

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund  
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen  
und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1  
Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)

## **Anlage 12:**

# **Datenstruktur Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 5 SGB V**





Legende zu den verwendeten Datentypen

Lfd. Nr.	Datentyp	Beschreibung	Beispiel
1	Auswahl	Auswahl eines Wertes aus einer vordefinierten Liste	Erledigungsart = 'SCHRIFTLICHES_VERFAHREN', 'KOMBINIERT_E_PRUEFUNG', 'PRUEFUNG_VOR_ORT'
2	Text	Freitextfeld für beliebige Eingaben	Ort = 'Musterstadt'
3	Zeitstempel	Speichert Datum und Uhrzeit	Erstellungsdatum = 2025-11-25 21:17:15
4	Liste	Sammlung mehrerer Elemente desselben Typs	Strukturmerkmale = ['Merkmal 1', 'Merkmal 2', 'Merkmal 3']
5	Numerisch	Zahlenwert	Auspraegung = 2
6	Boolean	Wahrheitswert mit zwei Zuständen: true (wahr/ja) oder false (falsch/nein)	Erfuellt = true



## Datenstruktur Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Lfd. Nr.	Feldname	Typ	Beschreibung	Ergänzende Befüllungshinweise	Technische Befüllungshinweise (z.B. Wertelisten)	Pflichtfeld
1	MD	Auswahl	Medizinischer Dienst	MD Bayern MD Baden-Württemberg MD Berlin-Brandenburg MD Bremen MD Hessen MD Mecklenburg-Vorpommern MD Niedersachsen MD Nord MD Nordrhein MD Rheinland-Pfalz MD Saarland MD Sachsen MD Sachsen-Anhalt MD Thüringen MD Westfalen-Lippe	-BERLIN_BRANDENBURG -NORD -BREMEN -NIEDERSACHSEN -WESTFALEN_LIPPE -NORDRHEIN -HESSEN -RHEINLAND_PFALZ -SAARLAND -BADEN_WUERTEMBERG -BAYERN -MECKLENBURG_VORPOMMERN -SACHSEN_ANHALT -THUERINGEN -SACHSEN	Ja
2	Krankenhaus					
3	IK	Text	IK des Krankenhauses			Ja
4	StandortID	Text	Standortnummer gemäß Krankenhausstandortverzeichnis			Ja
5	StationEinheit	Text	Bezeichnung der Station oder Einheit			Nein
6	Auftrag					
7	AuftragsnummerMD	Text	Eindeutige interne Auftragskennung des MD			Ja
8	Auftragsart	Auswahl	Art der Beauftragung	- Turnusgemäße Prüfung - Wiederholungsprüfung (nach Mitteilung der Nichterfüllung von Strukturmerkmalen) - Erstmalige oder erneute Leistungserbringung - Erstmalige Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes - Begutachtung nach Widerspruch	- TURNUSGEMAESSE_PRUEFUNG - WIEDERHOLUNGSPRUEFUNG - ERSTMALIGE_ODER_ERNEUTE_LEISTUNGSERBRINGUNG - ERSTMALIGE_ABRECHNUNGSRELEVANZ_OPS - BEGUTACHTUNG_NACH_WIDERSPRUCH	Ja
9	Eingangsdatum	Zeitstempel	Eingangsdatum des Auftrags			Ja
10	Erledigungsart	Auswahl	Art der Erledigung durch den MD	- Schriftliches Verfahren - Kombinierte Prüfung (Schriftliches Verfahren und Prüfung Vor-Ort) - Prüfung vor Ort	- SCHRIFTLICHES_VERFAHREN - KOMBINIERTE_PRUEFUNG - PRUEFUNG_VOR_ORT	Ja
11	Gutachtendatum	Zeitstempel	Datum des Gutachtens			Ja
12	PruefzeitraumVon	Zeitstempel	Betrachteter Prüfzeitraum Anfang			Ja
13	PruefzeitraumBis	Zeitstempel	Betrachteter Prüfzeitraum Ende			Ja
14	Anzeige	Boolean	Anzeige nach § 275a Absatz 7 SGB V erfolgt			Ja
15	Anzeigedatum	Zeitstempel	Datum des Eingangs der Anzeige nach § 275a Absatz 7 SGB V beim MD	Zu befüllen, wenn Anzeige = True		Nein
16	OPS					
17	Schlüssel	Text	Operationen- und Prozedurenschlüssel			Ja
18	Version	Text	Version des OPS Katalogs (Jahr)			Ja
19	Pruefergebnis					
20	StrukturmerkmaleErfuellt	Boolean	Ergebnis der gesamten Prüfung			Ja
21	Erläuterung	Text	Erläuterung zum Prüfergebnis			Nein
22	Strukturmerkmale	Liste		Je Strukturmerkmal bzw. Teilanforderung eines Strukturmerkmals ein Element		
23	ID	Text	ID für Strukturmerkmal	ID gemäß Katalog der "StrOPS Merkmale und Teilanforderungen"		Ja
24	StrukturmerkmalErfuellt	Boolean	Prüfergebnis des Merkmal			Ja
25	Erläuterung	Text	Erläuterung zum Prüfergebnis für das einzelne Strukturmerkmal			Nein
26	Teilanforderungen	Liste		Je Teilanforderung eines Strukturmerkmals ein Element		
27	ID	Text	ID für Teilanforderung eines Strukturmerkmals	ID gemäß Katalog der "StrOPS Merkmale und Teilanforderungen"		Ja
28	TeilanforderungErfuellt	Boolean	Prüfergebnis der Teilanforderung eines Strukturmerkmals			Ja



Datenstruktur Mitteilung zur Nichterfüllung eines OPS-Strukturmerkmals nach § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V

Legende: rote Schrift - Abweichungen vom Standarddatensatz

Lfd. Nr.	Feldname	Typ	Beschreibung	Ergänzende Befüllungshinweise	Technische Befüllungshinweise (z.B. Wertelisten)	Pflichtfeld
1	MD	Auswahl	Medizinischer Dienst	MD Bayern MD Baden-Württemberg MD Berlin-Brandenburg MD Bremen MD Hessen MD Mecklenburg-Vorpommern MD Niedersachsen MD Nord MD Nordrhein MD Rheinland-Pfalz MD Saarland MD Sachsen MD Sachsen-Anhalt MD Thüringen MD Westfalen-Lippe	- BERLIN_BRANDENBURG - NORD - BREMEN - NIEDERSACHSEN - WESTFALEN_LIPPE - NORDRHEIN - HESSEN - RHEINLAND_PFALZ - SAARLAND - BADEN_WUERTEMBERG - BAYERN - MECKLENBURG_VORPOMMERN - SACHSEN_ANHALT - THUERINGEN - SACHSEN	Ja
2	Krankenhaus					
3	IK	Text	IK des Krankenhauses			Ja
4	StandortID	Text	Standortnummer gemäß Krankenhausstandortverzeichnis			Ja
5	StationEinheit	Text	Bezeichnung der Station oder Einheit			Nein
6	Auftrag					
7	AuftragsnummerMD	Text	Eindeutige interne Auftragskennung des MD			Ja
8	Mitteilung					
9	EingangsdatumMitteilung	Zeitstempel	Datum des Eingangs der Mitteilung beim MD			Ja
10	DatumNichterfuellung	Zeitstempel	Datum ab dem die Erfüllung der Strukturmerkmale nicht mehr gegeben war			Ja
11	OPS					
12	Schluesel	Text	Operationen- und Prozedurenschlüssel			Ja
13	Version	Text	Version des OPS Katalogs (Jahr)			Ja
14	Strukturmerkmale	Liste		Je Strukturmerkmal bzw. Teilanforderung eines Strukturmerkmals ein Element		
15	ID	Text	ID für Strukturmerkmal bzw. Teilanforderung eines Strukturmerkmals	ID gemäß Katalog der "StrOPS Merkmale und Teilanforderungen"		Ja
16	StrukturmerkmalErfuellt	Boolean	Prüfergebnis des Merkmal bzw. der Teilanforderung eines Strukturmerkmals	Nicht mehr erfüllte Strukturmerkmale gemäß Mitteilung auf FALSE setzen		Ja
17	Erlaeuterung	Text	Erläuterung zum Prüfergebnis für das einzelne Strukturmerkmal	Ggf. Ergänzung einer Erläuterung		Nein
18	Teilanforderungen	Liste		Je Teilanforderung eines Strukturmerkmals ein Element		
19	ID	Text	ID für Teilanforderung eines Strukturmerkmals	ID gemäß Katalog der "StrOPS Merkmale und Teilanforderungen"		Ja
20	TeilanforderungErfuellt	Boolean	Prüfergebnis der Teilanforderung eines Strukturmerkmals	Nicht mehr erfüllte Teilanforderung gemäß Mitteilung auf FALSE setzen		Ja
21	Erlaeuterung	Text	Erläuterung zum Prüfergebnis für das einzelne Strukturmerkmal	Ggf. Ergänzung einer Erläuterung		Nein



## Datenstruktur Bescheinigung OPS-Strukturprüfung nach § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V

Lfd. Nr.	Feldname	Typ	Beschreibung	Ergänzende Befüllungshinweise	Technische Befüllungshinweise (z.B. Wertelisten)	Pflichtfeld
1	MD	Auswahl	Medizinischer Dienst	MD Bayern MD Baden-Württemberg MD Berlin-Brandenburg MD Bremen MD Hessen MD Mecklenburg-Vorpommern MD Niedersachsen MD Nord MD Nordrhein MD Rheinland-Pfalz MD Saarland MD Sachsen MD Sachsen-Anhalt MD Thüringen MD Westfalen-Lippe	- BERLIN_BRANDENBURG - NORD - BREMEN - NIEDERSACHSEN - WESTFALEN_LIPPE - NORDRHEIN - HESSEN - RHEINLAND_PFALZ - SAARLAND - BADEN_WUERTEMBERG - BAYERN - MECKLENBURG_VORPOMMERN - SACHSEN_ANHALT - THUERINGEN - SACHSEN	Ja
2	Krankenhaus					
3	IK	Text	IK des Krankenhauses			Ja
4	StandortID	Text	Standortnummer gemäß Krankenhausstandortverzeichnis			
5	StationEinheit	Text	Bezeichnung der Station oder Einheit			Nein
6	Auftrag					
7	AuftragsnummerMD	Text	Eindeutige interne Auftragskennung des MD			Ja
8	Auftragsart	Auswahl	Art der Beauftragung	- Turnusgemäße Prüfung - Wiederholungsprüfung (nach Mitteilung der Nichterfüllung von Strukturmerkmalen) - Erstmalige oder erneute Leistungserbringung - Erstmalige Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes - Begutachtung nach Widerspruch - Ausstellung einer Bescheinigung (nur aufgrund einer Änderung bzw. der Übergangsbestimmungen)	- TURNUSGEMAESSE_PRUEFUNG - WIEDERHOLUNGSPRUEFUNG - ERSTMALIGE_ODER_ERNEUTE_LEISTUNGSERBRINGUNG - ERSTMALIGE_ABRECHNUNGSRELEVANZ_OPS - BEGUTACHTUNG_NACH_WIDERSPRUCH - AUSSTELLUNG_BESCHIEINIGUNG_INDIVIDUELL	
9	Eingangsdatum	Zeitstempel	Eingangsdatum des Auftrags			
10	DatumAusstellungBescheinigung	Zeitstempel	Ausstellungsdatum der Bescheinigung			Ja
11	GuelteigkeitszeitraumBescheinigung					
12	Beginn	Zeitstempel	Datum des Gültigkeitsbeginns der Bescheinigung			Ja
13	Ende	Zeitstempel	Datum des Gültigkeitsendes der Bescheinigung			Ja
14	OPS					
15	Schluessel	Text	Operationen- und Prozedurenschlüssel			Ja
16	Version	Text	Version des OPS Katalogs (Jahr)			Ja
17	Aenderung					
18	Aenderungsgrund	Auswahl	Grund für die Änderung einer Bescheinigung gemäß § 15 LOPS-RL bzw. Aufhebung eines Bescheides	- Aufhebung eines Bescheides - Umzug OPS mit Stations- oder Einheitsbezug - Änderung des Krankenhausträgers - Änderung Standortnummer Tagesklinik	- AUFHEBUNG_BESCHIED - UMZUG - AENDERUNG_KRANKENHAUSTRAEGER - AENDERUNG_STANDORTNUMMER_TAGESKLINIK	Nein
19	DatumAufhebungsbescheid	Zeitstempel		Zu befüllen, wenn Aenderungsgrund = Aufhebung		Nein
20	DatumAufhebung	Zeitstempel		Zu befüllen, wenn Aenderungsgrund = Aufhebung		Nein
21	Ausstellunguebergangsbestimmung					
22	Grund	Auswahl	Ausstellung einer Bescheinigung auf Grundlage der Übergangsbestimmungen in § 27 LOPS-RL	- § 27 Absatz 2 - § 27 Absatz 3	- 27_ABSATZ_2 - 27_ABSATZ_3	Nein



Datenstruktur Prüfung von Leistungsgruppen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Lfd. Nr.	Feldname	Typ	Beschreibung	Ergänzende Befüllungshinweise	Technische Befüllungshinweise (z.B. Wertelisten)	Pflichtfeld
1	MD					
2	Name	Text	Name des Medizinischen Dienstes			Ja
3	Strasse	Text	Anschrift des MD			Nein
4	PLZ	Text	s.o.			Nein
5	Ort	Text	s.o.			Nein
6	BeauftragendeStelle					
7	Name	Text	Name der beauftragenden Stelle			Ja
8	Strasse	Text	Anschrift der beauftragenden Stelle			Nein
9	PLZ	Text	s.o.			Ja
10	Ort	Text	s.o.			Ja
11	Kennungstyp	Text	Auswahl für den Kennungstyp	* IK * BSNR		Ja
12	Kennungswert	Text	BSNR oder IK der beauftragenden Stelle			Ja
13	OrganisationsID	Text	Technische Kennung (MD intern)			Ja
14	Auftrag					
15	AuftragsnummerMd	Text	Eindeutige interne Auftragskennung des MD			Ja
16	Aktenzeichen	Text	Auftragskennung des Auftraggebers			Ja
17	Eingangsdatum	Zeitstempel	Eingang des Auftrags beim MD			Ja
18	Gutachtendatum	Zeitstempel	Datum der Erstellung des finalen Gutachtens			Ja
19	EingangsdatumHinweise	Zeitstempel	Eingangsdatum möglicher Hinweise zur Beauftragung			Nein
20	Beauftragungsgrund	Numerisch		1 = Turnusgemäße Prüfung 2 = Prüfung nach Feststellung der Nichterfüllung von Qualitätskriterien 3 = Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Wiedererfüllung von Qualitätskriterien 4 = Prüfung bei Hinweisen, dass Qualitätskriterien nicht eingehalten werden 5 = Stellungnahme über die Dauer der Nichterfüllung von Qualitätskriterien 6 = Nachprüfung wegen geänderter Rechtsnorm	1,2,3,4,5,6	Ja
21	Gutachtenart	Numerisch	Art des Gutachtens	2 = finales Gutachten	2	Ja
22	Erledigungsart	Numerisch	Art der Erledigung durch den MD	1 = Schriftliches Verfahren 2 = Kombinierte Prüfung (Schriftliches Verfahren und Prüfung Vor-Ort) 3 = Prüfung vor Ort mit vorheriger Anmeldung 4 = Prüfung vor Ort ohne vorherige Anmeldung	1,2,3,4	Ja
23	PruefzeitraumVon	Zeitstempel	Betrachteter Prüfzeitraum Anfang			Ja
24	PruefzeitraumBis	Zeitstempel	Betrachteter Prüfzeitraum Ende			Ja
25	PruefdatumVorOrt	Zeitstempel	Tag der Vorortprüfung			Nein
26	SelektivePruefung	Boolean	Auswahl selektive Prüfung			Nein
27	Fachkrankenhaus	Boolean	Auswahl, ob sich die Beauftragung auf ein Fachkrankenhaus bezieht			Ja
28	Belegabteilung	Boolean	Auswahl, ob sich die Beauftragung auf ein Belegabteilung bezieht			Ja
29	GesetzlicheGrundlage	Numerisch	Auswahl der gesetzlichen Grundlage für den Gutachtenabschluss	1 = KHVVG 2 = KHAG		Ja
30	Krankenhaus					
31	IK	Text	IK des Krankenhauses			Ja
32	StandortID	Text	Standortnummer gemäß Krankenhausstandortverzeichnis			Ja
33	Name	Text	Name des geprüften Krankenhausstandortes			Nein
34	Leistungsgruppe					
35	Schluessel	Text	Leistungsgruppennummer gemäß Anlage 1 zu § 135e SGB V			Ja
36	Name	Text	Bezeichnung der Leistungsgruppe			Nein
37	Version	Text	Versionierung zur Abbildung unterschiedlicher LG-Kataloge			Ja
38	Pruefergebnis					
39	QualitaetskriterienErfuellt	Boolean	Ergebnis der gesamten Prüfung			Ja
40	Erlaeuterung	Text	Erläuterung zum Prüfergebnis			Nein
41	InformationZurEroerterung	Text	Informationen zu einer ggf. erfolgten Erörterung mit der beauftragenden Stelle			Nein
42	SachlicheAusstattung			Ein Element je abzubildendem Qualitätskriterium		
43	ID	Text	ID für Qualitätskriterium			Ja
44	Auspraegung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
45	Name	Text	Name des Qualitätskriteriums			Nein
46	Erfuellt	Boolean	Prüfergebnis des Kriteriums			Ja
47	Erlaeuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung			Nein
48	PersonelleAusstattung			Ein Element je abzubildendem Qualitätskriterium		
49	ID	Text	ID für Qualitätskriterium			Ja
50	Auspraegung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
51	Name	Text	Name des Qualitätskriteriums			Nein
52	Erfuellt	Boolean	Prüfergebnis des Kriteriums			Ja
53	Erlaeuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung			Nein
54	SonstigeVoraussetzung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	Ein Element je abzubildender Struktur-/Prozessvoraussetzung		
55	ID	Text	ID für Struktur- oder Prozessvoraussetzung			Ja
56	Auspraegung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
57	Name	Text	Name der Struktur- oder Prozessvoraussetzung			Nein
58	Erfuellt	Boolean	Prüfergebnis zur Voraussetzung			Ja
59	Erlaeuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung			Nein
60	VerwandteLeistungsgruppen					
61	Schluessel	Text	Schlüsselwert für die LG			Ja
62	Name	Text	Bezeichnung der Leistungsgruppe			Nein
63	Version	Text	Versionierung zur Abbildung unterschiedlicher LG-Kataloge			Ja
64	Auspraegung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
65	Kooperationsvereinbarung	Boolean	Auswahl, ob es sich um eine in Kooperation erbrachte verwandte LG handelt			Nein
66	Erfuellt	Boolean	Auswahl, ob die Anforderungen an die Kooperationsvereinbarung erfüllt werden			Nein
67	Erlaeuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung			Nein



## Datenstruktur Mitteilung zur Nichterfüllung eines Qualitätskriteriums von Leistungsgruppen nach § 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V

Legende: rote Schrift - Abweichungen vom Standarddatensatz

Lfd. Nr.	Feldname	Typ	Beschreibung	Ergänzende Befüllungshinweise	Technische Befüllungshinweise (z.B. Wertelisten)	Pflichtfeld
1	MD					
2	Name	Text	Name des Medizinischen Dienstes			Ja
3	Strasse	Text	Anschrift des MD			Nein
4	PLZ	Text	s.o.			Nein
5	Ort	Text	s.o.			Nein
6	Auftrag					
7	AuftragsnummerMd	Text	Eindeutige interne Auftragskennung des MD			Ja
8	Krankenhaus					
9	IK	Text	IK des Krankenhauses			Ja
10	StandortID	Text	Standortnummer gemäß Krankenhausstandortverzeichnis			Ja
11	Name	Text	Name des geprüften Krankenhausstandortes			Nein
12	Mitteilung					
13	EingangsdatumMitteilung	Zeitstempel	Datum des Eingangs der Mitteilung beim MD			Ja
14	DatumNichterfüllung	Zeitstempel	Datum ab dem die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht mehr gegeben war			Ja
15	Leistungsgruppe					
16	Schlüssel	Text	Leistungsgruppennummer gemäß Anlage 1 zu § 135e SGB V			Ja
17	Name	Text	Bezeichnung der Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 zu § 135e SGB V			Nein
18	Version	Text	Versionierung zur Abbildung unterschiedlicher LG-Kataloge			Ja
19	SachlicheAusstattung			Ein Element je abzubildendem Qualitätskriterium		
20	ID	Text	ID für Qualitätskriterium			Ja
21	Ausprägung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
22	Name	Text	Name des Qualitätskriteriums			Nein
23	Erfüllt	Boolean	Prüfergebnis des Kriteriums	Nicht mehr erfüllte Kriterien gemäß Mitteilung auf FALSE setzen		Ja
24	Erläuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung	Ggf. Ergänzung einer Erläuterung		Nein
25	PersonelleAusstattung			Ein Element je abzubildendem Qualitätskriterium		
26	ID	Text	ID für Qualitätskriterium			Ja
27	Ausprägung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
28	Name	Text	Name des Qualitätskriteriums			Nein
29	Erfüllt	Boolean	Prüfergebnis des Kriteriums	Nicht mehr erfüllte Kriterien gemäß Mitteilung auf FALSE setzen		Ja
30	Erläuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung	Ggf. Ergänzung einer Erläuterung		Nein
31	SonstigeVoraussetzung			Ein Element je abzubildendem Qualitätskriterium		
32	ID	Text	ID für Struktur- oder Prozessvoraussetzung			Ja
33	Ausprägung	Numerisch		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
34	Name	Text	Name der Struktur- oder Prozessvoraussetzung			Nein
35	Erfüllt	Boolean	Prüfergebnis zur Voraussetzung	Nicht mehr erfüllte Voraussetzung gemäß Mitteilung auf FALSE setzen		Ja
36	Erläuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung	Ggf. Ergänzung einer Erläuterung		Nein
37	VerwandteLeistungsgruppen					
38	Schlüssel	Text	Schlüsselwert für die LG			Ja
39	Name	Text	Bezeichnung der Leistungsgruppe			Nein
40	Version	Text	Versionierung zur Abbildung unterschiedlicher LG-Kataloge			Ja
41	Ausprägung	Boolean		1 = Mindestvoraussetzung 2 = Auswahlkriterium 3 = Qualitätsanforderung Komplex 4 = Qualitätsanforderung Hochkomplex	1,2,3,4	Ja
42	Kooperationsvereinbarung	Boolean	Auswahl, ob es sich um eine in Kooperation erbrachte verwandte LG handelt			Nein
43	Erfüllt	Boolean	Auswahl, ob die Anforderungen an die Kooperationsvereinbarung erfüllt werden			Nein
44	Erläuterung	Text	Erläuterungen zur Prüfung			Nein