

Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG

zwischen

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der See-Krankenkasse, Hamburg

sowie

dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln
gemeinsam

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

In Kraft getreten am 10.1.2003.

Präambel

Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbaren gemäß § 21 Abs. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung für die Daten entsprechend § 21 KHEntgG zur Entwicklung und Pflege des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems (DRG-System).

Des weiteren vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG einen Abschlag von den Fallpauschalen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntgG nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

§ 1 Zuständigkeiten

- (1) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG betrauen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) mit der Wahrnehmung der nach § 21 KHEntgG erforderlichen Arbeiten, insbesondere der Steuerung und Überwachung der DRG-Datenstelle.
- (2) Als DRG-Datenstelle wird von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG die in Anlage 1 aufgeführte Institution benannt.
- (3) Das InEK informiert die Vertragsparteien nach §§ 10 und 11 KHEntgG über die Zahl der rechtzeitig und fehlerfrei übermittelten Fälle, die Verstöße und die Höhe des Abschlages gemäß § 5.

§ 2 DRG-Daten

- (1) Die DRG-Daten sind von den Krankenhäusern entsprechend den Festlegungen in Anlage 2 an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Fortschreibungen erfolgen im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik.
- (2) Das InEK hat zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben Zugriff auf die Daten bei der DRG-Datenstelle und erhält von ihr auf Anforderung verarbeitbare Auszüge. Die Datenschutzanforderungen des § 21 KHEntgG sind einzuhalten.

§ 3 Übermittlungsfristen

- (1) Das Krankenhaus hat nach § 21 Abs. 1 KHEntgG auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die DRG-Daten gemäß Anlage 2 an die DRG-Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Erstmals sind 8 Wochen nach Bekanntgabe dieser Vereinbarung die DRG-Daten nach Anlage 2 für alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des ersten Halbjahres 2002 zu übermitteln.
- (3) Im Rahmen des Fehler- und Korrekturverfahrens haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, bei fristgerechter Übermittlung im Kalenderjahr 2003 innerhalb von 8 Wochen und ab dem Kalenderjahr 2004 innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Fehlermeldung der DRG-Datenstelle fehlerfreie DRG-Daten nachzuliefern.
- (4) Übermittlungen, die 3 Wochen nach den in den Absätzen 1 und 2 genannten Fristen eingehen, gelten als nicht übermittelt. Bei Übermittlungen, die innerhalb der in Satz 1 genannten Frist eingehen, mindern sich die Fristen nach Absatz 3 um den Verzugszeitraum.

§ 4 Unvollständigkeit

Die Übermittlung gilt als unvollständig, wenn mehr als 10 v.H. der DRG-Daten fehlerhaft oder nicht verarbeitbar sind oder die Anzahl der übermittelten Fälle von der abgerechneten Fallzahl des Berichtszeitraums um mehr als 10 v.H. abweicht.

§ 5 Höhe und Berücksichtigung des Abschlags

- (1) Für jeden nach Maßgabe dieser Vereinbarung nicht, nicht fristgerecht oder nicht vollständig übermittelten Fall wird ein Abschlag gemäß der nachfolgenden Regelungen für die Krankenhäuser fällig, die ihre Übermittlungspflicht verletzt haben.
- (2) Der Abschlag beträgt für die zum 31.3.2003 fällige Übermittlung 1 EUR je Fall.
- (3) Der Abschlag erhöht sich für die zum 31.3.2004 fällige Übermittlung von 1 EUR auf 3 EUR je Fall, wenn die Anzahl der Krankenhäuser, die die DRG-Daten nach § 3 fristgerecht geliefert haben, 90 v.H. aller übermittlungspflichtigen Krankenhäuser (abzüglich Befreiungen) unterschreitet.

- (4) Der Abschlag erhöht sich für die zum 31.3.2005 fällige Übermittlung vom Vorjahreswert auf 9 EUR je Fall, wenn die Anzahl der Krankenhäuser, die die DRG-Daten nach §3 fristgerecht geliefert haben, 95 v.H. der übermittlungspflichtigen Krankenhäuser (abzüglich Befreiungen) unterschreitet.
- (5) In den Jahren 2003 und 2004 vermindert sich der Gesamtbetrag gemäß § 3 KHEntgG um das Produkt der Abschlagshöhe mit der nicht oder fehlerhaft übermittelten Fallzahl des Krankenhauses.
- (6) In den Jahren 2005 und 2006 ist die Berücksichtigung des Abschlages nach der Angleichung des DRG-Erlösbudgets an den landesweit geltenden Basisfallwert gemäß § 4 Absatz 1 KHEntgG vorzunehmen.
- (7) Ein Krankenhaus, dem eine Übermittlung aus nicht vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen unmöglich ist, wird auf Antrag von der Einhaltung der in § 3 genannten Fristen befreit. Der Befreiungsantrag ist vor Ablauf der Frist beim InEK schriftlich einzureichen und zu begründen. Das InEK hat innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang über den Antrag schriftlich zu befinden und für das Krankenhaus eine neue Frist festzulegen (Nachfrist). Das InEK informiert hierüber die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG, die Vertragsparteien nach §§ 10 und 11 KHEntgG, die DRG-Datenstelle und das beantragende Krankenhaus.

§ 6

Bekanntgabe und Veröffentlichung

Die Vereinbarung wird im Bundesanzeiger bekanntgegeben und auf der Homepage der Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG (<http://www.g-drg.de>) veröffentlicht.

§ 7

Inkrafttreten / Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit der Unterzeichnung durch die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG in Kraft.
- (2) Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende gekündigt werden; frühestens jedoch zum 31.12.2006. Im Falle einer Kündigung erklären die Vertragsparteien ihre Bereitschaft zum Abschluss einer neuen Vereinbarung.

Siegburg, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Bochum, Kassel, Hamburg, Köln,
Düsseldorf, 13.12.2002

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

AOK-Bundesverband

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

Bundesknappschaft

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen

See-Krankenkasse

Verband der privaten
Krankenversicherung

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG:**DRG-Datenstelle**

Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes benennen entsprechend § 21 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG folgende Firma als DRG-Datenstelle:

Firma:	3M Medica Zweigniederlassung der 3 M Deutschland GmbH Health Information Services Institut
Straße:	Carl-Schurz-Str. 1
PLZ Ort	41453 Neuss

Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG:

DRG-Daten für § 21 KHEntgG

Inhalt:

1. Daten und Formate
2. Hinweise und Kodeliste
3. Übermittlungsdateien und -formate
4. Übermittlungshinweise

nachrichtlich: Kalkulationsdaten (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)

Stand:

In Kraft getreten am 10.1.2003
Spitzengespräch DKG – GKV – PKV, 13.12.2002
(Einleitung des Unterschriftenverfahren)
Überarbeitung, Anpassung an § 301-Nachtrag 15.11.2002
Spitzengespräch DKG – GKV – PKV, 23.5.2002 (Entwurf)

Benehmen mit dem

- Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) und dem
- Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)
zur Version 23.5.2002 (Entwurf):

Bearbeitungshinweise:

Korrekturen entsprechend Stellungnahme BfD, BSI, Anfragen und Hinweisen von Krankenhäusern, InEK und Interimsdatenstelle.

Wesentliche Änderungen:

1. Neugeborene entsprechend KFPV und DKR 1601 (stets ein Fall)
2. Angaben zu vor- und nachstationärer Behandlung
3. Überarbeitung Ausbildungsstätten (s. § 17a KHG)
4. Fachabteilungs- und Fallangaben für DRG-Fachabteilungen
5. HDx-Wegfall aufgrund Votums der KIS-Hersteller (s. a. strukturiertes Pflegeverfahren)
6. Einarbeitung § 301-Nachtrag vom 15.11.2002
7. Überarbeitung Entgeltdaten (Anpassung an § 301-Rechnungssatz)
8. Überarbeitung des Stornoverfahrens

1. Daten und Formate

Verfahrensinformationen

Datenerhebung	M	an..9	
Datum der Erstellung	M	an12	JJJJMMTTTHMM
E-Mail-Adresse	M	an.. 50	Konto@Maildomäne
DRG-Groupier	K	an..25	
(Kostendaten von)	K	an8	nur für Kalkulationserhebung
(Kostendaten bis)	K	an8	nur für Kalkulationserhebung
(Softwarelösung)	K	an..25	nur für Kalkulationserhebung
Versionskennung	M	an8	20021201

Krankenhausbezogene Daten

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	an9	
Name des Krankenhauses	M	an..50	
Art des Krankenhauses	M	an1	
Art der Trägerschaft	M	an1	
Anzahl der aufgestellten Betten	M	n..4	
Merkmal Zu-Abschläge	K	an..6	

Ausbildungsstätten(/Ausbildungsberufe) (wiederholbar, max. 12):

Ausbildungsstätte/Ausbildungsberuf	M	an3	
Ausbildungsstätten-Typ	M	an1	
Ausbildungsplätze insgesamt	M	n..9	
Ausbildungsplätze des eigenen Krankenhauses	K	n..9	
Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser	K	n..9	
Ausbildende	M	n..6	9999,99
Auszubildende im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende im 1. Jahr im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende im 2. Jahr im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende im 3. Jahr im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende an anderen Krankenhäusern	K	n..9	9999999,99
Gesamtkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Personalkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Ausbildungsvergütungen	M	n..10	99999999,99
Personalkosten je examinierte Vollkraft	M	n..10	99999999,99

Abrechnungsdaten:

DRG-Fälle, vereinbart	M	n..9	999999999	ab 2004 („Option 2003“) / 2005
DRG-Fälle, abgerechnet	M	n..9	999999999	
Bewertungsrelationen, vereinbart	M	n..9	9999999,99	
Bewertungsrelationen, abgerechnet	M	n..9	9999999,99	
Erlösausgleich § 3 Abs. 6 KHEntgG	K	n..9	9999999,99	
Erlösausgleich § 4 Abs. 9 KHEntgG	K	n..9	9999999,99	

Medizinische Daten des BehandlungsfallsFalldaten

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	K	an9	Muss-Angabe bei GKV-Patienten
Geburtsjahr	M	n4	JJJJ
Geburtsmonat *	K	n2	MM
Geschlecht	M	a1	
PLZ-3	K	an3	
Aufnahmedatum	M	an12	JJJJMMTTTHHMM
Aufnahmeanlass	M	a1	
Aufnahmegrund	K	an4	
Aufnahmegewicht *	K	n..5	99999, in Gramm
Entlassungs-/Verlegungsdatum	M	an12	JJJJMMTTTHHMM
Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	
Alter in Tagen am Aufnahmetag *	K	n..3	
Alter in Jahren am Aufnahmetag	K	n..3	
Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung	K	n..3	
Patientennummer	K	an..15	
Anzahl interkurrenter Dialysen	K	n..3	
Versorgungstage des Neugeborenen	K	n..3	
Behandlungsbeginn vorstationär	K	an8	JJJJMMTT
Behandlungstage vorstationär	K	n1	
Behandlungsende nachstationär	K	an8	JJJJMMTT
Behandlungstage nachstationär	K	n..2	
Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses	K	an9	
Belegungstage außerhalb KHEntgG	K	n..2	

* bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres

Fachabteilungsangaben (wiederholbar)

fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen

Fachabteilung	M	an6	
Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTTHHMM
Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTTHHMM

Diagnosenangaben (wiederholbar max. 50)

fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen

Diagnoseart	M	an..3	HD ND
ICD-Version	M	an..6	
Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)	M	an..9	
Lokalisation	K	a1	
Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)	K	an..9	
Lokalisation	K	a1	

Prozedurenangaben (wiederholbar max. 100)

fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen

OPS-Version	M	an..6	
Prozedureschlüssel (OPS-Kode)	M	an..11	
OPS-Datum	K	an12	JJJJMMTTTHHMM
Beatmungstunden	K	n..4	HHHH
Belegoperateur	K	an1	J N
Beleganästhesist	K	an1	J N
Beleghebamme	K	an1	J N

Entgelt Daten des Behandlungsfalls (wiederholbar, max. 31)

ab 2004 („Option 2003“) / 2005

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	K	an9	Muss-Angabe bei GKV-Patienten
Entgeltart	M	an8	
Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99

2. Hinweise und Kodeliste

Die fallbezogenen Angaben sind jeweils in Abhängigkeit vom Beginn ihrer Gültigkeit vorzunehmen; eine rückwirkende Anpassung bereits erfasster fallbezogener Daten ist nicht erforderlich. Soweit sich die Angaben auf die Abrechnung nach KHEntgG beziehen, ist für eine Erfassung entsprechend den Hinweisen mit Beginn der Abrechnung nach KHEntgG Sorge zu tragen.

Numerische Daten werden bei variabler Länge (z.B. n..9) ohne führende Nullen, bei fester Länge (z.B. n2) mit führenden Nullen übermittelt. Das Dezimalzeichen (Komma) wird bei der Angabe der maximalen Länge nicht mitgezählt, muss aber übermittelt werden.

Alphabetische und alphanumerische Daten werden linksbündig übermittelt, Leerstellen bis zur maximalen Länge können entfallen.

Datei Info

Datenerhebung

Test.D	Test-Daten
D1.2002	DRG-Daten 1. Halbjahr 2002, (Daten nach § 21 KHEntgG)
2002	DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) 2002, Übermittlung März 2003
2003	DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) 2003, Übermittlung März 2004
D1.2002.S	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung D1.2002
2002.S	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung 2002
2003.S	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung 2003

Datum der Erstellung

Es ist das Datum der Erstellung der Datei Info anzugeben

DRG-Groupen

Kurzbezeichnung des eingesetzten zertifizierten DRG-Groupers, ggf. mehrere werden mit Komma getrennt

E-Mail-Adresse

Es ist die E-Mail-Adresse des Ansprechpartners im Krankenhaus anzugeben. Die E-Mail-Adresse wird zur Kommunikation verwendet., z.B. Übermittlung eines Fehlerprotokolls.

(Kostenangaben von) nur für Kalkulationserhebung

(Kostenangaben bis)

Es ist der Zeitraum anzugeben, der den Kostenangaben zugrunde liegt. Bei Übermittlung der Jahresdaten z.B. für das vorangegangene Jahr 2002 ist bei ‚Kostenangaben von‘ ‚20020101‘ und bei ‚Kostenangaben bis‘ ‚20021231‘ anzugeben.

(Softwarelösung) nur für Kalkulationserhebung

Kurzbezeichnung der Softwarelösung zur Kalkulation

Versionskennung

Als Versionskennung für den DRG-Datensatz ist ‚20021201‘ (JJJMMLfd.Nr.) anzugeben.

Datei Krankenhaus

Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Das Institutionskennzeichen dient der eindeutigen Identifikation des Krankenhauses (Primärschlüssel). Es wird das IK-Verzeichnis aus dem § 301-Verfahren verwendet, das vom VdAK und der DKG autorisiert ist („§ 301-IK-Verzeichnis“). Es ist das am Datum der Erstellung gültige Institutionskennzeichen anzugeben. Bei Zusammenlegung von Krankenhäusern im Vorjahr sollen die gesamten Daten des Vorjahrs über das rechtlich fortgeführte Krankenhaus übermittelt werden.

Name des Krankenhauses

Der Name des Krankenhauses ist (ggf. in Kurzform) anzugeben.

Art des Krankenhauses

B	Bundeswehrkrankenhaus
H	Hochschulklinik/Universitätsklinikum
P	Plankrankenhaus
U	Krankenhaus in Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung
V	Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag (nach § 18 Nr. 3 SGB V)

Art der Trägerschaft

F	Freigemeinnützig
P	Privat
O	Öffentlich

Anzahl der aufgestellten Betten

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

Merkmal Zu-Abschläge

noch zu definieren (s. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 8 KHG)

Datei Ausbildung

Die Daten für Ausbildungsstätten müssen erstmals zum 31.3.2003 für das Berichtsjahr 2002 übermittelt werden. Krankenhäuser, die eine oder mehrere Abteilungen vorhalten, die nicht dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, geben die Daten für das gesamte Krankenhaus an. Datenfelder, die für das einzelne Krankenhaus nicht relevant sind, sind mit ‚0‘ zu besetzen.

Abweichend vom Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff., sind die Angaben für verschiedene Ausbildungsstätten nicht in einer Gesamtsumme für Ausbildungsstätten zu übermitteln, sondern gesondert für jede einzelne Ausbildungsstätte (Ausbildungsberuf).

Die Anzahl und die Kosten für Praxisanleiter/Mentoren im Krankenhaus ohne eigene Ausbildungsstätten sind bei dem Krankenhaus, bei dem die Praxisanleiter/Mentoren mit Arbeitsvertrag beschäftigt sind, zu berücksichtigen.

Unterhält ein Krankenhaus eine Ausbildungsstätte in einem Ausbildungsverbund, sind von dem den Verbund führenden Krankenhaus nur die eigenen Personal- und Sachkosten für die Ausbildungsstätte anzugeben.

Wird bei einem Krankenhaus die schulische (theoretische) Ausbildung durch ein zentrales Ausbildungsinstitut eines Trägers (z.B. als zentraler Dienst einer GmbH oder einer Kommune) oder durch eine staatliche Schule durchgeführt, so ist dieses Krankenhaus als ein Krankenhaus mit eigener Ausbildungsstätte zu betrachten, sofern die Voraussetzungen des § 2 Nr. 1a KHG erfüllt sind (s. Ausbildungsstätten-Typ 5 oder 6). Die Felder im Datensatz sind mit den anteiligen Ausbildungsplätzen, anteiligen Auszubildenden, anteiligen Gesamtkosten, anteiligen Personalkosten und anteiligen Ausbildungsvergütungen am zentralen Ausbildungsinstitut oder der staatlichen Schule für das Krankenhaus zu füllen, soweit sie durch das Krankenhaus zu finanzieren sind. Zusätzlich einzubeziehen sind die darüber hinaus am Krankenhaus anfallenden Daten (Personal, Kosten).

Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf)

A01	Ergotherapeut/-in
A02	Diätassistent/-in
A03	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin
A04	Krankengymnast/-in, Physiotherapeut/-in
A05	Krankenschwester, Krankenpfleger
A06	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger
A07	Krankenpflegehelfer/-in
A08	med.-techn. Laboratoriumsassistent/-in
A09	med.-techn. Radiologieassistent/-in
A10	Logopäde/Logopädin
A11	Orthoptist/-in
A12	med.-techn. Assistent/-in für Funktionsdiagnostik

Ausbildungsstätten-Typ

- 1 mit dem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätte
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und nur Auszubildende des eigenen Krankenhauses ausbildet.)
Als Kosten sind zu übermitteln:
 - sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
 - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
 - Kosten Praxisanleiter/Mentoren

- 2 mit dem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätte, Auszubildende im Landesdienst
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und nur Auszubildende des eigenen Krankenhauses ausbildet und Auszubildende im Landesdienst)
Als Kosten sind zu übermitteln:
 - sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
Soweit die Auszubildenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
 - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
 - Kosten Praxisanleiter/Mentoren

- 3 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, dem eigenen Krankenhaus zugeordnet
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und neben den eigenen Auszubildenden auch Auszubildende anderer Krankenhäuser ausbildet.)
Als Kosten sind zu übermitteln:
 - sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
 - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
 - eigene Praxisanleiter/Mentoren

- 4 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, dem eigenen Krankenhaus zugeordnet
Ausbildende im Landesdienst
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und neben den eigenen Auszubildenden auch Auszubildende anderer Krankenhäuser ausbildet und Ausbildungende im Landesdienst)
Als Kosten sind zu übermitteln:
- sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
Soweit Ausbildungende Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- eigene Praxisanleiter/Mentoren
- 5 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, nicht dem eigenen Krankenhaus zugeordnet
(Ausbildungsstätte, die von einem Dritten, z.B. GmbH, Kommune oder anderes Krankenhaus, betrieben wird; nur die praktische Ausbildung findet im eigenen Krankenhaus statt.)
Als Kosten sind zu übermitteln:
- Umlage für Personal- und Sachkosten nur, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird
- Umlage für Ausbildungsvergütung, wenn die Ausbildungsverträge durch die Ausbildungsstätte geschlossen werden und die Ausbildungsstätte kein anderes Krankenhaus ist.
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- eigene Praxisanleiter/Mentoren
- 6 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, nicht dem eigenen Krankenhaus zugeordnet
Ausbildende im Landesdienst
(Ausbildungsstätte, die von einem Dritten, z.B. GmbH, Kommune oder anderes Krankenhaus, betrieben wird; nur die praktische Ausbildung findet im eigenen Krankenhaus statt und Ausbildungende im Landesdienst).
Als Kosten sind zu übermitteln:
- Umlagen für Personal- und Sachkosten nur, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird.
Soweit die Ausbildungenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
- Umlage für Ausbildungsvergütung, wenn die Ausbildungsverträge durch die Ausbildungsstätte geschlossen werden und die Ausbildungsstätte kein anderes Krankenhaus ist
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- eigene Praxisanleiter/Mentoren

Ausbildungsplätze insgesamt

Die im Berichtszeitraum in der Ausbildungsstätte durchschnittlich vorgehaltenen Ausbildungsplätze sind anzugeben. Vorgehaltene Ausbildungsplätze sind die im Krankenhausplan ausgewiesenen oder durch Genehmigungsbescheid der zuständigen Landesbehörde(n) genehmigte Anzahl von Ausbildungsplätzen, soweit sie im Berichtsjahr auch tatsächlich ganz oder teilweise durch einen entsprechenden Ausbildungsgang genutzt worden sind.

Bei einem Krankenhaus, das im Rahmen eines Ausbildungsverbundes eine Ausbildungsstätte für sich und andere Krankenhäuser unterhält, ist die Gesamtzahl aller Ausbildungsplätze im Ausbildungsverbund anzugeben (Ausbildungsstätten-Typen 3 oder 4).

Bei einem Ausbildungsverbund, bei dem die Ausbildungsstätte einem Verbund-Krankenhaus zugeordnet ist, dürfen die übrigen Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) keine Ausbildungsplätze angeben. Ist bei einem Verbund-Krankenhaus die Ausbildungsstätte keinem der Verbund-Krankenhäuser zugeordnet, übermitteln alle Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) ihre anteiligen Ausbildungsplätze.

Ausbildungsplätze des eigenen Krankenhauses

Die im Berichtszeitraum in der Ausbildungsstätte durchschnittlich vorgehaltenen Ausbildungsplätze für Auszubildende im eigenen Krankenhaus (Nur bei Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4).

Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser

Die im Berichtszeitraum in der Ausbildungsstätte durchschnittlich vorgehaltenen Ausbildungsplätze für Auszubildende in anderen Krankenhäusern (bei Ausbildungsverbund mit Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4)

Ausbildende

Die durchschnittliche Anzahl Ausbildender ist anzugeben (nicht: Honorarkräfte). Anzugeben ist die im Berichtszeitraum durchschnittlich beschäftigte Anzahl der Ausbildenden in Vollkräften (VK). Zu den Ausbildenden gehören hauptamtlich angestellte Lehrkräfte und Praxisanleiter/Mentoren, nicht jedoch am Krankenhaus beschäftigte Personen, die im Rahmen einer genehmigten Nebentätigkeit in den Ausbildungsstätten Unterricht erteilen (Honorarkräfte). Eine Vollkraft (VK) ist eine mit Arbeitsvertrag und tariflicher Arbeitszeit ganzjährig beschäftigte Person.

Bei Ausbildungsstätten-Typ 3 sind Lehrkräfte der Ausbildungsstätte und die Praxisanleiter/Mentoren des eigenen Krankenhauses anzugeben.

Bei Ausbildungsstätten-Typ 4 sind die Praxisanleiter/Mentoren des eigenen Krankenhauses anzugeben.

Bei Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6 sind die Ausbildenden, die am zentralen Ausbildungsinstitut beschäftigt sind, nicht anzugeben, sondern nur die Praxisanleiter/Mentoren des eigenen Krankenhauses.

Auszubildende im eigenen Krankenhaus

Anzugeben ist die im Berichtszeitraum beschäftigte durchschnittliche Anzahl der Auszubildenden in Ausbildungskräften (AK); dies gilt auch für Verbundkrankenhäuser Typ 5 und 6. Eine Ausbildungskraft (AK) ist eine mit Arbeitsvertrag und tariflicher Arbeitszeit ganzjährig beschäftigte Person ohne Berücksichtigung des Anrechnungsverhältnisses.

Ist bei einem Ausbildungsverbund die Ausbildungsstätte keinem der Verbund-Krankenhäuser zugeordnet, übermitteln alle Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) ihre anteiligen oder entsprechend der Kostenumlage zugerechneten Auszubildenden.

Die Anzahl korrespondiert mit dem Datenfeld ‚Ausbildungsvergütung‘.

Auszubildende im 1. /2. /3. Jahr im eigenen Krankenhaus

Die durchschnittliche Anzahl Auszubildender im eigenen Krankenhaus im jeweiligen Ausbildungsjahr ist anzugeben.

Auszubildende an anderen Krankenhäusern

Hier ist ausschließlich bei Verbund-Krankenhäusern Typ 3 und 4 die durchschnittliche Anzahl der Auszubildenden anzugeben, die von den anderen Verbund-Krankenhäusern direkt (im Feld ‚Auszubildende im eigenen Krankenhaus‘) gemeldet werden.

Gesamtkosten der Ausbildungsstätte

Die Gesamtkosten (Ist-Kosten) der theoretischen und praktischen Ausbildung sind anzugeben (mit anteiliger Belastung mit den Kosten vorgelagerter Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur entsprechend Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff.). Im Rahmen eines Ausbildungsverbundes sind die anteiligen Gesamtkosten der theoretischen und die Gesamtkosten der praktischen Ausbildung anzugeben

Die Gesamtkosten setzen sich zusammen aus den Personalkosten der Ausbildenden und den Sachkosten der Ausbildungsstätten. Eventuelle Mittelzuweisungen des Landes bleiben als Abzugsposition unberücksichtigt. Diese werden bei der Festlegung des Ausbildungszuschlags auf Landesebene berücksichtigt.

Die Personalkosten der Ausbildenden (angestellte Lehrkräfte, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag haben – eventuell anteilig, einschließlich Praxisanleiter/Mentoren) umfassen die Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV der entsprechenden Bediensteten.

Sachkosten sind die Betriebskosten der Ausbildungsstätten einschl. der anteiligen Belastung der Kostenstelle Ausbildungsstätte mit den Kosten vorgelagerter Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur (vgl. Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff.) und der Aufwandsentschädigungen für nebenamtlich tätige Unterrichtskräfte des Krankenhauses oder Externer. Darunter fallen u.a. auch Kosten für Fort- oder Weiterbildung der Ausbildenden und Praxisanleiter/Mentoren, Miete für Schulräume, nicht jedoch Investitionskosten für die Ausbildungsstätten.

Ausbildungsstätten-Typ 1:

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

Ausbildungsstätten-Typ 2:

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für Praxisanleiter/Mentoren anzugeben. Nicht zu berücksichtigen sind die Kosten für Bedienstete des Landes, soweit sie vom Land getragen werden.

Ausbildungsstätten-Typ 3:

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

Ausbildungsstätten-Typ 4:

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben. Nicht zu berücksichtigen sind die Kosten für Bedienstete des Landes, soweit sie vom Land getragen werden.

Ausbildungsstätten-Typ 5:

Hier sind die dem Krankenhaus zugerechneten Umlagen für Personalkosten (ohne Ausbildungsvergütung) und Sachkosten von Ausbildungsstätten auszuweisen, die nicht von einem anderen Krankenhaus geführt werden, sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

Ausbildungsstätten-Typ 6:

Hier sind die dem Krankenhaus zugerechneten Umlagen für Personalkosten (ohne Ausbildungsvergütung) und Sachkosten von Ausbildungsstätten auszuweisen, die nicht von einem anderen Krankenhaus geführt werden, sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

Personalkosten der Ausbildungsstätte

Die Hinweise zu den Personalkosten bei den Gesamtkosten gelten analog, Umlagen (Typ 5 und 6) sind Sachkosten und deshalb hier nicht auszuweisen.

Ausbildungsvergütungen

Die gesamten Ausbildungsvergütungen im jeweiligen Ausbildungsberuf sind anzugeben. (Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV).

Die Ausbildungsvergütungen korrespondieren mit dem Feld: ‚Auszubildende im eigenen Krankenhaus‘.

Bei einem Ausbildungsverbund, bei dem die Ausbildungsstätte einem Verbund-Krankenhaus zugeordnet ist und die Ausbildungsstätte alle Ausbildungsverträge geschlossen hat, dürfen die übrigen Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) keine Ausbildungsvergütungen übermitteln.

Ist bei einem Verbund die Ausbildungsstätte keinem der Verbund-Krankenhäuser zugeordnet und hat die Ausbildungsstätte alle Ausbildungsverträge geschlossen, übermitteln alle Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) ihre anteiligen Ausbildungsvergütungen (Umlage).

Personalkosten je examinierte Vollkraft

Zur Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (§ 17a Abs. 2 Satz 2 KHG, in Verbindung mit den gezahlten Ausbildungsvergütungen) sind die durchschnittlichen Personalkosten (Ist-Kosten) für eine examinierte Vollkraft in dem entsprechenden Ausbildungsberuf anzugeben. Nur anzugeben für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe.

Der Ermittlung der Personalkosten des examinieren Personals in den entsprechenden Berufen sind die Kosten nach den Kontengruppen 60 bis 64 KHBV, bereinigt um die Kosten für Auszubildende und andere ‚Hilfskräfte‘ zu Grunde zu legen.

Besonderer Hinweis zur Kalkulationserhebung:

Bei der Kalkulationserhebung ist das Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff., zu beachten.

Datei Fall**KH-interne Kennzeichen des Behandlungsfalls**

Das KH-interne Kennzeichen des Behandlungsfalls dient der eindeutigen Identifikation des Behandlungsfalls (Primärschlüssel).

Das KH-interne Kennzeichen darf von der Datenstelle nicht weiter übermittelt werden.

Besondere Behandlungsfälle:

Neugeborene sind stets als eigenständige Fälle mit allen zugehörigen fallbezogenen Daten getrennt von der Mutter zu dokumentieren.

Bei Abrechnung nach BPfIV sind gesunde Neugeborene, die nicht zu einem eigenständigen Behandlungsfall werden, unter einem eigenen Identifikationskennzeichen ohne Aufnahmegrund und mit dem Aufnahmeanlass „G“ zu dokumentieren. Wenn das Neugeborene wegen eines krankhaften Zustands behandelt (verlegt) wird, sind alle Daten für das Neugeborene unter einem KH-internen Kennzeichen anzugeben. Für das Neugeborene ist der Aufnahmeanlass „G“ beizubehalten, der Aufnahmegrund kann entfallen. Wird ein erkranktes Neugeborenes aufgenommen, ist es als regulärer Fall mit Aufnahmegrund und ohne Aufnahmeanlass „G“ zu dokumentieren.

Wenn die im Krankenhaus eingesetzte Software eine eigenständige Dokumentation für das gesunde Neugeborene unabhängig vom Fall der Mutter noch nicht ermöglicht, sind ersatzweise die Versorgungstage für das gesunde Neugeborene beim Fall der Mutter anzugeben (siehe Versorgungstage).

Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser (s. § 301-Nachtrag vom 15.11.2002):

Für Neugeborene ist bei gemeinsamer Entlassung mit der Mutter ‚0601‘ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben.

Wird das Neugeborene nicht gemeinsam mit der Mutter entlassen oder verlegt, sind bei dem Neugeborenen der Aufnahmegrund ‚01..‘ (siehe Aufnahmegrund) und der Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben.

Zur Kodierung der Diagnosen bei Neugeborenen siehe DKR 1601.

Begleitpersonen, die im § 301-Verfahren kein KH-interne Kennzeichen erhalten, sind mit einem eindeutigen Kennzeichen und mit dem Aufnahmeanlass „B“ zu dokumentieren. Die Angabe von Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ-3, Aufnahmegrund, Entlassungs-/Verlegungsgrund, Alter, von Fachabteilungen-, Diagnosen- und Prozedurenangaben entfällt.

Nur vorstationär behandelte Fälle:

Für nur vorstationär behandelte Fälle werden von den Falldaten das KH-interne Kennzeichen, Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ-3, Aufnahmeanlass, Aufnahmegrund, Fachabteilung und ggf. Diagnose- und Prozedurenangaben übermittelt. Für das Aufnahme datum ist der erste, für das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag anzugeben

Institutionskennzeichen der Krankenkasse

Tritt während der Behandlung ein Wechsel des Kostenträgers ein, ist das Institutionskennzeichen der am Aufnahmetag zuständigen Krankenkasse anzugeben

Geburtsjahr

Das Geburtsjahr ist im Format JJJJ anzugeben.

Geburtsmonat

Der Geburtsmonat ist nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs anzugeben.

Geschlecht

m	männlich
w	weiblich
u	unbekannt

PLZ-3

Die Postleitzahl ist verkürzt, ohne die letzten 2 Ziffern, anzugeben. Bei ausländischen Patienten: ‚000‘.

Aufnahmedatum

Es ist das Aufnahmedatum (Aufnahmetag und Aufnahmeuhrzeit) zur vollstationären oder teilstationären Behandlung in einer Fachabteilung anzugeben, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegt. Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist das Aufnahmedatum der erste vorstationäre Behandlungstag.

Aufnahmeanlass

E	Einweisung durch einen Arzt
Z	Einweisung durch einen Zahnarzt
N	Notfall
R	Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung
V	Verlegung
K	Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation

Zusatzschlüssel für besondere Kalkulationsanforderungen:

G	Geburt (siehe Hinweis Neugeborene)
B	Begleitperson

Hinweise:

Einweisung durch einen Arzt ist im § 301-Aufnahmesatz im Segment Aufnahme durch die Arztnummer des einweisenden Arztes, Einweisung durch einen Zahnarzt durch die Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes dokumentiert.

Verlegung ist im § 301-Aufnahmesatz durch das IK des die Aufnahme veranlassenden Krankenhauses dokumentiert; als Sonderfall ist bei Bestehen einer Kooperation der Aufnahmeanlass ‚K‘ anzugeben.

Die Aufnahmeanlässe ‚R‘ und ‚K‘ werden in der § 301-Datenübermittlung nicht abgebildet, sie sollen übermittelt werden, wenn die Patientendatenhaltung diese Zusatzmerkmale enthält.

Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:

Interne Verlegung mit Wechsel vom Geltungsbereich der BpflV (Erstaufnahme) in den Geltungsbereich des KHEntgG wird durch das eigene IK als IK des veranlassenden Krankenhauses dokumentiert

Für DRG-Fälle, bei denen nach Rückverlegung eine Neueinstufung anhand der Daten beider Krankenhausaufenthalte entsprechend § 2 Abs. 3 KFPV durchgeführt wird, ist der Aufnahmeanlass bei Behandlungsbeginn in einer Fachabteilung, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegt, anzugeben.

Aufnahmegrund

vollstationär:

01xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär
02xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
05xx	stationäre Entbindung
07xx	Wiederaufnahme wegen Komplikation (Fallpauschale)
03xx	Krankenhausbehandlung, teilstationär
04xx	vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung

Hinweise:

Es ist der Aufnahmegrund entsprechend Schlüssel 1 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung anzugeben. Als 3. und 4. Stelle (xx) sind die nach Schlüssel 1 möglichen Werte (01 bis 07) anzugeben!

Der Aufnahmegrund kann bei Neugeborenen mit Aufnahmeanlass „G“ und bei Begleitpersonen (Aufnahmeanlass „B“) entfallen. In allen anderen Fällen ist der Aufnahmegrund eine Muss-Angabe.

Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:

0601	Geburt (wenn Neugeborenes und Mutter gemeinsam entlassen werden) (siehe § 301-Nachtrag vom 15.11.2002):
------	--

Aufnahmegewicht

In Gramm, nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1 Lebensjahrs.

Bei Neugeborenen mit Aufnahmeanlass „G“ ist als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht anzugeben.

Entlassungs-/Verlegungsdatum

Es ist das Entlassungs-/Verlegungsdatum (Tag und Uhrzeit) aus der vollstationären oder teilstationären Behandlung in einer Fachabteilung anzugeben, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegt. (Bei interner Verlegung in den Geltungsbereich der BpflV ohne nachfolgende Rückverlegung wird das Verlegungsdatum in den BpflV-Geltungsbereich angegeben; die Behandlungsepisode im BpflV-Geltungsbereich wird dann nicht dokumentiert.)

Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag.

Entlassungs-/Verlegungsgrund

01x	Behandlung regulär beendet
02x	Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03x	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04x	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
069	Verlegung in ein anderes Krankenhaus
079	Tod
089	Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation
099	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
109	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
119	Entlassung in ein Hospiz
139	externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
149	Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
159	Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:

179	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG
189	Rückverlegung

Hinweise:

Es ist der Entlassungs-/Verlegungsgrund entsprechend Schlüssel 5 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung anzugeben. Als 3. Stelle (,x') sind die nach Schlüssel 5 möglichen Werte (,1', ,2' oder ,9') anzugeben. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund kann entfallen bei Begleitpersonen (Aufnahmearbeit „B“). In allen anderen Fällen ist der Entlassungs-/Verlegungsgrund eine Muss-Angabe (bei Neugeborenen mit Aufnahmearbeit „G“ ist z.B. „019“ anzugeben).

Der Entlassungsgrund ,179' (interne Verlegung mit Wechsel ...) ist anzugeben, wenn eine interne Verlegung aus dem Geltungsbereich des KHEntgG in den Geltungsbereich der BpflV erfolgte.

Der Entlassungsgrund ,189' (Rückverlegung) ist anzugeben, wenn nach einer internen Verlegung aus dem Geltungsbereich der BpflV in den Geltungsbereich des KHEntgG anstelle einer Entlassung aus dem Krankenhaus eine Rückverlegung in den Geltungsbereich der BpflV durchgeführt wird.

(siehe § 301-Nachtrag vom 15.11.2002):

Alter in Tagen am Aufnahmetag

Die Angabe erfolgt nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs. Sie wird für die DRG-Zuordnung benötigt.

Alter in Jahren am Aufnahmetag

Die Altersangabe wird für die DRG-Zuordnung benötigt.

Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung

Es sind ggf. Tage der Beurlaubung bzw. ohne Berechnung anzugeben.

Patientennummer

Die Patientennummer dient im Rahmen der Kalkulation der Zusammenführung von Fällen (mit unterschiedlichen KH-internen Kennzeichen) zu einem Behandlungsblock. Sie kann zur Zusammenführung von teilstationären „Tagesfällen“ verwendet werden.

Bei Neugeborenen soll sie zur Zusammenführung von zwei Datensätzen für ein Neugeborenes mit „Versorgungsphase“ und „Behandlungsphase“ verwendet werden (s.o. KH-internes Kennzeichen).

Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:

Die Angabe entfällt aufgrund der in § 1 Abs. 4 und § 9 KFPV enthaltenen Regelungen zu teilstationären Leistungen und Neugeborenen.

Anzahl interkurrenter Dialysen

Bei Patientenaufnahme zur stationären Behandlung einer Erkrankung und zusätzlicher Dialysebehandlung aufgrund chronischer Niereninsuffizienz ist die Anzahl interkurrenter Dialysen anzugeben (siehe auch: Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 132 f.).

Versorgungstage des Neugeborenen

Die Zahl der Versorgungstage der gesunden Neugeborenen sind dem Fall der Mutter zuzuordnen, wenn das gesunde Neugeborene nicht als eigenständiger Fall dokumentiert werden kann. Kann das gesunde Neugeborene als eigenständiger Fall dokumentiert werden, entfällt die Angabe. Bei Mehrlingen ist die Summe der Versorgungstage anzugeben.

Behandlungsbeginn vorstationär

Bei vorstationärer Behandlung ist der erste vorstationäre Behandlungstag anzugeben. (Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist die Angabe identisch mit dem Aufnahmetag (JJJJMMTT) im Aufnahmedatum.)

Behandlungstage vorstationär

Bei vorstationärer Behandlung ist die Anzahl der erbrachten Behandlungstage anzugeben, an denen vorstationäre Leistungen erbracht wurden.

Behandlungsende nachstationär

Bei nachstationärer Behandlung ist der letzte nachstationäre Behandlungstag anzugeben

Behandlungstage nachstationär

Bei nachstationärer Behandlung ist die Anzahl der erbrachten Behandlungstage anzugeben, an denen nachstationäre Leistungen erbracht wurden.

Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses

Erfolgt die Aufnahme aufgrund einer Verlegung, ist das Institutionskennzeichen des die Aufnahme veranlassenden Krankenhauses anzugeben (siehe auch: Aufnahmearbeit).

Belegungstage außerhalb KHEntgG

Die Angabe erfolgt bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser
Bei externer Verlegung mit nachfolgender Rückverlegung und Neueinstufung anhand der Daten beider Aufenthalte sind die externen Belegungstage im rückverlegenden Krankenhaus anzugeben.

Bei interner Verlegung mit einem Wechsel aus dem Geltungsbereich des KHEntgG in den Geltungsbereich der BpflV sind die Belegungstage im BpflV-Geltungsbereich nur dann anzugeben, wenn sich eine Rückverlegung in den Geltungsbereich des KHEntgG angeschlossen hat.

Zu den Belegungstagen zählt der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Aufenthalts im BpflV-Geltungsbereich ohne den Verlegungstag.

Datei FAB

Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:

Die Fachabteilungsangaben sind nur für Aufenthalte in Fachabteilungen anzugeben, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen. Sie sind folglich bei externer Verlegung mit nachfolgender Rückverlegung oder bei interner Verlegung in den Geltungsbereich der BpflV und nachfolgender Rückverlegung in den Geltungsbereich des KHEntgG zeitlich nicht zusammenhängend.

Für die Daten des Jahres 2002 ist abweichend davon bei Aufnahmen/Verlegungen von DRG-Fällen in Fachabteilungen für Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (Fachabteilungsschlüssel: 29xx, 30xx, 31xx) die Angabe der Fachabteilung, des FAB-Aufnahmedatums und FAB-Entlassungsdatums zur Ermittlung der DRG-relevanten Verweildauer erforderlich, weitere Angaben zum Behandlungsfall (Datei ICD und Datei OPS) in den o.a. Fachabteilungen dürfen nicht übermittelt werden.

Fachabteilung (FAB)

Die behandelnde Fachabteilung ist mit dem Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 der § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) mit dem Präfix HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung) anzugeben.

Besondere Einrichtungen sind nach dem Schlüssel 4 bzw. Anhang B der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung (5.-8. Stelle) mit BE0010 – BE0091 anzugeben.

Datum der Aufnahme in die Fachabteilung

Bei vorstationärer Behandlung ist der erste vollstationäre Behandlungstag (Aufnahmedatum) anzugeben.

Der Wechsel von vorstationär zu vollstationär innerhalb der gleichen Fachabteilung muss nicht durch eine gesonderte Wiederholung der Fachabteilungsangabe dokumentiert werden.

Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung

Bei nachstationärer Behandlung ist der letzte vollstationäre Behandlungstag (Entlassungsdatum) anzugeben. Der Wechsel von vollstationär zu nachstationär innerhalb der gleichen Fachabteilung muss nicht durch eine gesonderte Wiederholung der Fachabteilungsangabe dokumentiert werden. (Die nachstationären Behandlungstage sind gesondert anzugeben.)

Datei ICD

Diagnosenangaben sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zu übermitteln.

Diagnoseart

HD Hauptdiagnose, nach DKR D002
ND Nebendiagnose(n), nach DKR D003

Die Diagnosen sind entsprechend den Deutschen Kodierichtlinien (DKR) anzugeben.

Für Fälle mit Aufenthalten in „Nicht-DRG-Fachabteilungen“ dürfen sich die Angaben zu Hauptdiagnose und Nebendiagnosen nur auf die Behandlung in Fachabteilungen beziehen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

ICD-Version

2.0 zur Zeit gültige ICD 10 – SGB V-Version

Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)

Diagnoseschlüssel sind in der gültigen ICD 10 – SGB V-Version analog zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln: d.h. mit Sonderzeichen.

Als erste Diagnose soll die Hauptdiagnose (Diagnoseart: ‚HD‘) übermittelt werden.

Lokalisation

Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel.

R rechts
L links
B beidseitig

Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)

Die Sekundärdiagnose zur Hauptdiagnose wird im DRG-System als Nebendiagnose behandelt.

Lokalisation

Zusatzinformation zum Sekundär-Diagnoseschlüssel.
siehe oben

Datei OPS

Prozedurenangaben sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zu übermitteln.

OPS-Version

- 2.0 (bis 31.12.2001 gültige OPS-301-Version, nur für Überlieger 2001 nach 2002 zulässig)
- 2.1 ab 1.1.2002 gültige OPS-301-Version

Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)

Prozedurenschlüssel sind in der gültigen OPS-301-Version analog zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln: d.h. ohne Sonderzeichen.

Zur Reihenfolge der Prozedurenschlüssel siehe DKR, P002 (Hauptprozedur)

OPS-Datum

Es ist der Beginn der Prozedur anzugeben. Bei Prozeduren, für die keine Startzeit (HHMM) erfasst ist, kann „JJJJMMTT0000“ angegeben werden.

Beatmungsstunden

Die Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend DKR 1001 (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Zur Ermittlung der Stundenanzahl s. siehe ebenfalls DKR 1001. Die Beatmungsstunden dürfen nur einmal in Verbindung mit einem korrespondierenden Kode aus 8-718 angegeben werden.

Belegoperator

Bei belegärztlicher Versorgung durch einen Belegoperator ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.
Die Angabe ‚J‘ ist bei einer Belegabteilung möglich.

Beleganästhesist

Bei belegärztlicher Versorgung durch einen Beleganästhesisten ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.
Die Angabe ‚J‘ ist bei einer Belegabteilung möglich.

Beleghebamme

Bei Versorgung durch eine Beleghebamme ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.
Die Angabe ‚J‘ ist bei einer Haupt- oder einer Belegabteilung möglich.

Datei Entgelte

Die Angaben sind erst 2004 für Options-Krankenhäuser bzw. 2005 möglich.

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls
Institutionskennzeichen der Krankenkasse

Siehe: Datei **Fall**

Entgeltart

Es ist die in Rechnung gestellte Entgeltart anzugeben. Die Angabe entspricht der im § 301-Rechnungssatz abgerechneten Entgeltart im Segment ENT. Die Entgeltarten sind entsprechend Schlüssel 4 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln.

Zusätzlich ist die „Entgeltart“ ,00000000' für den insgesamt abgerechneten Rechnungsbetrag anzugeben.

Entgeltbetrag

Es ist der in Rechnung gestellte Entgeltbetrag (Einzelbetrag) anzugeben. Die Angabe entspricht dem im § 301-Rechnungssatz abgerechneten Entgeltbetrag im Segment ENT

Zusätzlich ist mit der „Entgeltart“ ,00000000' der für den Fall insgesamt abgerechnete Rechnungsbetrag anzugeben. Der Betrag entspricht dem im § 301-Rechnungssatz abgerechneten Rechnungsbetrag im Segment REC.

3. Übermittlungsdateien und -formate

Die Daten werden im csv-Format in verschiedenen physischen Dateien übermittelt.
Als Trennzeichen zwischen Datenfeldern wird das Semikolon verwendet.
Die erste Zeile der Datei enthält die Feldbezeichner (im folgenden kursiv dargestellt).

Verfahrensinformationen

Datei: **Info**

IK; Datenerhebung; Datum -der-Erstellung; E-Mail-Adresse; DRG-Grupper; (Kostendaten-von); (Kostendaten-bis); (Softwarelösung); Versionskennung

<IK>;<Datenerhebung>;<Datum -der-Erstellung>;<E-Mail-Adresse>;<DRG-Grupper>;<>;<>;<>;<Versionskennung>

DRG-Daten (§ 21 KHEntgG)

Krankenhausbezogene Daten

Krankenhausinformationen

Datei: **Krankenhaus**

IK; KH-Name; KH-Art; KH-Träger; Betten; Merkmal-Zu-Abschläge

<IK>;<KH-Name>;<KH-Art>;<KH-Träger>;<Betten>;<Merkmal-Zu-Abschläge>

Ausbildungsstätten(/Ausbildungsberufe) (nur zu übermitteln, wenn vorhanden)

Datei: **Ausbildung**

IK; Ausbildungsstätte; Ausbildungsstätten-Typ; Ausbildungsplätze-insgesamt; Ausbildungsplätze-des-KH; Ausbildungsplätze-für-andere-KH; Auszubildende; Auszubildende-im-eigenen-KH; Azubis-J1; Azubis-J2; Azubis-J3; Auszubildende-an-anderen-KH; Gesamtkosten; Personalkosten; Ausbildungsvergütungen; Personalkosten-je-VK

<IK>;<Ausbildungsstätte-n><Ausbildungsstätten-Typ>;<Ausbildungsplätze-insgesamt>;
<Ausbildungsplätze-des-KH><Ausbildungsplätze-für-andere-KH>;<Auszubildende>;
<Auszubildende-im-eigenen-KH>;<Azubis-J1>;<Azubis-J2>;<Azubis-J3>;
<Auszubildende-an-anderen-KH>;<Gesamtkosten>;<Personalkosten>;
<Ausbildungsvergütungen>;<Personalkosten-je-VK>

...

<IK>;<Ausbildungsstätte-n><Ausbildungsstätten-Typ>;<Ausbildungsplätze-insgesamt>;
<Ausbildungsplätze-des-KH><Ausbildungsplätze-für-andere-KH>;<Auszubildende>;
<Auszubildende-im-eigenen-KH>;<Azubis-J1>;<Azubis-J2>;<Azubis-J3>;
<Auszubildende-an-anderen-KH>;<Gesamtkosten>;<Personalkosten>;
<Ausbildungsvergütungen>;<Personalkosten-je-VK>

Abrechnungsdaten (ab 2004 bei „Option 2003“ / 2005)

Datei: **Abrechnung**

IK; DRG-Fälle-vereinbart; DRG-Fälle-abgerechnet; Bewertungsrelationen-vereinbart; Bewertungsrelationen-abgerechnet; Erlösausgleich-§3-Abs-6; Erlösausgleich-§4-Abs-9

<IK>;<DRG-Fälle-vereinbart>;<DRG-Fälle-abgerechnet>;<Bewertungsrelationen-vereinbart>;
<Bewertungsrelationen-abgerechnet>;<Erlösausgleich-§3-Abs-6>;<Erlösausgleich-§4-Abs-9>

Fallbezogene Daten*Medizinische Daten des Behandlungsfalls***Datei: Fall**

*IK;KH-internes-Kennzeichen;IK-der-Krankenkasse;Geburtsjahr;Geburtsmonat;
Geschlecht;PLZ-3;Aufnahmedatum;Aufnahmearlass;Aufnahmegrund;Aufnahmegewicht;
Entlassungsdatum;Entlassungsgrund;Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag; Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag;
Beurlaubungstage;Patientennummer;Interkurrente-Dialysen;Versorgungstage;
Behandlungsbeginn-vorstationär;Behandlungstage-vorstationär;Behandlungsende-nachstationär;
Behandlungstage-nachstationär;IK-Verlegungs-KH;Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG*

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;
<Geschlecht>;<PLZ-3>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmearlass>;<Aufnahmegrund>;<Aufnahmegewicht>;
<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;
<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Beurlaubungstage>;<Patientennummer>;
<Interkurrente-Dialysen>;<Versorgungstage>
<Behandlungsbeginn-vorstationär>;<Behandlungstage-vorstationär>;
<Behandlungsende-nachstationär>;< Behandlungstage-nachstationär>;
<IK-Verlegungs-KH>;<Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG>

...

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;
<Geschlecht>;<PLZ-3>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmearlass>;<Aufnahmegrund>;<Aufnahmegewicht>;
<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;
<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Beurlaubungstage>;<Patientennummer>;
<Interkurrente-Dialysen>;<Versorgungstage>
<Behandlungsbeginn-vorstationär>;<Behandlungstage-vorstationär>;
<Behandlungsende-nachstationär>;< Behandlungstage-nachstationär>;
<IK-Verlegungs-KH>;<Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG>

*Fallbezogene Fachabteilungsangaben***Datei: FAB**

IK;KH-internes-Kennzeichen;FAB;FAB-Aufnahmedatum;FAB-Entlassungsdatum

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<FAB-1>;<FAB-Aufnahmedatum>;<FAB-Entlassungsdatum>

...

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<FAB-n>;<FAB-Aufnahmedatum>;<FAB-Entlassungsdatum>

*Fallbezogene Diagnosenangaben***Datei: ICD**

IK;KH-internes-Kennzeichen;Diagnoseart;ICD-Version;ICD-Kode;Lokalisation;Sekundär-Kode;Lokalisation

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<Diagnoseart>;<ICD-Version>;<ICD-Kode-1>;<Lokalisation>;
<Sekundär-Kode-1>;<Lokalisation>

...

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<Diagnoseart>;<ICD-Version>;<ICD-Kode-n>;<Lokalisation>;
<Sekundär-Kode-n>;<Lokalisation>

*Fallbezogene Prozedurenangaben***Datei: OPS**

*IK;KH-internes-Kennzeichen;OPS-Version;OPS-Kode;OPS-Datum;
Beatmungsstunden;Belegoperator;Beleganästhesist;Beleghebamme*

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-1>;<OPS-Datum>;
<Beatmungsstunden>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>

...

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-n>;<OPS-Datum>;
<Beatmungsstunden>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>

Entgeltdaten des Behandlungsfalls (ab 2004 bei „Option 2003“ / 2005)

Insgesamt abgerechnete Entgelte des Behandlungsfalls

Datei: **Entgelte**

IK;KH-internes-Kennzeichen; IK-Krankenkasse;Entgeltart;Entgeltbetrag

<IK>;<KH-internes -Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;<Entgeltart-1>;<Entgeltbetrag-1>

..

<IK>;<KH-internes -Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;<Entgeltart-n>;<Entgeltbetrag-n>

4. Übermittlungshinweise

Teillieferungen

Grundsätzlich können die fallbezogenen Daten physisch in Teillieferungen übermittelt werden. Die nicht teilbare logische Einheit ist dabei ein Krankenhausfall. Teillieferungen zu krankenhausbezogenen Daten sind nicht zulässig.

Medien

Die Daten können entweder per e-Mail oder physischem Datenträger (z.B. CD) übermittelt werden. Bei der Übertragung per e-Mail sollten geeignete Komprimierungsprogramme zum Einsatz kommen.

Sicherheit

Die Daten sind bei Übermittlung auf Datenträger und bei elektronischer Übermittlung mit einem sicheren Verschlüsselungsverfahren zu verschlüsseln. Als Verschlüsselungsverfahren ist bislang PGP (Pretty Good Privacy) ab Version 7.0.3 incl. Security Patch vom 3.9.2001 vorgesehen. Aufgrund der Tatsache, dass die Produktpflege und Anpassung bei PGP im 1. Halbjahr 2002 eingestellt wurde, ist beabsichtigt, eine geeignete alternative Lösung zur Verschlüsselung (ggf. einschl. elektronischer Signatur) in Abstimmung mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und dem BSI so bald wie möglich festzulegen. Zu welchem Zeitpunkt PGP dadurch ersetzt werden kann, wird von der Verfügbarkeit und dem Implementationsaufwand abhängen.

Im Juli 2002 wurde PGP von der PGP Corporation (Palo Alto, California, pgp.com) übernommen. Die PGP Corporation hat im August 2002 eine neue Version 8.0 für das 4. Quartal 2002 angekündigt. Es ist beabsichtigt, auch die Version 8.0 sowie alternativ die Open-Source-Software OpenPGP (www.gunpg.org und www.gnupp.de) als Verschlüsselungssoftware zuzulassen.

Korrekturverfahren und Storno

Werden Krankenhaus - oder Falldaten noch einmal übermittelt, so werden die vorhandenen Daten des Falls mit den entsprechend dem Datum der Erstellung in Datei Info neueren Daten überschrieben

Werden als Stornonachricht Dateien mit krankenhaus - oder fallbezogenen Daten mit einer Datei übermittelt, die im Feld Datenfeld Info.Datenerhebung als Inhalt eine Storno-Information hat, werden für den Erhebungszeitraum alle bereits übermittelten Daten für alle Fälle oder Ausbildungsstätten gelöscht, die in der Storno-Nachricht enthalten sind.

Bereits übermittelte (vorliegende) fallbezogene Daten werden in Verbindung mit einer Storno-Information im Datenfeld Info.Datenerhebung anhand der KH-internen Kennzeichen der Behandlungsfälle wie folgt storniert:

- Datei Fall storniert Falldaten, die aus Datei Fall, Datei FAB, Datei ICD und Datei OPS vorliegen,
- Datei Entgelte storniert Falldaten, die aus Datei Entgelte vorliegen
- (Datei Kosten storniert Fallkostendaten, die aus Datei Kosten vorliegen)

Wird nur die Datei Info als Storno-Nachricht übermittelt, werden alle Daten der Lieferung für den im Datenfeld Info.Datenerhebung bezeichneten Erhebungszeitraum (s. Hinweise) gelöscht.

Rückmeldungen an das Krankenhaus

Jede Datenlieferung wird mit einer E-Mail (bzw. mit mehreren E-Mails) beantwortet. Dafür ist vorgesehen,

- bei fehlerfreier Datenlieferung eine e-Mail mit einer Fallzahl zu erzeugen („Alle xxxxx Fälle fehlerfrei verarbeitet“)
 - bei Hinweisen und Fehlern ist ein Dateianhang zu erzeugen („xxxxx Fälle fehlerfrei, yyyyy Fälle mit Hinweisen, zzzzz Fälle mit Fehlern verarbeitet“)
- Stellt sich beim Schreiben der Fehler und Hinweise heraus, dass sie eine gewisse Anzahl überschreiten, wird die Verarbeitung aufgeteilt, so dass ggf. mehrere Antwortmails erzeugt werden. Die E-Mails enthalten dann eine Zusatzinformation, welches Intervall an krankenhausinternen Kennzeichen verarbeitet wurde.

Nachrichtliche Ergänzung (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)**Kalkulationsdaten****K1 Daten und Formate**Verfahrensinformationen: siehe Datei **Info****Krankenhausbezogene Daten:***Kalkulationsverfahren und Leistungsdaten der Kostenmodule (wiederholbar):*

Kostenmodul – Kostenstellengruppe	M	a..2	
Kostenmodul – Kostenartengruppe	M	a..2	
Kalkulationsverfahren	M	a1	
Leistungsart(en)	M	an..50	

Kostendaten des Behandlungsfalls (wiederholbar): Angabe erfolgt nur, wenn Kostenwert ≠ 0

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Kostenmodul-Kostenstellengruppe	M	a..2	
Kostenmodul-Kostenartengruppe	M	a..2	
Kostenwert	M	n..10	99999999,99

K2 Übermittlungsdateien und -formate*Verfahrensinformationen*Siehe Datei: **Info***Kalkulationsverfahren und Leistungsarten der Kostenmodule*Datei: **Kostenmodul***IK;Kostenstellengruppe;Kostenartengruppe;Kalkulationsverfahren;Leistungsart*

<IK>;<Kostenstellengruppe-1>;<Kostenartengruppe-1>;<Kalkulationsverfahren>;<Leistungsart>

...

<IK>;<Kostenstellengruppe-n>;<Kostenartengruppe-n>;<Kalkulationsverfahren>;<Leistungsart>

*Kostendaten des Behandlungsfalls*Datei: **Kosten***IK;KH-internes-Kennzeichen;Kostenstellengruppe;Kostenartengruppe;Kostenwert*

<IK>;<KH-internes -Kennzeichen>;<Kostenstellengruppe-1>;<Kostenartengruppe-1>;<Kostenwert>

...

<IK>;<KH-internes -Kennzeichen>;<Kostenstellengruppe-n>;<Kostenartengruppe-n>;<Kostenwert>

K3 Kodeliste und Hinweise

Datei Info siehe oben

Datei Kostenmodul Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158

Kostenartengruppe

- 1 Personalkosten ärztlicher Dienst
- 2 Personalkosten Pflegedienst
(nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 1, 2, 3, 11)
- 3 Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst
- 4a Sachkosten Arzneimittel
- 4b Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Istverbrauch)
- 5 Sachkosten Implantate/Transplantate
(nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 2, 4, 7, 8, 9, 11)
- 6a Sachkosten übriger med. Bedarf
- 6b Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Istverbrauch)
- 7 Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur
- 8 Personal- und Sachkosten nicht-med. Infrastruktur

reserviert für nicht DRG-relevante Kosten:

- 10 nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10
Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158

Kostenstellengruppe

- 1 Normalstation (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5)
- 2 Intensivstation
- 3 Dialyseabteilung (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5)
- 4 OP-Bereich (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)
- 5 Anästhesie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5)
- 6 Kreißsaal (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5)
- 7 Kardiologische Diagnostik/Therapie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)
- 8 Endoskopische Diagnostik/Therapie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)
- 9 Radiologie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)
- 10 Laboratorien (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5)
- 11 Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche
- 12 Basiskostenstelle (nur in Verbindung mit Kostenartengruppe 8)

nicht DRG-relevante Kosten:

- 99 nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10
Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158

Kalkulationsverfahren

- L Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV)
- M Mischverfahren
- U Umlageverfahren

Leistungsart

- PT Pflegetage
- PPR Minuten gem. PPR-Einstufung
- GIS gewichtete Intensivstunden
- IS Intensivstunden
- SN gewichtete Schnitt-/Nahtzeit (mit Gleichzeitigkeitsfaktor und Rüstzeit)
- AUK Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal
- GEB Anzahl Geburten
- LP Punkte lt. Leistungskatalog
- GD gewichtete Dialyse
- PTD Pflegetage mit Dialyse
- AN Anästhesiologiezeit
- IST Ist-Verbrauch (Einzelkosten)
- EZ Eingriffszeit
- SNU Schnitt-/Nahtzeit mit Rüstzeit, ohne Gleichzeitigkeitsfaktor
(bei Kostenmodul 4.4a, 4.6a, 4.7, 4.8)

Bei Verwendung mehrerer Leistungsarten auf Kostenmodulebene, sollen diese mit Komma getrennt hintereinander angegeben werden

Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 193