Medizinischen Dienst beschafft werden
- Begleitung zu Einzelfall bezogenen Terminen beim Sozialgericht bzw. zu deren Vorbereitung

Ergebnisschlüssel 90 „Sozialmedizinische Begutachtung empfohlen“

Dieser Schlüssel wird angewendet, wenn eine fallabschließende Entscheidung durch den Gutachter nicht möglich ist.

Hinweis:

Produkte der Produktgruppe I und II ermöglichen grundsätzlich eine Leistungsentscheidung des Auftraggebers. Daher sind die Begutachtungsergebnisse „weitere Ermittlungen“ und „Sozialmedizinische Begutachtung empfohlen“ bei diesen Produkten nicht zulässig. Produkte mit diesen Ergebnissen, sind immer der Produktgruppe S zuzuordnen.

Ergebnisschlüssel 91 „Sozialmedizinische Begutachtung nicht empfohlen (kein Prüfpotential)“

Hinweis: Gilt nur für Fragen zu DRG/PEPP

Pflegegrade

Die folgenden Stufungen bzw. Verschlüsselungen sind Begutachtungsergebnisse bei einem Antrag auf Anerkennung von Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI.

Schlüsselbezeichnung	Schlüsselwert Berichtswesen der Medizinischen Dienste
kein Pflegegrad	10
Pflegegrad 1	11
Pflegegrad 2	12
Pflegegrad 3	13
Pflegegrad 4	14
Pflegegrad 5	15
mindestens Pflegegrad 1	51
Mindestens Pflegegrad 2	52

Begutachtungsart

Die nachfolgenden Definitionen gelten nicht nur für Gutachten (Produktgruppe II) sondern für alle fallabschließenden Produkte.

Schlüssel der Begutachtungsart 10 „Erstbegutachtung“

Dazu zählen:

- In der GKV die erste (fallabschließende) Stellungnahme im eigenen Medizinischen Dienst im laufenden Leistungsfall, außer wenn es sich um einen Widerspruch handelt.
- In der Pflegeversicherung Stellungnahmen bei Anträgen auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn bisher noch keine Pflegebedürftigkeit oder erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz gemäß SGB XI festgestellt wurde.
- In der Pflegeversicherung Stellungnahme bei Anträgen auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI und bei sonstigen Fragen.
- In der Pflegeversicherung Stellungnahmen bei Anträgen auf Leistungen nach § 45 a SGB XI, wenn bisher noch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz oder Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde.
- In der Pflegeversicherung Stellungnahmen bei Anträgen auf Leistungen nach § 87 b SGB XI, wenn bisher ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf oder Pflegebedürftigkeit noch nicht festgestellt wurde.

Im Datenaustausch soll keine interne Umschlüsselung der von den Pflegekassen vorgenommenen

Zuordnung zu „Erstbegutachtung“ oder „Begutachtung nach Höherstufungsantrag“ erfolgen.

Schlüssel der Begutachtungsart 11 „Begutachtung nach bereits erfolgter Eilfeststellung zur Pflegebedürftigkeit“

Dazu zählen:

- Begutachtungen, die im direkten Anschluss an eine Stellungnahme im Eilverfahren (Fall mit verkürzter Begutachtungsfrist von 1 oder 2 Wochen, s. a. unter „Kategorien der Fristfälle“) durchgeführt werden.

Schlüssel der Begutachtungsart 22 „Wiederholungsbegutachtung“

Dazu zählen:

- Aufträge auf Überprüfung der Pflegestufe/Pflegegrad

Hinweis: Das Wiederholungsgutachten kann vom Medizinischen Dienst vorgeschlagen worden sein oder die Pflegekasse kann von sich aus eine Überprüfung in Auftrag geben.

Hinweis zu den nachfolgenden Begutachtungsarten 23 und 24:

Führt ein Medizinischer Dienst erstmals bei einem Versicherten, bei dem bereits eine Pflegebedürftigkeit nach SGB XI anerkannt wurde (ggf. auch nach einer Begutachtung durch einen anderen Medizinischen Dienst) und der jetzt einen Antrag auf eine Änderung der Pflegestufe gestellt hat, eine Begutachtung durch, so ist dies als eine Höherstufungs- oder Rückstufungsbegutachtung zu verschlüsseln.

Schlüssel der Begutachtungsart 23 „Begutachtung nach Höherstufungsantrag“

Dazu zählen:

- Anträge auf Heraufsetzung einer Pflegestufe/Pflegegrad und/oder der Leistungsberechtigung wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Schlüssel der Begutachtungsart 24 „Begutachtung nach Rückstufungsantrag“

Dazu zählen:

- Anträge auf Herabsetzung einer Pflegestufe/Pflegegrad

Schlüssel der Begutachtungsart 29 „Folgebegutachtung“

Dazu zählen:

- In der GKV alle einer „fallabschließenden“ Stellungnahme **im eigenen Medizinischen Dienst** folgenden weiteren Stellungnahmen in einem fortlaufenden Leistungsfall, außer wenn sie als

Widerspruch zu klassifizierenden sind.

- Als Folgebegutachtung sind auch erste Stellungnahmen zur Verlängerung bewilligter Maßnahmen bzw. Leistungen (z. B. von Rehabilitationsmaßnahmen, Arbeitsunfähigkeit, häusliche Krankenpflege, weitere Verordnungen in einem AKI-Fall u. a.) zu verschlüsseln, wenn der Medizinische Dienst primär zu der in Anspruch genommenen Leistung Stellung genommen hat.
- Im Bereich der Einstufung der Pflegebedürftigkeit wird gemäß der Richtlinie zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zwischen Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen unterschieden. Eine Folgebegutachtung gibt es bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nicht.

Schlüssel der Begutachtungsart 30 „Widerspruchsbegutachtung“

Dazu zählen Stellungnahmen bei einem

- Widerspruch des Versicherten gegen die Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse
- Einspruch des Versicherten gegen die bevorstehende Entscheidung der Kranken- oder Pflegekasse
- Einspruch des Behandlers gegen die Entscheidung der Krankenkasse

Hinweise:

Anmerkung zu den Widersprüchen bei KV-Fällen: Bis zum Erscheinen der 9. Handbuchfassung im Dezember 2009 waren vom Auftraggeber als Widerspruch übergebene Fälle nicht als solche zu verschlüsseln, wenn der eigene Medizinische Dienst noch nie Stellung genommen hatte. Insbesondere wegen der dann eingeführten Präzisierungen war dies dann hinfällig.

In der Pflegeversicherung ist durch die Richtlinien die Definition der Erstbegutachtungen und nachfolgender Gutachten geregelt. Als Widerspruchsbegutachtung ist ein Gutachten zu verschlüsseln, wenn der Versicherte gegen eine Entscheidung der Pflegekasse einen Widerspruch einlegt; dies gilt auch im PV-Bereich unabhängig davon, welcher Medizinische Dienst das Vorgutachten erstellt hatte, gegen das der Versicherte einen Widerspruch einlegt.

Schlüssel der Begutachtungsart 31 „Begutachtung im Anhörungsverfahren“

Schlüssel der Begutachtungsart 80 „Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren“

Präzisierung der Begutachtungsart Widerspruchsbegutachtung/Begutachtung im Anhörungsverfahren

Die Begutachtungsart 30 „Widerspruchsbegutachtung“ kann mit den Schlüsseln 40-70 weiter präzisiert werden.

Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 40 „Wiedervorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei

Einspruch des Leistungserbringers) ohne inhaltlich neue Informationen/ohne neue Sachlage“

Es handelt sich hier um die neuerliche Vorlage desselben Leistungsantrags in einem Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren des Kostenträgers (oder bei einem Einspruch des Leistungserbringers), ohne dass inhaltlich neue Informationen oder eine neue Sachlage vorliegen. Zu demselben Fall wurde schon einmal im eigenen Medizinischen Dienst Stellung genommen.

Hierbei handelt es sich um sog. „echte“ Widersprüche. Eine Änderung des gutachterlichen Votums bedeutet, dass ein Gutachter dieselbe medizinische/sozialmedizinische Sachlage hinsichtlich seiner Empfehlung zur Leistungsentscheidung der Kasse jetzt anders einordnet.

Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 50

„Wiedervorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) mit inhaltlich neuen Informationen/mit neuer Sachlage“

Zu dem Fall wurde schon einmal im eigenen Medizinischen Dienst Stellung genommen, es erfolgt die neuerliche Vorlage desselben Leistungsantrags in einem Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren des Kostenträgers (oder bei einem Einspruch des Leistungserbringers) mit inhaltlich neuen Informationen oder bei einer zwischenzeitlich veränderten Sachlage.

Hierbei handelt es sich um sog. „unechte“ Widersprüche. Eine Änderung des gutachterlichen Votums bedeutet, dass der Gutachter hauptsächlich wegen neuer, bisher nicht bekannter Informationen zur med. Situation oder aufgrund einer neuen Sachlage (z. B. Verschlechterung der med. Situation) zu einer anderen Empfehlung bezüglich der Leistungsentscheidung der Kasse kommt.

Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 60

„Vorlage desselben Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) ohne vorangegangene Stellungnahme in diesem Medizinischen Dienst“

Es handelt sich um die Vorlage eines Leistungsantrags im Widerspruchs- oder Anhörungsverfahren des Kostenträgers (oder bei Einspruch des Leistungserbringers) nach einer vorangegangenen Stellungnahme in einem *anderen* Medizinischen Dienst oder ohne dass überhaupt schon von einem Medizinischen Dienst eine Stellungnahme abgegeben wurde.

Mit dieser Verschlüsselung soll ausgeschlossen werden, dass ein positives Votum zu einer Leistungsgewährung als eine Änderung der Beurteilung aus dem eigenen Medizinischen Dienst interpretiert wird.

Schlüssel der Präzisierung der Begutachtungsart 70

„Wiedervorlage desselben Leistungsantrags bei Reklamation des Auftraggebers“

Mit dieser Verschlüsselung sollen Fälle erkennbar werden, bei welchen aufgrund eines Votums oder Einwands des Auftraggebers - ohne einen vorliegenden Widerspruch oder Einspruch von Versicherten/Leistungserbringern und ohne ein Anhörungs- Widerspruchsverfahren der Kasse - eine neuerliche Stellungnahme desselben Medizinischen Dienstes erfolgt.

Kategorien der Fristfälle § 18-Begutachtung SGB XI

Hinweis: Die Begrifflichkeit kann sich in den Gutachten hiervon etwas unterscheiden.

Schlüssel 00 „Regelfall“

Dazu zählen:

- Anträge, bei denen dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden soll (Regelfall Begutachtung).

Schlüssel 10 „Verkürzte Frist zur Sicherstellung der Pflege“

Dazu zählen:

- Anträge, bei denen der Antragsteller sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist.

Schlüssel 20 „Aufenthalt in Krankenhaus/stationärer Reha-Einrichtung und Pflegezeit angekündigt“

Dazu zählen:

- Anträge, bei denen der Antragsteller sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt wurde.

Schlüssel 30 „Verkürzte Frist bei Hospizpflege“

Dazu zählen:

- Anträge bei aktuellem Aufenthalt des Antragstellers in einem stationären Hospiz

Schlüssel 40 „Verkürzte Frist bei ambulanter Palliativpflege“

Dazu zählen:

- Anträge bei ambulanter palliativer Versorgung des Antragstellers

Schlüssel 50 „Verkürzte Frist bei häuslichem Aufenthalt (ohne Palliativversorgung) und Pflegezeitankündigung“

Dazu zählen:

- Der Antragsteller befindet sich in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitsgeber der pflegenden Person (naher Angehöriger) wurde angekündigt

Schlüssel 60 „Verkürzte Frist bei Kurzzeitpflege nach stationärem Aufenthalt“

Teil B: übergreifende Berichterstattung der Medizinischen Dienste

Definition „Datensatz-Transfer MD an MD BUND“

Datenkranz Berichtswesen KV, Stand: 15.10.2024

Feld-Nr.	Feldname	Anzahl der Stellen	Bereich		Format	Schlüssel Erläuterungen
			von	bis		
1	MD-Schlüssel	2	1	2	numerisch	lt. Schlüsselliste
2	Auftraggeber	1	3	3	numerisch	lt. Schlüsselliste
3	Auftragseingang	6	4	9	numerisch	TTMMJJ (Eingang des Auftrags beim MD)
4	Auftragsausgang	6	10	15	numerisch	TTMMJJ (Übermittlung des MD-Produkts an Auftraggeber)
5	Kennzeichen Produktgruppe	2	16	17	numerisch	13=Produktgruppe S (SFS - nicht fallabschließend) 11=Produktgruppe I (SGS - fallabschließend) 22=Produktgruppe II (SGA - fallabschließend) 30=Produktgruppe III
6	Beratungs-/Gutachtenanlass	3	18	20	numerisch	lt. Schlüsselliste
7	Begutachtungsart (nur Produktgruppe II)	2	21	22	numerisch	10=Erstgutachten 11=Begutachtung nach bereits erfolgter Eilfeststellung zur Pflegebedürftigkeit 22=Wiederholungsbegutachtung 23=Begutachtung nach Höherstufungsantrag 24=Begutachtung nach Rückstufungsantrag 29=Folgebegutachtung 30=Widerspruchsbegutachtung 31=Begutachtung im Anhörungsverfahren 80=Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren
8	Erledigungsart der Produktgruppen I und II	2	23	24	numerisch	10=nach Aktenlage 20=Begutachtung nach Befunderhebung im persönlichen Kontakt 31=Telefoninterview mit Versichertenkontakt 32=Videobegutachtung mit Versichertenkontakt 40=Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt (z.B. digitaler fachlicher Austausch zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst, digitale Fallberatung)

9	Erledigungsart der Produktgruppen I und II	2	25	26	numerisch	lt. Schlüsselliste
10	Erledigungsart Produktgruppe III	2	27	28	numerisch	lt. Schlüsselliste
11	Ergebnis Produktgruppen I und II	2	29	30	numerisch	lt. Schlüsselliste, für Anlässe 6xx (Pflege) leer
12	Fallzahl/Stunden	7	31	37	Numerisch Format F7.1	Bei Fällen der Produktgruppen S; I und II ist immer mit Fallzahl "1" zu codieren. Für die Produktgruppe III werden die Stunden angegeben
13	Intern/extern	1	38	38	numerisch	1 = intern 2 = extern

Datenformat: ASCII im .TXT-Format ohne Feldtrenner mit fixierten Spalten

Schlüsselverzeichnis

Medizinischer Dienst

Schlüsselverzeichnis

Feldnr. 1

MD-Schlüssel	
Schlüssel	Bezeichnung
1	MD Berlin-Brandenburg
2	MD Nord
3	MD Bremen
12	MD Niedersachsen
13	MD Westfalen-Lippe
14	MD Nordrhein
15	MD Hessen
16	MD Rheinland-Pfalz
17	MD Saarland
18	MD Baden-Württemberg
19	MD Bayern
21	MD Mecklenburg-Vorpommern
23	MD Sachsen-Anhalt
24	MD Thüringen
25	MD Sachsen

Auftraggeber

Schlüsselverzeichnis

Feldnr. 2

Auftraggeber	
Schlüssel	Bezeichnung
1	AOK
2	BKK
3	IKK
4	VDEK
5	BKN
6	LKK
7	Bahn-BKK
8	ARGE Kassen
9	SONSTIGE

Anlass

Schlüsselverzeichnis

Feld Nr. 6:

Anlässe zur Sozialmedizinischen Fallsteuerung (SFS), zur Sozialmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme (SGS), zum Sozialmedizinischen Gutachten (SGA) und der Sozialmedizinischen Beratung	
Schlüssel	Bezeichnung
100	Arbeitsunfähigkeit
110	Sicherung des Behandlungserfolges
130	Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation
140	Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten
150	Fragen zum Leistungsbild
161	Dauer der AU - Zweifel der Krankenkasse
162	AU - Zweifel des Arbeitgebers
163	Arbeitsunfähigkeit bei Leistungsempfängern aus dem SGB II
180	Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V
190	Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit
200	Krankenhausleistungen
240	Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach der Bundespflegesatzverordnung
250	Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz
251	Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz
260	Ambulante Krankenhausleistungen
261	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V
262	Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
263	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V
264	Psychiatrische / psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
265	Geriatrische Institutsambulanzen
269	Sonstige ambulante Krankenhausbehandlung
270	Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen
271	„Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie“
290	Sonstige Anlässe zu stationären Leistungen
291	Hybrid-DRG nach § 115 f SGB V
300	Ambulante Leistungen
310	<i>Heilmittel nach § 32 SGB V</i>
311	Physiotherapie

312	Podologische Therapie
313	Stimm-, Sprech, Sprach- und Schlucktherapie
314	Ergotherapie
315	Ernährungstherapie
316	Zahnärztlich verordnete Heilmittel
320	Psychotherapie nach § 27 Abs. 1 SGB V
330	Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
331	Außenklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V
340	Haushaltshilfen nach §§ 24h und 38 SGB V
350	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b SGB V
360	Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39 c SGB V
390	Sonstige Anlässe zu ambulanten Leistungen
391	Soziotherapie nach § 37 a SGB V
400	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittelversorgung
410	Neue und/oder nicht zugelassene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
420	<i>Arzneimittel der Regelversorgung</i>
421	Zugelassene Arzneimittel
422	Zulassungsüberschreitender Arzneimittelleinsatz
423	Einzelimportierte Arzneimittel nach § 73 Abs.3 AMG
424	Rezepturarzneimittel, die den Methoden zuzurechnen sind
425	Cannabinoide
429	Sonstige Anlässe zur Arzneimittelversorgung
440	Neue und/oder nicht zugelassenen Heil- und Hilfsmittel
490	Sonstige Anlässe zu neuen und/oder nicht zugelassenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
500	Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation
511	Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag
512	Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag
521	Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag
522	Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag
531	Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Erstantrag
532	Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V - Verlängerungsantrag
541	Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Erstantrag
542	Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V - Verlängerungsantrag
551	Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Erstantrag
552	Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V - Verlängerungsantrag

561	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Erstantrag
562	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V - Verlängerungsantrag
571	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
572	Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V
580	Rehasport / Funktionstraining nach § 64 SGB IX
591	Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge
592	Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation
599	Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V
600	Pflege
611	Ambulante Leistungen – Geldleistung nach § 37 SGB XI
612	Ambulante Leistungen – Sachleistungen nach § 36 SGB XI
613	Ambulante Leistungen – Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI
614	Ambulante Leistungen – Sachleistungen / Kurzzeitpflege
615	teilstationäre Leistungen
621	Vollstationäre Leistungen nach § 43 SGB XI
622	Stationäre Leistungen nach § 43a SGB XI
651	Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI
652	Teilstationäre Pflege nach § 41 SGB XI
653	Notwendigkeit der Tages- und Nachtpflege neben Leistungen nach § 38 a (38 a Abs. 1 S. 2 SGB XI)
660	Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
667	Technische Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 SGB XI
668	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 und 3 SGB XI
670	Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 Absatz 4 SGB XI
690	Sonstige Anlässe zur Pflege
691	Ergänzende Fragestellungen zur Pflegebedürftigkeit
693	Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson
700	Hilfsmittel und hilfsmittennahe Medizinprodukte GKV
701	Absauggeräte
702	Adaptationshilfen
703	Applikationshilfen
704	Badehilfen
705	Bandagen
706	Bestrahlungsgeräte
707	Blindenhilfsmittel

708	Einlagen
709	Elektrostimulationsgeräte
710	Gehhilfen
711	Hilfsmittel gegen Dekubitus
712	Hilfsmittel bei Tracheostoma
713	Hörhilfen
714	Inhalations- und Atemtherapiegeräte
715	Inkontinenzhilfen
716	Kommunikationshilfen
717	Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
718	Kranken- und Behindertenfahrzeuge
719	Krankenpflegeartikel
720	Lagerungshilfen
721	Messgeräte Für Körperzustände/-funktionen
722	Mobilitätshilfen
723	Orthesen/Schienen
724	Beinprothesen
725	Sehhilfen
726	Sitzhilfen
727	Sprechhilfen
728	Stehhilfen
729	Stomaartikel
730	Hilfsmittel zum Glukosemanagement
731	Schuhe
732	Therapeutische Bewegungsgeräte
733	Toilettenhilfen
734	Haarsatz
735	Epithesen
736	Augenprothesen
737	Brustprothesen
738	Armprothesen
780	Evaluation durchgeföhrter Hilfsmittelversorgung nach § 275 Abs. 3 Satz 3 SGB V
790	Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV
791	Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33 a SGB V
900	Ansprüche gegenüber/von Dritten („Ersatzansprüche“, „Regress“)
910	<i>Verdacht auf Behandlungs- oder Pflegefehler</i>

911	Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)
912	Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V)
913	Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V)
914	Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)
915	Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 116 SGB X)
916	Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 116 SGB X)
917	Verdacht auf medizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)
918	Verdacht auf zahnmedizinischen Behandlungsfehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)
919	Verdacht auf Pflegefehler (Aufträge nach § 66 SGB V und § 116 SGB X)
920	Abgrenzung Kostenträgerschaft / Ersatzanspruch nach § 102 ff. SGB X
990	Sonstige Anlässe zu Ansprüchen gegenüber/von Dritten
991	Verdacht auf Mängel an Zahnersatz einschl. Zahnkronen
000	Sonstige Anlässe
010	<i>Ambulante zahnärztliche Leistungen</i>
011	Zahnersatz
012	Implantate einschließlich Suprakonstruktion
013	Aufschiebbarkeit Zahnersatz u. a. Versorgungen, „Ruhens des Leistungsanspruchs“
014	Konservierend-chirurgische Behandlung
015	Kieferbruch/Aufbisshilfe
016	Kieferorthopädie
017	Behandlung von Parodontopathien
019	Sonstige Anlässe zur Zahnmedizin
020	Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39 a SGB V
030	<i>Fragen zur medizinischen Indikation einer geplanten Behandlungsmaßnahme</i>
031	Medizinische Indikation eines geplanten operativen Eingriffs / plastisch-chirurgische Eingriffe
032	Bariatrische Chirurgie
033	Medizinische Behandlung bei Transsexualismus
034	Kryokonservierung
039	Sonstige Fragen zur med. Indikation einer Behandlungsmaßnahme
040	Humangenetische Untersuchungsleistungen
041	Humangenetische Untersuchungsleistungen bei onkologischen Fragestellungen
042	Humangenetische Untersuchungsleistungen im Rahmen der Diagnostik seltener Erkrankungen
049	Sonstige Fragen zu Humangenetische Untersuchungsleistungen
050	Übergangspflege im Krankenhaus § 39 e SGB V
090	Sonstige Anlässe zur SFS, SGS und zu Sozialmedizinischen Gutachten
091	Fahrtkosten bei ambulanten oder stat. Behandlungen nach § 60 SGB V

092	Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten
-----	-------------------------------------

Erledigungsart der Produktgruppen I und II

Schlüsselverzeichnis

Feldnr. 9

Erledigungsart der Produktgruppen I und II	
Schlüssel	Bezeichnung
01	Medizinischer Dienst (auch Heimarbeit oder Mehrarbeit durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes)
02	Kranken-/Pflegekasse
03	Krankenhaus
04	Vollstationäre Pflegeeinrichtung
05	Kurzzeitpflegeeinrichtung
06	§ 43 a-Einrichtung (Behinderteneinrichtung)
07	Teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tages- oder Nachtpflege)
08	Hospiz
09	Reha-Einrichtung
10	Häusliches Wohnumfeld des Versicherten
11	Wohneinheit im Sinn des §132I Absatz 5 Nummer 1 (nur für AKI)
99	Sonstiges (z.B. Praxis eines externen Gutachters, privater Arbeitsplatz eines externen Gutachters)

Erledigungsart der Produktgruppe III

Schlüsselverzeichnis

Feldnr. 10

Erledigungsart der Produktgruppe III – Sozialmedizinische Beratung	
Schlüssel	Bezeichnung
10	Projekt
11	Expertise (z.B. Grundsatzgutachten, Konzeptprüfung)
12	Schulung und Workshop
13	Teilnahme an Verhandlungen
14	Gremien und Ausschüsse
15	Qualitätsprüfung – außer ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser
17	Tätigkeit in Kompetenzeinheiten, sofern ein Auftrag eines externen Auftraggebers vorliegt
19	Sonstige Beratungstypen
21	Qualitätsprüfung ambulante Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI
22	Qualitätsprüfung vollstationäre Pflegeeinrichtung/Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI
23	Ergänzende Stellungnahme nach erfolgter Einrichtungsprüfung nach SGB XI
24	Qualitätsprüfungen Häusliche Krankenpflege und Außerklinische Intensivpflege
25	Qualitätsprüfung in ambulanten Betreuungsdiensten nach § 112 a SGB XI
26	Qualitätsprüfung teilstationäre Pflegeeinrichtung gemäß §§ 112/114 SGB XI
30	Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135 b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden (§ 275 a SGB V)
31	Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung) (§ 275 a SGB V)
32	Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen) (§ 275 a SGB V)
33	Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus) (§ 275 a SGB V)
34	Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 c SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) (§ 275 a SGB V)
35	Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung. (§ 275 a SGB V)
36	Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes (§ 275 d SGB V)
37	Leistungsgruppenprüfung
40	Mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten

Ergebnis

Schlüsselverzeichnis

Feldnr. 11

Ergebnisse der Sozialmedizinischen Fallsteuerung, der Sozialmedizinischen gutachtlichen Stellungnahme und des Sozialmedizinischen Gutachtens	
Schlüssel	Bezeichnung
10	Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU
20	Aus medizinischer Sicht auf Zeit AU
30	Aus medizinischer Sicht auf Dauer AU für die letzte Tätigkeit
40	Aussagen zum Leistungsbild
50	Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt
52	Es liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor
53	Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor
60	Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt
61	Sozialmedizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung eingeschränkt oder teilweise erfüllt
62	Es liegen weder eine erhebliche Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor
70	Andere Antwort
80	Weitere Ermittlungen
90	Sozialmedizinische Begutachtung empfohlen
91	Sozialmedizinische Begutachtung nicht empfohlen (kein Prüfpotential)

Erläuterungen zur Datenverarbeitung der Datensätze zum Berichtswesen

Gegenstand und Verfahren der Datenübermittlung

Gegenstand der Datenübermittlung sind Einzel- und Summendaten gemäß dem „Handbuch Berichtswesen“ in der jeweils letzten Fassung. Maßgebend für den Datentransfer sind der Datenkranz und die Schlüssel im Abschnitt „Anhang“.

Datensätze mit Angabe des Ausgangsjahres, das nicht dem Berichtsjahr entspricht, werden nicht verarbeitet. Ein gesonderter Ausweis eventuell überlassener Datensätze erfolgt nicht.

Datensätze zur Pflegeversicherung (Anlassgruppe 600) sind nicht Gegenstand der Statistikführung. Ein gesonderter Ausweis eventuell überlassener Datensätze im Berichtswesen KV erfolgt nicht.

Datensätze zur PG S sind nicht Gegenstand der Statistikführung. Ein gesonderter Ausweis eventuell überlassener Datensätze im Berichtswesen KV erfolgt nicht.

Der Schlüssel „000“ für „Sonstige Anlässe“ innerhalb der Produktgruppe III wird als numerisches Feld eingelesen. Insofern wird zwischen „0“, „00“ und „000“ nicht unterschieden.

Plausibilitätskontrollen

Teil 1 „Alle Datensätze“

Position 1	Anzahl der überlassenen Datensätze
Position 2	Anzahl der Datensätze, die im Feld 2 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 3	Anzahl der Datensätze, die im Feld 5 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 4	Anzahl der Datensätze, die im Feld 13 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 5	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze
Position 6	Anteil verarbeiteter Datensätze
Position 7	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze – Produktgruppe S
Position 8	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze – Produktgruppe I
Position 9	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze – Produktgruppe II
Position 10	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze – Produktgruppe III

Teil 2 „Produktgruppe S (SFS – nicht fallabschließend)“

Position 1	Anzahl Datensätze lt. Position 7 Teil 1
Position 2	Anzahl der Datensätze, die im Feld 6 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 3	Anzahl der Datensätze mit Anlässen „Nicht-Pflege“, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 4	Anzahl Datensätze summarische SFS
Position 5	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze
Position 6	Anteil weiterverarbeiteter Datensätze

Teil 3 „Produktgruppe I (SGS - fallabschließend)“

Position 1	Anzahl Datensätze lt. Position 8 Teil 1
Position 2	Anzahl der Datensätze, die im Feld 6 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 3	Anzahl Datensätze, die in Anlassgruppe „100“ (Arbeitsunfähigkeit) nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 4	Anzahl Datensätze mit Anlass „Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten“, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 5	Anzahl der Datensätze „Nicht-AU“, „Nicht-Pflege“, „Nicht-Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Nicht-Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Nicht-Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“ und „Nicht-Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie“, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 6	Anzahl der Datensätze mit Anlass „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“ oder „Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 7	Anzahl der Datensätze, die im Feld 7 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 8	Anzahl der Datensätze, die im Feld 8 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 9	Anzahl der Datensätze, die im Feld 9 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.

Position 10	Anzahl Datensätze summarische SGS
Position 11	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze
Position 12	Anteil weiterverarbeiteter Datensätze

Teil 4 „Produktgruppe II (SGA - fallabschließend)“

Position 1	Anzahl Datensätze lt. Position 9, Teil 1
Position 2	Anzahl der Datensätze, die im Feld 6 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 3	Anzahl Datensätze, die in Anlassgruppe „100“ (Arbeitsunfähigkeit) nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 4	Anzahl Datensätze mit Anlass „Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten“, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 5	Anzahl der Datensätze mit Anlässen „Nicht-AU“, „Nicht-Pflege“, „Nicht-Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Nicht-Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Nicht-Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“ und „Nicht-Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie“, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 6	Anzahl der Datensätze mit Anlass „Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Zahnmedizinische Krankenhausbehandlung mit Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz“, „Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit Abrechnung nach tagesbezogenen Pauschalen“ oder „Stationsäquivalente Behandlung in der Psychiatrie, die nicht die gültigen Ergebnisschlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 7	Anzahl der Datensätze, die im Feld 7 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 8	Anzahl der Datensätze, die im Feld 8 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 9	Anzahl der Datensätze, die im Feld 9 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten.
Position 10	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze.
Position 11	Anteil weiterverarbeiteter Datensätze.

Teil 5 „Produktgruppe III (Sozialmedizinische Beratung)“

Position 1	Anzahl Datensätze lt. Position 10, Teil 1
-------------------	---

Position 2	Anzahl der Datensätze, die im Feld 6 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 3	Anzahl der Datensätze, die im Feld 10 nicht die gültigen Schlüssel lt. Schlüsselliste beinhalten
Position 4	Anzahl weiterverarbeiteter Datensätze
Position 5	Anteil weiterverarbeiteter Datensätze

Tabellen Plausibilitätskontrollen

Plausibilitätskontrollen

MD-Schlüssel	
--------------	--

Berichtszeitraum	
------------------	--

Teil 1	Alle Datensätze
--------	-----------------

Position	
1	Gemeldete Datensätze
	davon:
2	Ungültiger Schlüssel Auftraggeber (Feldnr. 2)
3	Ungültiger Schlüssel der Produktgruppe (Feldnr. 5)
4	Ungültiger Schlüssel "Intern/Extern" (Feldnr.13)
5	Verarbeitete Datensätze
6	Bereitstellungsgrad in v.H.
	davon (Pos. 5) Datensätze:
7	Produktgruppe S
8	Produktgruppe I
9	Produktgruppe II
10	Produktgruppe III

Prüfsumme: (Pos. 5) - (Pos. 7 bis Pos. 10) muss 0 sein	
--	--

Plausibilitätskontrollen

MD-Schlüssel	
--------------	--

Berichtszeitraum	
------------------	--

Teil 2	Produktgruppe S (SFS – nicht fallabschließend)
--------	---

Position	
1	Anzahl Datensätze laut Position 7 Teil 1
2	davon: Ungültiger Schlüssel des Beratungs-/Begutachtungsanlasses (Feldnr. 6)
3	Anlass ist „Nicht-Pflege“ und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 80, 90
4	Fallzahl (Feldnr. 12) ist nicht 1
5	Verarbeitete Datensätze
6	Bereitstellungsgrad in v.H.

Plausibilitätskontrollen

MD-Schlüssel	
---------------------	--

Berichtszeitraum	
-------------------------	--

Teil 3	Produktgruppe I (SGS - fallabschließend)
---------------	---

Position	
1	Anzahl Datensätze laut Position 8 Teil 1
2	davon: Ungültiger Schlüssel des Beratungs-/Begutachtungsanlasses (Feldnr. 6)
3	Anlass = „110“, „140“, „150“, „161“, „162“, „163“, „180“ oder „190“ und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 10, 20, 30, 40, 70 Anlass = "130" und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 52, 53, 62
4	Anlass = "092" und Ergebnis ist nicht der Schlüssel 70
5	Anlass = ("Nicht AU" und "Nicht Pflege", nicht „250“, nicht „251“, nicht „270“ und nicht „271“) und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 50, 60, 61, 70
6	Anlass = „250“, „251“, „270“ oder „271“ und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 50, 60, 70
7	Ungültiger Schlüssel Erlledigungsart (Feldnr. 7)
8	Ungültiger Schlüssel Erlledigungsart (Feldnr. 8)
9	Ungültiger Schlüssel Erlledigungsart (Feldnr. 9)
10	Fallzahl (Feldnr. 12) ist nicht 1
11	Verarbeitete Datensätze
12	Bereitstellungsgrad in v.H.

Plausibilitätskontrollen

MD-Schlüssel	
---------------------	--

Berichtszeitraum	
-------------------------	--

Teil 4	Produktgruppe II (SG nach im- fallabschließend)
---------------	--

Position	
1	Anzahl Datensätze laut Position 9 Teil1
2	davon: Ungültiger Schlüssel des Beratungs-/Begutachtungsanlasses (Feldnr. 6)
3	Anlass = „110“, „140“, „150“, „161“, „162“, „163“, „180“ oder „190“ und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 10, 20, 30, 40, 70 Anlass = "130" und Ergebnis sind nicht die Schlüssel 52,53 und 62
4	Anlass = "092" und Ergebnis ist nicht der Schlüssel 70
5	Anlass = ("Nicht AU", "Nicht Pflege", Nicht-„250“, Nicht-„251“; Nicht-„270“ und Nicht-„271“) und Ergebnis der Begutachtung sind nicht die Schlüssel 50, 60, 61, 70
6	Anlass der Begutachtung = „250“, „251“, „270“ oder „271“ und Ergebnis der Begutachtung sind nicht die Schlüssel 50, 60, 70
7	Ungültiger Schlüssel Begutachtungsart (Feldnr. 7)
8	Ungültiger Schlüssel Erlledigungsart (Feldnr. 8)
9	Ungültiger Schlüssel Erlledigungsart (Feldnr. 9)
10	Verarbeitete Datensätze
11	Bereitstellungsgrad in v.H.

Plausibilitätskontrollen

MD-Schlüssel	
---------------------	--

Berichtszeitraum	
-------------------------	--

Teil 5	Produktgruppe III (Sozialmedizinische Beratung)	
---------------	--	--

Position		
1	Anzahl Datensätze laut Position 10 Teil 1	
	davon:	
2	Ungültiger Schlüssel des Beratungsanlasses (Feldnr. 6)	
3	Ungültiger Schlüssel der Erledigungsart (Feldnr. 10)	
4	Verarbeitete Datensätze	
5	Bereitstellungsgrad in v.H.	

Mengengerüste

MD-Schlüssel	
---------------------	--

Berichtszeitraum	
-------------------------	--

Position	SPV
1	Produktgruppe S (Datensätze)
2	davon: Anzahl SFS – nicht fallabschließend
3	Produktgruppe I (Datensätze)
4	davon: Anzahl SGS – fallabschließend
5	Produktgruppe II
6	Produktgruppe III

KV	
7	Produktgruppe S (Datensätze)
8	davon: Anzahl SFS – nicht fallabschließend
9	Produktgruppe I (Datensätze)
10	davon: Anzahl SGS - fallabschließend
11	Produktgruppe II
12	Produktgruppe III

* ohne Anlassgruppe 600 "Pflege"