

**Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung
von Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG**

Daten nach § 21 KHEntgG

– Version 2026

Inhalt:

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

nachrichtlich: Kalkulationsdaten (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)

Stand: Fortschreibung vom ~~25. November 2025~~ 29. April 2026

Änderungen gegenüber der Fortschreibung vom ~~25. November 2024~~ 25. November 2025

Redaktionelle Änderungen:

- ~~• Anpassung von Jahresangaben~~
- ~~• Einführung des „Bedingten Mussfeldes“ (bM): Diese Felder müssen unter bestimmten Bedingungen gefüllt werden, z.B. wenn bestimmte Angaben nur für bestimmte Entgeltbereiche (z.B. den Entgeltbereich „DRG“) ausgefüllt werden müssen, für andere Entgeltbereiche (z.B. die Entgeltbereiche „PSY“ und „PIA“) aber leer zu übermitteln sind.~~
- Präzisierung der Definition der Wohnort-Angabe

Inhaltliche Anpassungen:

- ~~• Vorgabe der Leistungsgruppenkürzel in den Dateien Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen, Arztqualifikation_Leistungsgruppen und Fall zur Übermittlung der Leistungsgruppen~~
- ~~• Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten für den Entgeltbereich „HYB“ in den Dateien Krankenhaus, Standorte und Krankenhausstruktur_Fachabteilungen~~
- ~~• Präzisierung von Vorgaben in den Dateien Arztpersonal, Arztqualifikation_Standort und Arztqualifikation_Leistungsgruppen~~
- ~~• Vorgabe einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden in den Dateien zum ärztlichen Personal~~
- ~~• Annäherung hinsichtlich der Qualifikationsgruppen des Pflegepersonals in der Datei Pflegepersonal an die Datenübermittlungen zum Pflegebudget nach § 6a Abs. 3 KHEntgG~~
- ~~• Gesonderte Ausweisung der Beleghebammen in der Datei Pflegepersonal~~
- Erweiterung um Fälle mit Leistungen aus dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V vereinbarten Katalog (AOP-Fälle)
- Anpassung der Anrechnungsregel für das ärztliche Personal auf die Leistungsgruppen
- Anpassung der Angabe der Belegärzte
- Ergänzung des Fallzusammenführungsgrundes bei Hybrid-DRGs

Die vorliegende Datensatzbeschreibung gilt erstmals für

- die zweite Quartalsmeldung für das Jahr 2026 nach § 21 Abs. 7 KHEntgG sowie
- die erste unterjährige Datenlieferung für das Jahr 2026 nach § 21 Abs. 3b KHEntgG.

~~Diese Fortschreibung ist erstmals für die erste unterjährige Datenlieferung für das Jahr 2026 nach § 21 Abs. 3b KHEntgG (2026U1) sowie für die erste Quartalsmeldung für das Jahr 2026 nach § 21 Abs. 7 KHEntgG (2026Q1) und die „reguläre“ Datenlieferung nach § 21 Abs. 4 KHEntgG für das Datenjahr 2025 (2025GJ) zu verwenden.~~

Die Änderungen aus dieser Fortschreibung in Bezug auf die Übermittlung von AOP-Fällen und deren Entgelten sind auf freiwilliger Basis für die

- erste und zweite unterjährige Datenlieferung für das Jahr 2026 nach § 21 Abs. 3b KHEntgG (2026U1, 2026U2)

und verpflichtend

- bei der dritten unterjährigen Datenlieferung für das Jahr 2026 nach § 21 Abs. 3b KHEntgG (2026U3) sowie
- der „regulären“ Datenlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2026 (2026GJ)

zu verwenden.

In der ersten und zweiten unterjährigigen Datenlieferung für Datenjahr 2026 werden die Prüfungen im Fehlerverfahren, die Daten und Entgelte für AOP-Fälle betreffen, als Hinweise ausgegeben; bei der dritten unterjährigigen Datenlieferung und der regulären Datenlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das Datenjahr 2026 dann ggf. als Fehler.

Ankündigung für die Datenlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das DJ2026:

- Seit vielen Jahren gibt es bereits gem. § 21 Abs. 2 Nr. 2 d) KHEntgG die Vorgabe beim Wohnort des Patienten in den Stadtstaaten auch den Stadtteil mit anzugeben. Um diese Übermittlung zu vereinheitlichen, wird es in der Datei Fall ein neues Datenfeld „Stadtteil“ nach dem Datenfeld „Wohnort“ geben. Die gesonderte Angabe des Stadtteils ist dann verpflichtend, wenn im Datenfeld „Wohnort“ ein Stadtstaat angegeben wurde, ansonsten kann die Angabe zusätzlich erfolgen:

Stadtteil

Kommt der Versicherte aus einem der Stadtstaaten (Berlin, Bremen, Hamburg) ist neben dem Wohnort auch der Stadtteil anzugeben. Wenn der Versicherte aus keinem der Stadtstaaten kommt, kann die Angabe zum Stadtteil zur Präzisierung des Wohnortes erfolgen.

Beispiel: Der Wohnort eines Patienten, der bislang im Datenfeld „Wohnort“ mit „Hamburg Barmbek-Nord“ angegeben wurde, ist für die Datenlieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das DJ2026 im Datenfeld „Wohnort“ mit „Hamburg“ und im Datenfeld „Stadtteil“ mit „Barmbek-Nord“ anzugeben.

Ergänzender Hinweis zur Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V:

Eine Verpflichtung zur Übermittlung der Fälle der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V besteht nicht. Wenn Sie diese Fälle dennoch übermitteln (bspw. weil Ihr Krankenhausinformationssystem diese Fälle standardmäßig mit ausleitet), ist dies von Seiten der Datenstelle grundsätzlich möglich. In diesem Fall sind die in dieser Datensatzbeschreibung beschriebenen Festlegungen insbesondere zum Aufnahmegrund für die Übermittlung der Fälle in Übergangspflege zwingend zu beachten, damit die Fälle der Übergangspflege sicher erkannt und zugeordnet werden können und im Fehlerverfahren nicht auffällig werden.

1. Daten und Formate

Verfahrensinformationen

Datei Info

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Datenerhebung	M	an..9	
Datum der Erstellung	M	an12	JJJJMMTTHHMM
E-Mail-Adresse	M	an..50	Konto@Maildomäne
DRG-Groupier	bM	an..25	
Krankenhausinformationssystem	M	an..50	
Softwarelösung (nur für Kalkulationserhebung)	bM	an..25	nur für Kalkulationserhebung
Versionskennung	M	an8	JJJJMMTT (siehe Hinweise)
E-Mail-Adresse2	K	an..50	Konto@Maildomäne

Krankenhausbezogene Daten

Datei Krankenhaus

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJJxx (xx aus ,GJ', ,U1', ,U2', ,U3', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Name des Krankenhauses	M	an..50	
Art des Krankenhauses	M	an1	
Art der Trägerschaft	M	an1	
Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)	M	n..7	9999,999
Merkmal Zu-/Abschläge	K	an..6	
Regionale Versorgungsverpflichtung	M	n1	'0' '1' (siehe Hinweise)
Merkmal Besondere Einrichtung	M	n1	'0' '1' '2'
Anzahl der aufgestellten Betten (HYB)	M	n..7	9999,999

Datei Standorte

			<i>(wiederholbar)</i>
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJJxx (xx aus ,GJ', ,U1', ,U2', ,U3', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Standortnummer	M	n9	
Standortname	M	an..255	
Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)	M	n..7	9999,999
Merkmal Besondere Einrichtung	M	n1	'0' '1' '2'
Merkmal Komplexbehandlung Intensivmedizin	M	n1	'0' '1'
Merkmal Komplexbehandlung Kinderintensivmedizin	M	n1	'0' '1'
Merkmal Komplexbehandlung Schlaganfall	M	n1	'0' '1'
Anzahl der aufgestellten Betten (HYB)	M	n..7	9999,999

Datei Krankenhausstruktur Fachabteilungen

			<i>(wiederholbar)</i>
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJJxx (xx aus ,GJ', ,U1', ,U2', ,U3', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Standortnummer	M	n9	
Fachabteilung	M	an6	
Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)	M	n..7	9999,999
Anzahl der aufgestellten Betten (HYB)	M	n..7	9999,999

Datei Krankenhausstruktur Leistungsgruppen

			<i>(wiederholbar)</i>
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	

Erfassungszeitraum	M	an6	JJJx (xx aus ,GJ', ,U1', ,U2', ,U3', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Standortnummer	M	n9	
LG-Bezug	M	n1	'1' '2'
Leistungsgruppe	M	an5	LGxxx (xxx aus ,001'...'065')
Gültigkeitsbeginn	K	n8	JJJMMTT
Gültigkeitsende	K	n8	JJJMMTT
<u>Datei Notfallstrukturen</u> (wiederholbar)			
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Standortnummer	M	n9	
Notfallstruktur genehmigt	M	n1	'0' '1'
Verhandlung	M	n1	'0' '1'
Budgetjahr Verhandlung	M	n4	JJJJ
Budgetjahr letzte genehmigte Vereinbarung	M	n4	JJJJ
Notfallstufe	M	n1	'0' '1' '2' '3'
Modul Schwerverletztenversorgung	M	n1	'0' '1'
Modul Notfallversorgung Kinder	M	n1	'0' '1' '2' '3'
Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)	M	n1	'0' '1'
Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)	M	n1	'0' '1'
Modul Spezialversorgung	M	n1	'0' '1'
<u>Datei Arztqualifikation Standort</u> (wiederholbar)			
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJx (xx aus ,GJ', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Standortnummer	M	n9	
Merkmal Beschäftigungsverhältnis	M	n1	'0' '1' '9'
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'SON' 'SUM'
Merkmal Facharzt-Weiterbildung	M	n1	'0' '1' '9'
Fachexpertise	M	an4	
Ärztliches Personal (insgesamt)	M	n..9	999999,999
Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)	M	n..9	999999,999
Belegärzte	M	n..9	999999,999
<u>Datei Arztqualifikation Leistungsgruppen</u> (wiederholbar)			
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJx (xx aus ,GJ', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Standortnummer	M	n9	
Merkmal Beschäftigungsverhältnis	M	n1	'0' '1' '9'
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'SON' 'SUM'
LG-Bezug	M	n1	'1' '9'
Leistungsgruppe	M	an5	LGxxx (xxx aus ,001'...'065') 'SUMME'
Merkmal Facharzt-Weiterbildung	M	n1	'0' '1' '9'
Facharztbezeichnung	M	an4	
Zusatz-Weiterbildung	M	an4	
Ärztliches Personal (insgesamt)	M	n..9	999999,999
Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)	M	n..9	999999,999
Belegärzte	M	n..9	999999,999
<u>Datei Arztpersonal</u> (wiederholbar)			
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJx (xx aus ,GJ', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Standortnummer	M	n9	
Merkmal Beschäftigungsverhältnis	M	n1	'0' '1' '9'
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'SON' 'SUM'
Fachabteilung	M	an6	
Merkmal Facharzt-Weiterbildung	M	n1	'0' '1' '2' '9'
Facharztbezeichnung	M	an4	
Zusatz-Weiterbildung	M	an4	

Ärztliches Personal (insgesamt)	M	n..9	999999,999
Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)	M	n..9	999999,999
Belegärzte	M	n..9	999999,999
<i>Datei Pflegepersonal</i> (wiederholbar)			
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Standortnummer	M	n9	
Merkmal Bettenführend	M	n1	'0' '1' '9'
Merkmal Beschäftigungsverhältnis	M	n1	'0' '1' '9'
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'PIA' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'AOP' 'SON' 'SUM'
Fachabteilung	M	an6	
Pflegesensitiver Bereich	M	an..100	
Merkmal Teilstationäre Behandlung	M	n1	'0' '1' '9'
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Krankenpflegehelfer/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Altenpfleger/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Altenpflegehelfer/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Akademischer Pflegeabschluss (alle)	M	n..9	999999,999
Medizinische Fachangestellte (alle)	M	n..9	999999,999
Zahnmedizinische Fachangestellte (alle)	M	n..9	999999,999
Anästhesietechnische Assistenten/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Pflegeassistenten/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Sozialassistenten/-innen (alle)	M	n..9	999999,999
Sonstige Berufe (alle)	M	n..9	999999,999
Ohne Berufsabschluss (alle)	M	n..9	999999,999
Pflegepersonal Gesamt (alle)	M	n..9	999999,999
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Krankenpflegehelfer/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Altenpfleger/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Altenpflegehelfer/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Akademischer Pflegeabschluss (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Medizinische Fachangestellte (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Zahnmedizinische Fachangestellte (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Anästhesietechnische Assistenten/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Pflegeassistenten/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Sozialassistenten/-innen (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Sonstige Berufe (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Ohne Berufsabschluss (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Pflegepersonal Gesamt (Pflege am Bett)	M	n..9	999999,999
Auszubildende	M	n..9	999999,999
Hebammen und Entbindungspfleger (Kreißaal)	M	n..9	999999,999
Hebammen und Entbindungspfleger (bettenführende Stationen)	M	n..9	999999,999
Hebammen und Entbindungspfleger (insgesamt)	M	n..9	999999,999
Beleghebammen (Kreißaal)	M	n..9	999999,999
Beleghebammen (bettenführende Stationen)	M	n..9	999999,999
Beleghebammen (insgesamt)	M	n..9	999999,999
<i>Datei Fusionen</i> (wiederholbar)			
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Erfassungszeitraum	M	an6	JJJJxx (xx aus ,GJ', ,U1', ,U2', ,U3', ,Q1', ,Q2', ,Q3', ,Q4')
Institutionskennzeichen des mitgelieferten Krankenhauses (IKF)	M	n9	vor Fusion von Daten im Datenjahr
Falldaten von	M	an8	JJJJMMTT
Falldaten bis	M	an8	JJJJMMTT

Ausbildungsstätten (Ausbildungsberufe)*(wiederholbar, ggf. mehrere unterschiedliche Ausbildungsstätten-Typen je Ausbildungsstätte):*Datei Ausbildung

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf)	M	an3	999
Ausbildungsstätten-Typ	M	an1	[1]..[6]
Ausbildungsplätze insgesamt	M	n..9	999999999
Ausbildungsplätze des eigenen Krankenhauses	K	n..9	999999999
Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser	K	n..9	999999999
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
Ausbildungsvergütungen	M	n..10	99999999,99
Personalkosten je examinierte Vollkraft	M	n..10	99999999,99
Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts	M	n..10	99999999,99
Kosten der praktischen Ausbildung	M	n..10	99999999,99
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Gemeinkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99

Datei Abrechnung

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
DRG-Fälle, vereinbart	M	n..9	999999999
DRG-Fälle, abgerechnet	M	n..9	999999999
Bewertungsrelationen, vereinbart	M	n..9	9999999,99
Bewertungsrelationen, abgerechnet	M	n..9	9999999,99
Erlösausgleich § 4 Abs. 3 KHEntgG	K	n..11	(-)999999999,99
Pflegeerlösbudget, vereinbarte Summe	M	n..13	9999999999,99
Pflegeerlösbudget, abgerechnete Summe	M	n..13	9999999999,99
Ausgleichsbetrag gem. § 6a Abs. 2 KHEntgG	K	n..11	(-)999999999,99
Ausgleichsbetrag gem. § 6b Absatz 5 Satz 1 KHEntgG	M	n..11	(-)999999999,99
Fälle in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, vereinbart	M	n..9	999999999
Fälle in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, abgerechnet	M	n..9	999999999
Ausgleichsbetrag gem. § 6c Absatz 5 Satz 1 KHEntgG	M	n..11	(-)999999999,99
Vorhaltebewertungsrelationen, vereinbart	M	n..9	9999999,99
Vorhaltebewertungsrelationen, abgerechnet	M	n..9	9999999,99

Medizinische Daten des BehandlungsfallsDatei Fall

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'PIA' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'AOP' (siehe Hinweise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Krankenversicherтенnummer (Versicherten-ID)	M	an10	
Vertragskennzeichen § 64b-Modellvorhaben	bM	an..20	Muss-Angabe bei § 64b-Fällen
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	bM	n9	Muss-Angabe bei GKV-Patienten
Geburtsjahr	M	n4	JJJJ
Geburtsmonat*	bM	n2	MM
Geschlecht	M	a1	
PLZ	M	an5	
Wohnort	M	an..100	Bei Versicherten aus Stadtstaaten inklusive des Stadtteils
Aufnahmedatum	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Aufnahmeanlass	M	a1	
Aufnahmegrund	K	an4	
Fallzusammenführung	M	an1	J/N
Fallzusammenführungsgrund	K	an2	
Aufnahmegewicht*	bM	n..5	99999, in Gramm
Entlassungs-/Verlegungsdatum	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	
Alter in Tagen am Aufnahmetag*	bM	n..3	
Alter in Jahren am Aufnahmetag	K	n..3	
Patientennummer	M	an..15	
Anzahl interkurrenter Dialysen	K	n..3	
Beatmungsstunden	K	n..4	
Behandlungsbeginn vorstationär	K	an8	JJJJMMTT
Behandlungstage vorstationär	K	n1	
Behandlungsende nachstationär	K	an8	JJJJMMTT
Behandlungstage nachstationär	K	n..2	
Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses	K	n9	
Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich	K	n..3	
Beurlaubungstage im BpflV-Entgeltbereich	K	n..3	
Kennung Besonderer Fall Modellvorhaben	bM	n1	0 oder 1, wenn Kennung gesetzt ist
Verweildauer Intensiv	M	n..6	9999,99
LG-Bezug	bM	n1	'1' '2'
Leistungsgruppe	bM	an5	LGxxx (xxx aus ,001'...'065') 'LG999'

*bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres

Fachabteilungsangaben (Datei FAB)*(wiederholbar, fallbezogen)*

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'PIA' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'AOP' (siehe Hinweise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Standortnummer Behandlungsort	M	n9	
Fachabteilung	M	an6	
Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Kennung Intensivbett	M	an1	J oder N
Beatmungsstunden	K	n..4	

Diagnosenangaben (Datei ICD)

(wiederholbar, fallbezogen)

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'PIA' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'AOP' (siehe Hinweise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Diagnoseart	M	an..3	HD ND
ICD-Version	M	an..6	
Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)	M	an..9	
Lokalisation	K	a1	
Diagnosensicherheit	bM	a1	nur für Fälle nach § 118 SGB V
Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)	K	an..9	
Lokalisation2	K	a1	
Diagnosensicherheit2	bM	a1	nur für Fälle nach § 118 SGB V
Standortnummer Behandlungsort	M	n9	

Diagnosenangaben (Datei Seltene Erkrankungen)

fallbezogen

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'AOP' (siehe Hin- weise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Alpha-ID-SE-Version	M	an..6	
Orpha-Kennnummer	M	an..6	
Standortnummer Behandlungsort	M	n9	

Prozedurenangaben (Datei OPS)

(wiederholbar, fallbezogen)

siehe Hinweise zu teilstationären Fällen!

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'PIA' 'BWD' 'BWH' 'BGD' 'BGH' 'AOP' (siehe Hin- weise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
OPS-Version	M	an..6	
Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)	M	an..11	
Lokalisation	K	a1	
OPS-Datum	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Belegoperateur	K	an1	„J“
Beleganästhesist	K	an1	„J“
Beleghebamme	K	an1	„J“
Standortnummer Behandlungsort	M	an..100	

PIA-Leistungsdokumentation (Datei LEI)

(wiederholbar, fallbezogen)

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'PIA' (siehe Hinweise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
PIA-Leistungsschlüssel	M	an..20	„PIA-11A“ bis „PIA-93Z“
PIA-Leistungstag	M	an8	JJJJMMTT

Datei Modellvorhaben (§ 64b SGB V)

(wiederholbar, fallbezogen)

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'PSY' 'PIA' (siehe Hinweise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Krankenversicherternummer (Versicherten-ID)	M	an10	
Vertragskennzeichen § 64b-Modellvorhaben	M	an..20	
MOD-Leistungsschlüssel	M	an..20	
MOD-Leistungdatum	M	an12	JJJJMMTTHHMM

Entgeltdaten des Behandlungsfalls

<u>Datei Entgelte</u>	<i>(wiederholbar)</i>		
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'HYB' 'PSY' 'PIA' (siehe Hinweise)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	bM	n9	Muss-Angabe bei GKV-Patienten
Entgeltart	M	an8	
Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99
Abrechnung von	bM	an8	JJJJMMTT (Muss für DRG PSY HYB)
Abrechnung bis	bM	an8	JJJJMMTT (Muss für DRG PSY HYB)
Entgeltanzahl	M	n..5	99999
Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	n..3	999
Tag der Behandlung	bM	an8	JJJJMMTT (Muss für PIA)

Datei AOP

<u>Institutionskennzeichen des Krankenhauses</u>	<i>(wiederholbar)</i>		
<u>Institutionskennzeichen des Krankenhauses</u>	M	n9	
<u>Entlassender Standort</u>	M	n9	
<u>Entgeltbereich</u>	M	an3	'AOP'
<u>KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls</u>	M	an..15	
<u>Institutionskennzeichen der Krankenkasse</u>	bM	n9	<u>Muss-Angabe bei GKV-Patienten</u>
<u>Betragsart</u>	M	an8	
<u>Entgelt/-Rechnungsbetrag</u>	M	n..10	99999999,99
<u>Anzahl</u>	M	n..5	99999
<u>Tag der Behandlung</u>	M	an8	JJJJMMTT
<u>EBM-Version</u>	M	an8	JJJJMMTT
<u>in Honorarsumme für Pauschale enthalten</u>	bM	an1	'J'
<u>Doppeluntersuchung</u>	bM	an1	'J'
<u>Honorarsummenrelevanter Anteil bei Einzelvergütung</u>	bM	n..10	99999999,99

2. Hinweise und Kodeliste

Häufig auftretende Fragen zur Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG haben wir Ihnen in den [FAQ](#) auf unserer Homepage zusammengestellt. Die Liste der Fragen wird kontinuierlich weiterentwickelt.

Die fallbezogenen Angaben sind jeweils in Abhängigkeit vom Beginn ihrer Gültigkeit vorzunehmen; eine rückwirkende Anpassung bereits erfasster fallbezogener Daten ist nicht erforderlich.

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.

Hinweis zur Angabe der Betten:

Seit dem Datenjahr 2024 sind neben Fällen im Entgeltbereich ‚DRG‘ auch die Fälle im Entgeltbereich ‚HYB‘ zu übermitteln. Entsprechend sind auch die bis dahin für den Entgeltbereich ‚DRG‘ zu übermittelten Angaben zu den Betten nun gegliedert nach den Entgeltbereichen ‚DRG‘ und ‚HYB‘ entsprechend ihrer Inanspruchnahme zu übermitteln.

Datei Info

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

Datenerhebung

Die Angabe im Feld Datenerhebung hat im Format *JJJJxx* zu erfolgen. Sie ist ähnlich dem Feld Erfassungszeitraum der Datei Krankenhaus.

Dabei ist *JJJJ* durch das jeweilige Datenjahr zu ersetzen.

Für *xx* wird für die Datenübermittlung gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG ein Wert aus [Q1, Q2, Q3, Q4], für die Datenübermittlung gemäß § 21 Abs. 3b KHEntgG ein Wert aus [U1, U2, U3] und für alle anderen Datenlieferungen [GJ] verwendet.

Für die Übermittlung von Test-Daten ist die Zeichenkette „Test.D“ zu verwenden.

Datum der Erstellung

Es ist das Datum der Erstellung der Datei Info anzugeben.

E-Mail-Adresse

Es ist eine E-Mail-Adresse anzugeben, über die eine Kontaktperson im Krankenhaus erreicht werden kann. Es wird empfohlen dafür sogenannte Funktionsadressen anzulegen, über die auch Vertreter erreicht werden. Die Kommunikation erfolgt ausschließlich über E-Mail. Die Erreichbarkeit muss gewährleistet sein, um, z.B. die Übermittlung von Fehlerprotokollen nicht zu verpassen. Damit die Zustellung von Protokollen im [Datenportal](#) gewährleistet werden kann, ist ein Anwenderkonto zu dieser E-Mail-Adresse im InEK-Datenportal notwendig.

DRG-Groupier

Kurzbezeichnung des eingesetzten zertifizierten DRG-Groupiers, ggf. mehrere werden mit Komma getrennt (von allen Krankenhäusern zu übermitteln)

Krankenhausinformationssystem

Kurzbezeichnung des für die Ausleitung und Übermittlung der Fälle aus dem Krankenhausinformationssystem genutzten Softwareprodukts (von allen Krankenhäusern zu übermitteln)

Softwarelösung (nur für Kalkulationserhebung)

Kurzbezeichnung der Softwarelösung zur Kalkulation

Versionskennung

Die aktuelle Versionskennung wird für Datenübermittlungen gemäß § 21 Abs. 3b und 7 KHEntgG in den jeweiligen Verfahrensbeschreibungen und für alle anderen Datenübermittlungen im [Merkblatt](#) veröffentlicht.

E-Mail-Adresse2

Wenn die Einrichtung von Funktionsadressen nicht möglich ist, kann hier eine zweite Adresse hinterlegt werden, die ebenfalls für die Kontaktaufnahme verwendet werden kann. An diese Adresse wird genau wie an den Absender und die Adresse im Feld E-Mail-Adresse eine Empfangsbestätigung versendet und das

Importprotokoll im [InEK-Datenportal](#) bereitgestellt. Damit die Zustellung von Protokollen im Datenportal gewährleistet werden kann, ist ein Anwenderkonto zu dieser E-Mail-Adresse im Datenportal notwendig.

Datei Krankenhaus

Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Das Institutionskennzeichen dient der eindeutigen Identifikation des Krankenhauses (Primärschlüssel). Es wird das IK aus dem § 301-Verfahren verwendet. 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.

Erfassungszeitraum

Gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG sind die Strukturdaten des Krankenhauses nach Buchstabe a und die Daten zu den Ärztinnen und Ärzten nach Buchstabe f in § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG für das erste Quartal eines Jahres bis zum 15.04. des Jahres zu übermitteln. Dieser Zeitraum überschneidet sich mit dem Zeitraum der Datenübermittlung für die reguläre Ganzjahresmeldung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG (bis zum 31.03. eines Jahres und daran anschließender Korrekturfrist). Um die beiden Datenübermittlungen auseinander halten zu können, wird die Datenübermittlung im Datenfeld „Erfassungszeitraum“ konkretisiert. Dabei ist *JJJJ* durch das jeweilige Datenjahr zu ersetzen. Der Eintrag *‘JJJJGJ’* wird für die Ganzjahresmeldung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG verwendet. Die Einträge *‘JJJJQ1’*, *‘JJJJQ2’*, *‘JJJJQ3’* und *‘JJJJQ4’* werden für die vier Quartalsmeldungen nach § 21 Abs. 7 KHEntgG genutzt. Für die drei unterjährigen Datenlieferungen nach § 21 Abs. 3b KHEntgG kommen die Einträge *‘JJJJU1’*, *‘JJJJU2’* und *‘JJJJU3’* zur Anwendung.

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 § 108 Nr. 3 SGB V)

Art der Trägerschaft

F	Freigemeinnützig
P	Privat
O	Öffentlich

Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)

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

Sind nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben. Teilstationäre Behandlungsplätze sind hier nicht mitzuzählen. Bei Fachabteilungen der Geburtshilfe sind die Betten der Neugeborenen nicht mitzuzählen.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Intensivbetten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, als Davon-Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten (DRG). Sind nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl an Intensivbetten kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Die Einstufung „Intensivbett“ erfolgt ausschließlich aufgrund der abweichenden Pflegeintensität der typischerweise in diesem Bett versorgten Patienten sowie der sich typischerweise ergebenden Erfordernisse hinsichtlich Personal und Sachmitteleinsatz. Die Einstufung orientiert sich an den personellen und strukturellen Anforderungen der OPS-Kodes

- 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur),
- 8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls,
- 8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls,
- 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) und
- 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur).

Dabei steht die Fragestellung im Vordergrund, ob die in dem Intensivbett behandelten Patienten grundsätzlich mit einem der vorgenannten OPS-Kodes kodiert werden dürfen und nicht, ob für den individuellen Fall tatsächlich einer der vorgenannten OPS-Kodes kodiert wurde.

Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass die o. g. Definition des „Intensivbettes“ ausschließlich den Zwecken dieser Vereinbarung dient. Sie stellt kein Präjudiz für anderweitige Fragestellungen im Hinblick auf die Definition intensivmedizinischer Leistungen oder Strukturen im Krankenhaus dar.

Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze zur Behandlung teilstationärer Fälle, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

Stehen nur teilstationäre Behandlungsplätze, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, zur Verfügung, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen.

Sind nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Teilstationäre Behandlungsplätze sind hier nicht mitzuzählen.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Intensivbetten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen, als Davon-Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten (PSY).

Sind nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl an Intensivbetten kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Die Definition eines Intensivbetts entspricht dabei der Definition im Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“.

Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze zur Behandlung teilstationärer Fälle, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen.

Stehen nur teilstationäre Behandlungsplätze, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zur Verfügung, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Merkmal Zu-Abschläge

noch zu definieren (s. § 17b Abs. 1a KHG)

Regionale Versorgungsverpflichtung

0 keine regionale Versorgungsverpflichtung in der Psychiatrie
1 regionale Versorgungsverpflichtung im PSY-Entgeltbereich

Merkmal Besondere Einrichtung

0 Weder für einzelne organisatorisch abgrenzbare Teile des Krankenhauses noch für das gesamte Krankenhaus an sich liegt eine Vereinbarung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für den Berichtszeitraum vor.
1 Für das gesamte Krankenhaus liegt eine Vereinbarung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für den Berichtszeitraum vor.
2 Für einzelne organisatorisch abgrenzbare Teile des Krankenhauses, aber nicht für das gesamte Krankenhaus an sich, liegt eine Vereinbarung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für den Berichtszeitraum vor.

Anzahl der aufgestellten Betten (HYB)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Betten, in denen Fälle versorgt wurden, die nach § 115f SGB V vergütet wurden. Werden in manchen Betten sowohl Fälle aus dem Entgeltbereich ,DRG' als auch aus dem Entgeltbereich ,HYB' versorgt, sind diese Betten nach Inanspruchnahme jeweils anteilig in der jeweiligen Spalte anzugeben.

Sind nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG bzw. des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Datei Standorte

In der Datei Standorte sind alle Standorte des Krankenhauses aufzuführen, die im jeweiligen Datenjahr gültig waren und im Rahmen des Abrechnungsverkehrs gem. § 301 SGB V für die Abrechnung von stationären Leistungen sowie psychiatrischen bzw. psychosomatischen Institutsambulanzen verwendet wurden. Die verwendeten Standortnummern sind in dieser Datei einzutragen, wenn für diesen Standort Fälle im Rahmen der Datenlieferung übermittelt werden. Dabei sind auch Standorte aufzuführen, die nicht ganzjährig verwendet wurden, bspw. weil diese im Laufe des Datenjahres geschlossen oder im Rahmen einer Fusion geändert wurden. Die Gültigkeitszeiträume der Standorte sind nicht gesondert anzugeben, da diese dem Standortverzeichnis entnommen werden können. Die Datei Standorte ist auch von Krankenhäusern mit nur einem Standort zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
Erfassungszeitraum (siehe Datei Krankenhaus)

Standortnummer

Es ist die im jeweiligen Datenjahr gültige Standortnummer des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass eine oder mehrere angegebene Standortnummern zum Übermittlungszeitpunkt nicht mehr gültig sind (siehe oben).

Standortname

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

Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)

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

Sind am jeweiligen Standort nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Teilstationäre Behandlungsplätze sind hier nicht mitzuzählen. Bei Fachabteilungen der Geburtshilfe sind die Betten der Neugeborenen nicht mitzuzählen.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum am jeweiligen Standort durchschnittlich aufgestellten Intensivbetten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, als Davon-Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten (DRG).

Sind am jeweiligen Standort nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl an Intensivbetten kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Die Definition eines Intensivbetts entspricht dabei der Definition in der Datei Krankenhaus (siehe Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“).

Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum am jeweiligen Standort durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze zur Behandlung teilstationärer Fälle, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

Stehen nur teilstationäre Behandlungsplätze, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, zur Verfügung, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich am jeweiligen Standort aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen.

Sind am jeweiligen Standort nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Teilstationäre Behandlungsplätze sind hier nicht mitzuzählen.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum am jeweiligen Standort durchschnittlich aufgestellten Intensivbetten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen, als Davon-Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten (PSY).

Sind am jeweiligen Standort nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl an Intensivbetten kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Die Definition eines Intensivbetts entspricht dabei der Definition in der Datei Krankenhaus (siehe Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“).

Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum am jeweiligen Standort durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze zur Behandlung teilstationärer Fälle, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen.

Stehen nur teilstationäre Behandlungsplätze, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zur Verfügung, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Merkmal Besondere Einrichtung

0 Weder für einzelne organisatorisch abgrenzbare Teile des Standortes noch für den gesamten Standort an sich liegt eine Vereinbarung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für den Berichtszeitraum vor.

1 Für den gesamten Standort liegt eine Vereinbarung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für den Berichtszeitraum vor.

2 Für einzelne organisatorisch abgrenzbare Teile des Standortes, aber nicht für den gesamten Standort an sich, liegt eine Vereinbarung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für den Berichtszeitraum vor.

Merkmal Komplexbehandlung Intensivmedizin

Wenn es im betreffenden Datenjahr am jeweiligen Standort mindestens eine intensivmedizinische Behandlungseinheit gibt, welche die personellen und strukturellen Anforderungen des OPS-Kodes

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) oder

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

erfüllt und für das Datenjahr mindestens ein Fall übermittelt wird, der in einer intensivmedizinischen Behandlungseinheit behandelt wurde und für den in der Datei OPS einer der beiden genannten OPS-Kodes dokumentiert ist, ist der Wert ,1', ansonsten der Wert ,0' (Null) einzutragen.

Merkmal Komplexbehandlung Kinderintensivmedizin

Wenn es im betreffenden Datenjahr am jeweiligen Standort mindestens eine intensivmedizinische Behandlungseinheit gibt, welche die personellen und strukturellen Anforderungen des OPS-Kodes

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

erfüllt und für das Datenjahr mindestens ein Fall übermittelt wird, der in einer intensivmedizinischen Behandlungseinheit behandelt wurde und für den in der Datei OPS der genannte OPS-Code dokumentiert ist, ist der Wert ,1', ansonsten der Wert ,0' (Null) einzutragen.

Merkmal Komplexbehandlung Schlaganfall

Wenn es im betreffenden Datenjahr am jeweiligen Standort einen Bereich gibt, der die personellen und strukturellen Anforderungen des OPS-Kodes

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

erfüllt und für das Datenjahr mindestens ein Fall übermittelt wird, der in diesem Bereich behandelt wurde und für den in der Datei OPS einer der beiden genannten OPS-Kodes dokumentiert ist, ist der Wert ,1', ansonsten der Wert ,0' (Null) einzutragen.

Anzahl der aufgestellten Betten (HYB)

Anzahl der im Berichtszeitraum am Standort durchschnittlich aufgestellten Betten, in denen Fälle versorgt wurden, die nach § 115f SGB V vergütet wurden. Werden in manchen Betten sowohl Fälle aus dem Entgeltbereich ‚DRG‘ als auch aus dem Entgeltbereich ‚HYB‘ versorgt, sind diese Betten nach Inanspruchnahme jeweils anteilig in der jeweiligen Spalte anzugeben.

Sind nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG bzw. des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Datei Krankenhausstruktur_Fachabteilungen

In der Datei Krankenhausstruktur_Fachabteilungen sind die Fachabteilungen an allen Standorten des Krankenhauses aufzuführen, wenn für die Fachabteilung am jeweiligen Standort Fälle im Rahmen der Datenlieferung übermittelt werden. Dabei sind auch Fachabteilungen und Standorte aufzuführen, die nicht ganzjährig verwendet wurden, bspw. weil diese im Laufe des Datenjahres geschlossen oder im Rahmen einer Fusion geändert wurden. Die Datei Krankenhausstruktur_Fachabteilungen ist auch von Krankenhäusern mit nur einer Fachabteilung bzw. nur einem Standort zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

Erfassungszeitraum (siehe Datei Krankenhaus)

Standortnummer (siehe Datei Standorte)

Fachabteilung

Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V anzugeben. Alle Fachabteilungen eines Krankenhauses sind anzugeben.

Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das Präfix ‚HA‘ (Hauptabteilung) oder ‚BA‘ (Belegabteilung), bei Besonderen Einrichtungen das Präfix ‚BE‘ voranzustellen. Werden Betten bspw. von einer als Haupt- und Belegabteilung „Misch-Fachabteilung“ genutzt, sind zwei Zeilen mit den Präfixen ‚HA‘ und ‚BA‘ zu übermitteln und die Bettenzahl in Abhängigkeit der Nutzung aufzuteilen.

Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum in der Fachabteilung am jeweiligen Standort durchschnittlich aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

Sind in der Fachabteilung am jeweiligen Standort nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

Teilstationäre Behandlungsplätze sind hier nicht mitzuzählen. Bei Fachabteilungen der Geburtshilfe sind die Betten der Neugeborenen nicht mitzuzählen.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum in der Fachabteilung am jeweiligen Standort durchschnittlich aufgestellten Intensivbetten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, als Davon-Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten (DRG).

Sind in der Fachabteilung am jeweiligen Standort nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl an Intensivbetten kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Die Definition eines Intensivbetts entspricht dabei der Definition in der Datei Krankenhaus (siehe Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“).

Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum in der Fachabteilung am jeweiligen Standort durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze zur Behandlung teilstationärer Fälle, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

Stehen nur teilstationäre Behandlungsplätze, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, zur Verfügung, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich in der Fachabteilung am jeweiligen Standort aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen.

Sind in der Fachabteilung am jeweiligen Standort nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

Teilstationäre Behandlungsplätze sind hier nicht mitzuzählen.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum in der Fachabteilung am jeweiligen Standort durchschnittlich aufgestellten Intensivbetten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen, als Davon-Angabe der Anzahl der aufgestellten Betten (PSY).

Sind in der Fachabteilung am jeweiligen Standort nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl an Intensivbetten kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Die Definition eines Intensivbetts entspricht dabei der Definition in der Datei Krankenhaus (siehe Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“).

Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum in der Fachabteilung am jeweiligen Standort durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungsplätze zur Behandlung teilstationärer Fälle, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen.

Stehen nur teilstationäre Behandlungsplätze, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zur Verfügung, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Anzahl der aufgestellten Betten (HYB)

Anzahl der im Berichtszeitraum in der Fachabteilung durchschnittlich aufgestellten Betten, in denen Fälle versorgt wurden, die nach § 115f SGB V vergütet wurden. Werden in manchen Betten sowohl Fälle aus dem Entgeltbereich DRG als auch aus dem Entgeltbereich HYB versorgt, sind diese Betten nach Inanspruchnahme jeweils anteilig in der jeweiligen Spalte anzugeben.

Sind nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG bzw. des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis: Die anzugebende Bettenanzahl kann von der im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahl abweichen.

Datei Krankenhausstruktur Leistungsgruppen

In der Datei Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen sind für jeden Standort des Krankenhauses alle Leistungsgruppen aufzuführen. Anzugeben sind die in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen, denen die vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zuzuordnen sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V. Im Fall der von § 135d Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch betroffenen Krankenhäuser tritt bis zum 31. Dezember 2025 an die Stelle der in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesenen Leistungsgruppen.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
 Erfassungszeitraum (siehe Datei Krankenhaus)
 Standortnummer (siehe Datei Standorte)

LG-Bezug

Anzugeben ist, ob es sich um eine in Anlage 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Leistungsgruppe handelt oder um eine von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesene Leistungsgruppe.

Leistungsgruppe nach Anlage 1 SGB V ,1'
 Leistungsgruppe von der Landesbehörde zugewiesen ,2'

Leistungsgruppe

Die Zuordnung bzw. Zuweisung von Leistungsgruppen erfolgt standortbezogen. Für jede Leistungsgruppe eines Standortes ist eine eigene Zeile anzulegen.

Es kann bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort vorkommen, dass dieselbe Leistungsgruppe mehr als einem Standort zugeordnet ist bzw. zugewiesen wird. In diesem Fall ist für jeden Standort eine eigene Zeile für die Leistungsgruppe anzulegen.

Es sind die Leistungsgruppenkürzel aus der folgenden Liste zu verwenden, welche sich an den Leistungsgruppenkürzeln des Definitionshandbuchs des Leistungsgruppen-Groupers orientieren.

Bei Angabe von LG-Bezug ,1' im entsprechenden Datenfeld sind die maßgeblichen Leistungsgruppen die in Anlage 1 SGB V genannten Leistungsgruppen. Bei Angabe von LG-Bezug ,2' im entsprechenden Datenfeld sind die maßgeblichen Leistungsgruppen die von der Landesbehörde zugewiesenen Leistungsgruppen. Diese sind sinngemäß den in der Tabelle genannten Leistungsgruppen zuzuordnen. Sollte dies nicht möglich sein, setzen Sie sich bitte schriftlich mit der Datenstelle in Verbindung.

Beispiel: Für die Leistungsgruppe Komplexe Pneumologie ist das Leistungsgruppenkürzel „LG006“ mit fünf Zeichen zu verwenden.

Leistungsgruppenkürzel	Bezeichnung der Leistungsgruppe
LG001	Allgemeine Innere Medizin
LG002	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
LG003	Infektiologie
LG004	Komplexe Gastroenterologie
LG005	Komplexe Nephrologie
LG006	Komplexe Pneumologie
LG007	Komplexe Rheumatologie
LG008	Stammzelltransplantation
LG009	Leukämie und Lymphome
LG010	EPU/Ablation
LG011	Interventionelle Kardiologie
LG012	Kardiale Devices
LG013	Minimalinvasive Herzklappenintervention
LG014	Allgemeine Chirurgie
LG015	Kinder- und Jugendchirurgie
LG016	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
LG017	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie
LG018	Bauchaortenaneurysma
LG019	Carotis operativ/interventionell
LG020	Komplexe periphere arterielle Gefäße
LG021	Herzchirurgie
LG022	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche

Leistungsgruppenkürzel	Bezeichnung der Leistungsgruppe
LG023	Endoprothetik Hüfte
LG024	Endoprothetik Knie
LG025	Revision Hüftendoprothese
LG026	Revision Knieendoprothese
LG027	Spezielle Traumatologie
LG028	Wirbelsäuleneingriffe
LG029	Thoraxchirurgie
LG030	Bariatrische Chirurgie
LG031	Lebereingriffe
LG032	Ösophaguseingriffe
LG033	Pankreaseingriffe
LG034	Tiefe Rektumeingriffe
LG035	Augenheilkunde
LG036	Haut- und Geschlechtskrankheiten
LG037	MKG
LG038	Urologie
LG039	Allgemeine Frauenheilkunde
LG040	Ovarial-CA
LG041	Senologie
LG042	Geburten
LG043	Perinataler Schwerpunkt
LG044	Perinatalzentrum Level 1
LG045	Perinatalzentrum Level 2
LG046	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
LG047	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
LG048	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation
LG049	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome
LG050	HNO
LG051	Cochleaimplantate
LG052	Neurochirurgie
LG053	Allgemeine Neurologie
LG054	Stroke Unit
LG055	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
LG056	Geriatric
LG057	Palliativmedizin
LG058	Darmtransplantation
LG059	Herztransplantation
LG060	Lebertransplantation
LG061	Lungentransplantation
LG062	Nierentransplantation
LG063	Pankreastransplantation
LG064	Intensivmedizin
LG065	Notfallmedizin

Gültigkeitsbeginn

Anzugeben ist der Gültigkeitsbeginn für die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesene Leistungsgruppe. Für jede Zeile ist der Gültigkeitsbeginn anzugeben. Sofern von der Landesbehörde noch keine Leistungsgruppen zugewiesen wurden oder kein Gültigkeitszeitraum vorgegeben wurde, ist das Datenfeld ‚leer‘ zu übermitteln.

Gültigkeitsende

Anzugeben ist das Gültigkeitsende für die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesene Leistungsgruppe. Für jede Zeile ist das Gültigkeitsende anzugeben. Sofern von der Landesbehörde noch keine Leistungsgruppen zugewiesen wurden oder kein Gültigkeitszeitraum vorgegeben wurde, ist das Datenfeld ‚leer‘ zu übermitteln.

Datei Notfallstrukturen

Gemäß Medizinforschungsgesetz vom 23.10.2024 sind die Informationen über die Teilnahme an dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäuser zu übermitteln. In der Datei Notfallstrukturen ist zu übermitteln, ob und mit welcher Stufe der Notfallversorgung bzw. welchen Modulen der speziellen Notfallversorgung ein Krankenhausstandort an dem gestuften System von Notfallstrukturen teilnimmt. Maßgeblich sind hierbei die „Festlegungen der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“ (G-BA-Notfallstrukturenregelungen). Es sind die Notfallstufe und die Module sowie Angaben zum Budgetjahr und die Information über aktuell laufende Verhandlungen für den jeweiligen Standort zu übermitteln.

Für jeden Standort sind Angaben zu dem jüngsten Budgetjahr zu machen, für das eine genehmigte Vereinbarung vorliegt. Auch wenn ein Krankenhaus/Standort nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, so sind entsprechende Angaben zu übermitteln. Soweit im vereinbarten Jahr ein Wechsel des Status bezüglich der Teilnahme an der Notfallversorgung vereinbart wurde, ist der für das Ende des Erfassungszeitraums gültige Status relevant. Sollte nach dem Zeitpunkt einer Fusion von Krankenhäusern noch keine Vereinbarung zu einem gemeinsamen Budget getroffen worden sein, sind die für die jeweiligen Standorte jüngsten Vereinbarungen vor der Fusion maßgeblich.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
Standortnummer (siehe Datei Standorte)

Notfallstruktur genehmigt

Es ist der Wert ‚1‘ anzugeben, sofern für den Standort jemals eine Notfallstufe oder ein Modul der speziellen Notfallversorgung gemäß G-BA-Notfallstrukturenregelungen verhandelt und abschließend genehmigt wurde. Dies beinhaltet auch die Nichtteilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen (Notfallstufe 0). Es ist der Wert ‚0‘ anzugeben, wenn für den Standort noch nie eine Notfallstufe oder ein Modul der speziellen Notfallversorgung genehmigt wurde.

Sofern noch niemals eine Notfallstruktur für den Standort genehmigt wurde (Wert ‚0‘), ist in dem Datenfeld „Budgetjahr letzte genehmigte Vereinbarung“ der Wert ‚1900‘ und in den Datenfeldern „Notfallstufe“, „Modul Schwerverletztenversorgung“, „Modul Notfallversorgung Kinder“, „Modul Spezialversorgung“, „Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)“ und „Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)“ jeweils der Wert ‚0‘ (Null) einzutragen.

Verhandlung

Sofern sich die Notfallstrukturen aktuell in Verhandlung befinden, geben Sie bitte den Wert ‚1‘ an, ansonsten den Wert ‚0‘ (Null).

Budgetjahr Verhandlung

Sofern im Datenfeld Verhandlung der Wert ‚1‘ angegeben wurde (sich die Notfallstrukturen aktuell in Verhandlung befinden), ist hier das Budgetjahr anzugeben, für das aktuell die Notfallstrukturen neu verhandelt werden. Werden die Notfallstrukturen aktuell nicht verhandelt (Datenfeld „Verhandlung“ = ‚0‘), ist der Wert ‚1900‘ einzutragen.

Budgetjahr letzte genehmigte Vereinbarung

Es ist das jüngste Budgetjahr anzugeben, für das eine genehmigte Vereinbarung vorliegt. Da sich Verhandlungen auf Jahr(e) nach dem letzten genehmigten Budgetjahr beziehen, können die beiden Felder nicht mit derselben Jahreszahl befüllt sein (d.h. „Budgetjahr Verhandlung“ > „Budgetjahr letzte genehmigte Vereinbarung“).

Notfallstufe

Nach den G-BA-Notfallstrukturenregelungen unterscheidet sich die Notfallversorgung hinsichtlich der Art und des Umfangs der verschiedenen Notfallvorhaltungen und wird in drei Stufen gegliedert. Anzugeben ist in diesem Feld die zum Datenfeld „Budgetjahr letzte genehmigte Vereinbarung“ gehörige, **letzte abschließend vereinbarte und genehmigte Stufe der Notfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen**. Die Zuordnungen zur speziellen Notfallversorgung gemäß § 4 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen sind über die Angaben der Module in den Datenfeldern „Modul Schwerverletztenversorgung“, „Modul Notfallversorgung Kinder“, „Modul Spezialversorgung“, „Modul Schlaganfallversorgung“, „Modul Durchblutungsstörungen am Herzen“ zu übermitteln.

- | | |
|---|---|
| 0 | Nichtteilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen |
| 1 | Basisnotfallversorgung (Stufe 1): Erfüllung der Anforderungen an die Basisnotfallversorgung gemäß Abschnitt III §§ 8 bis 12 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen |
| 2 | Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2): Erfüllung der Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung gemäß Abschnitt IV §§13 bis 17 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen |
| 3 | Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3): Erfüllung der Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung gemäß Abschnitt V §§18 bis 22 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen |

Wurde noch nie eine Notfallstufe für den Standort genehmigt (Datenfeld „Notfallstruktur genehmigt“ = ,0‘), ist der Wert ,0‘ einzutragen.

In den folgenden Datenfeldern sind die zum Datenfeld „Budgetjahr letzte genehmigte Vereinbarung“ gehörigen, zuletzt abschließend genehmigten Module anzugeben.

Wurde kein Modul der speziellen Notfallversorgung gemäß G-BA-Notfallstrukturenregelungen genehmigt, ist in den Datenfeldern der Module der Wert ,0‘ zu übermitteln.

Gemäß § 1 Abs. 3 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung können die Module Schwerverletztenversorgung, Schlaganfallversorgung (Stroke Unit), Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit) und Spezialversorgung nur dann vereinbart werden, wenn keine Einstufung in eine der Stufen der allgemeinen Notfallversorgung vereinbart wird.

Modul Schwerverletztenversorgung

Wenn im betreffenden Budgetjahr das Modul Schwerverletztenversorgung genehmigt wurde, ist der Wert ,1‘ ansonsten der Wert ,0‘ (Null) einzutragen.

Modul Notfallversorgung Kinder

- 0 Kein Modul Notfallversorgung Kinder verhandelt
- 1 Basisnotfallversorgung (Stufe 1): Erfüllung der Anforderungen an die Basisnotfallversorgung Kinder gemäß Abschnitt VI § 25 Absatz 2 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen
- 2 Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2): Erfüllung der Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung Kinder gemäß Abschnitt VI § 25 Absatz 3 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen
- 3 Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3): Erfüllung der Anforderungen an die umfassende Notfallversorgung Kinder gemäß Abschnitt VI § 25 Absatz 4 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen

Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)

Wenn im betreffenden Budgetjahr das Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) genehmigt wurde, ist der Wert ,1‘ ansonsten der Wert ,0‘ (Null) einzutragen.

Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

Wenn im betreffenden Budgetjahr das Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit) genehmigt wurde, ist der Wert ,1‘ ansonsten der Wert ,0‘ (Null) einzutragen.

Modul Spezialversorgung

Wenn zum Ende des Erfassungszeitraums das Modul Spezialversorgung durch die Landesbehörde zugewiesen ist, ist der Wert ,1‘ ansonsten der Wert ,0‘ (Null) einzutragen. Hier ist die Tatsache anzugeben, ob eine Ausweisung nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 und 3 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen erfolgt ist. Die Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung auf Grund von § 26 Abs. 2 Nr. 1 (Psychiatrien) sind hier nicht zu erfassen.

Datei Arztqualifikation_Standort

Gemäß dem Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaus-transparenzgesetz) vom 22.03.2024 sind Daten zum ärztlichen Personal zu übermitteln. Unter ärztliches Personal fallen die Personen, die gemäß § 2a der Bundesärzterordnung (BÄO) zum Führen der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ befugt sind. Dabei ist die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte inkl. Schwerpunktkompetenzen und Zusatz-Weiterbildungen zu erheben und nach den jeweiligen Facharztbezeichnungen im Sinne der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer zu differenzieren. Darüber hinaus ist für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung das Weiterbildungsgebiet in Sinne der Musterweiterbildungsordnung anzugeben. Die Facharztbezeichnungen und Schwerpunktkompetenzen sowie die Zusatz-Weiterbildungen werden unter dem Oberbegriff Fachexpertise zusammengefasst.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
 Erfassungszeitraum (siehe Datei Arztpersonal)
 Standortnummer (siehe Datei Arztpersonal)
 Merkmal Beschäftigungsverhältnis (siehe Datei Arztpersonal)
 Entgeltbereich (siehe Datei Arztpersonal)

Merkmal Facharzt-Weiterbildung

Zur Angabe von ärztlichem Personal ohne Facharztbezeichnung, das sich in einer Facharzt-Weiterbildung befindet, ist im Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“ der Wert ‚1‘ einzutragen. Die Angabe des Weiterbildungsgebietes erfolgt über das Datenfeld „Fachexpertise“.

Zur Angabe von Fachärztinnen und Fachärzten (mit mindestens einer abgeschlossenen Facharzt-Weiterbildung) wird in diesem Feld der Wert ‚0‘ übermittelt.

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankensebene ist der Eintrag ‚9‘ zu verwenden.

Fachexpertise

Es sind die ärztlichen Fachexpertisen nach Standort gegliedert anzugeben. Die ärztlichen Fachexpertisen beinhalten die Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen (siehe Datei Arztpersonal) sowie die abgeschlossenen Zusatz-Weiterbildungen (siehe Datei Arztpersonal) des ärztlichen Personals. Zur Vermeidung von Doppelbezeichnungen und Missverständnissen werden dabei die bereits etablierten Kürzel aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verwendet, soweit sie in der Musterweiterbildungsverordnung vorkommen (siehe Tabellen unter Datei Arztpersonal). Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sind sinngemäß zuzuordnen.

Für jede am Standort vorhandene Fachexpertise ist eine eigene Zeile anzulegen. Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Fachexpertisen werden dabei mehrfach gezählt.

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankensebene ist der Eintrag ‚AQ99‘ zu verwenden.

Ärztliches Personal (insgesamt) (siehe Datei Arztpersonal)
 Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung) (siehe Datei Arztpersonal)
 Belegärzte (siehe Datei Arztpersonal)

Die Berechnung der Vollkräfte in den Datenfeldern „Ärztliches Personal (insgesamt)“ ~~und~~ „Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)“ ~~und~~ „Belegärzte“ orientiert sich an den Vorgaben der Krankenhausstatistik.

Um eine Vergleichbarkeit der Zahlen zu erreichen, wird in den Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG von einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ausgegangen (siehe Datei Arztpersonal für ~~mehr~~ Details).

Beispiel 1: Eine fest angestellte Ärztin mit einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden hat sowohl eine Facharzt-Weiterbildung der Allgemein Chirurgie (AQ06) als auch der Viszeralchirurgie (AQ13) sowie die Zusatz-Weiterbildungen Intensivmedizin (ZF15) und Spezielle Viszeralchirurgie (ZF49). Sie arbeitet insgesamt zu 80% in der unmittelbaren Patientenversorgung. In der Datei Arztqualifikation_Standort ist sie wie folgt in vier Zeilen zu erfassen:

IK	Erfassungszeitraum	Standortnummer	Merkmal-Beschäftigungsverhältnis	Entgeltbereich	Merkmal Facharzt-Weiterbildung	Fachexpertise	Ärztliches-Personal-(insgesamt)	Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)
260123456	2026Q1	770000001	0	DRG	0	AQ06	1,000	0,800
260123456	2026Q1	770000001	0	DRG	0	AQ13	1,000	0,800

260123456	2026Q1	770000001	0	DRG	0	ZF15	1,000	0,800
260123456	2026Q1	770000001	0	DRG	0	ZF49	1,000	0,800

Beispiel 2: Ein fest angestellter Arzt mit einer Wochenarbeitszeit von insgesamt 38,5 Stunden in der unmittelbaren Patientenversorgung arbeitet an zwei Standorten eines IK. Zu 60% ist er an Standort 770000001 tätig und zu 40% an Standort 770000002. Die Arbeitszeit ist anteilig auf die Standorte aufzuteilen. In der Datei Arztqualifikation_Standort ist er wie folgt an den beiden Standorten zu erfassen:

Standort 1:

IK	Erfassungszeitraum	Standortnummer	Merkmal-Beschäftigungsverhältnis	Entgeltbereich	Merkmal Facharzt-Weiterbildung	Fachexpertise	Ärztliches-Personal-(insgesamt)	Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)
260123456	2026Q1	770000001	0	DRG	0	AQ06	0,600	0,600
260123456	2026Q1	770000001	0	DRG	0	ZF15	0,600	0,600

Standort 2:

IK	Erfassungszeitraum	Standortnummer	Merkmal-Beschäftigungsverhältnis	Entgeltbereich	Merkmal Facharzt-Weiterbildung	Fachexpertise	Ärztliches-Personal-(insgesamt)	Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)
260123456	2026Q1	770000002	0	DRG	0	AQ06	0,400	0,400
260123456	2026Q1	770000002	0	DRG	0	ZF15	0,400	0,400

Datei Arztqualifikation Leistungsgruppen

In dieser Datei sind die Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen nach Leistungsgruppen, differenziert nach Standort anzugeben.

Anrechnungsregel: Ärztinnen und Ärzte können für bis zu drei Leistungsgruppen angerechnet werden, d.h. eine mehrfache Zählung ist in diesem Umfang möglich. ~~Dies gilt nicht für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie. Ärztinnen und Ärzte, die dort gezählt werden, können nicht mehr für andere Leistungsgruppen berücksichtigt werden.~~

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
Erfassungszeitraum (siehe Datei Arztpersonal)
Standortnummer (siehe Datei Arztpersonal)
Merkmal Beschäftigungsverhältnis (siehe Datei Arztpersonal)
Entgeltbereich (siehe Datei Arztpersonal)

LG-Bezug

Anzugeben ist, ob es sich um eine in Anlage 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Leistungsgruppe handelt oder um eine Summenzeile auf Standort- bzw. Krankenhausebene.

Leistungsgruppe nach Anlage 1 SGB V ,1'

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankenhausebene ist der Eintrag ,9' zu verwenden.

Leistungsgruppe

Die Zuordnung bzw. Zuweisung von Leistungsgruppen erfolgt standortbezogen. Für jede Leistungsgruppe eines Standortes ist eine eigene Zeile anzulegen.

Es kann bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort vorkommen, dass dieselbe Leistungsgruppe mehr als einem Standort zugeordnet ist bzw. zugewiesen wird. In diesem Fall ist für jeden Standort eine eigene Zeile für die Leistungsgruppe anzulegen.

Es sind die Leistungsgruppenkürzel aus der Liste (siehe Datei Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen) zu verwenden.

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankenhausebene ist der Eintrag ,SUMME' zu verwenden.

Merkmal Facharzt-Weiterbildung

Zur Angabe von ärztlichem Personal ohne Facharztbezeichnung, das sich in einer Facharzt-Weiterbildung befindet, ist im Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“ der Wert ,1' einzutragen. Die Angabe des Weiterbildungsgebietes erfolgt über das Datenfeld „Facharztbezeichnung“.

Zur Angabe von Fachärztinnen und Fachärzten (mit mindestens einer abgeschlossenen Facharzt-Weiterbildung) wird in diesem Feld der Wert ,0' übermittelt.

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankenhausebene ist der Eintrag ,9' zu verwenden.

Facharztbezeichnung (siehe Datei Arztpersonal)
Zusatz-Weiterbildung (siehe Datei Arztpersonal)

Ärztliches Personal (insgesamt)

Es ist das insgesamt beschäftigte in Vollkräfte umgerechnete ärztliche Personal anzugeben. Belegärztinnen und -ärzte sind separat zu erfassen.

In dieser Datei ist die in der Einleitung genannte Anrechnungsregel anzuwenden.

Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)

Es ist das insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigte, in Vollkräfte umgerechnete ärztliche Personal anzugeben. Belegärztinnen und -ärzte sind separat zu erfassen.

In dieser Datei ist die in der Einleitung genannte Anrechnungsregel anzuwenden.

Belegärzte

Es ist die Anzahl der Belegärztinnen und -ärzte in Vollkräfte umgerechnet anzugeben. Bei Belegärztinnen und -ärzten entspricht 1,000 VK einem vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag. Hat eine Belegärztin oder ein Belegarzt einen anteiligen Versorgungsauftrag, so ist der VK-Wert entsprechend dieses Anteils anzugeben.

Die Belegärztinnen und -ärzte sind nicht in den Datenfeldern „Ärztliches Personal (insgesamt)“ bzw. „Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)“ zu berücksichtigen.

In dieser Datei ist die in der Einleitung genannte Anrechnungsregel anzuwenden.

Beispiel 1: ~~Besonderheit~~ Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie

Ein Facharzt hat sowohl eine abgeschlossene Facharzt-Weiterbildung der Inneren Medizin und Gastroenterologie (AQ26) als auch der Inneren Medizin und Kardiologie (AQ28).

Der Facharzt kann ~~entweder sowohl~~ für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin berücksichtigt werden ~~(und dann in keiner weiteren Leistungsgruppe) oder als auch~~ für bis zu ~~drei-zwei weitere~~ Leistungsgruppen (bspw. für die Leistungsgruppen Komplexe Gastroenterologie, ~~und~~ Interventionelle Kardiologie ~~und EPU/Ablation~~).

Die Berücksichtigung des Facharztes in der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin und zusätzlich zwei weiteren Leistungsgruppen ist ~~damit (nun) wie in den übrigen Leistungsgruppen möglich nicht möglich~~.

Diese ~~Besonderheit~~ gilt analog für die Fachärzte der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie.

Beispiel 2: Unterschiedliche vertragliche Wochenarbeitszeiten

Eine Fachärztin mit abgeschlossener Facharztweiterbildung der Viszeralchirurgie (AQ13) mit 38,5 Stunden vertraglicher Wochenarbeitszeit (entspricht 1,000 VK) kann mit jeweils 1 VK bei bis zu drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden; z.B. für die Leistungsgruppen Bariatrische Chirurgie, Lebereingriffe, Ösophaguseingriffe.

Ein Facharzt mit Facharztweiterbildung der Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10) mit 23,1 Stunden vertraglicher Wochenarbeitszeit (entspricht 0,600 VK) kann beispielsweise mit jeweils 0,600 VK bei den drei Leistungsgruppen Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie und Revision Hüftendoprothese berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung für eine vierte Leistungsgruppe (z.B. Revision Knieendoprothese) ist nicht möglich.

Beispiel 3: Aufteilung nach Entgeltbereichen

Ein Facharzt mit abgeschlossener Facharztweiterbildung der Allgemeinen Chirurgie (AQ06) mit einer vertraglichen Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ist sowohl im Entgeltbereich ‚DRG‘ als auch im Entgeltbereich ‚HYB‘ tätig; die geplante Inanspruchnahme verteilt sich zu 80% auf den Entgeltbereich ‚DRG‘ und 20% auf den Entgeltbereich ‚HYB‘.

Der Facharzt ist entsprechend dieser organisatorischen Zuordnung in den beiden Entgeltbereichen ‚DRG‘ und ‚HYB‘ für die relevanten Leistungsgruppen zu berücksichtigen.

Datei Arztpersonal

In dieser Datei ist das ärztliche Personal **nach seinem tatsächlichen Einsatzgebiet** gegliedert nach den Fachabteilungen anzugeben. Personal, das fachübergreifend eingesetzt wird, ist in den einzelnen Fachabteilungen jeweils nach der geplanten Inanspruchnahme entsprechend der organisatorischen Zuordnung anzugeben. Es ist die für die Fachabteilung relevante Facharztbezeichnung und Zusatz-Weiterbildung anzugeben. Ein Arzt kann insgesamt über alle Standorte und Fachabteilungen mit maximal seiner gesamten Wochenarbeitszeit gezählt werden; bei 38,5 Wochenstunden mit 1 VK bzw. bei 40 Wochenstunden mit 1,039 VK. Es ist keine Mehrfach-Zählung innerhalb einer Fachabteilung eines Standorts möglich.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

Erfassungszeitraum

Gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG sind die Strukturdaten des Krankenhauses nach Buchstabe a und die Daten zu den Ärztinnen und Ärzten nach Buchstabe f in § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG für das erste Quartal eines Jahres bis zum 15.04. des Jahres zu übermitteln. Dieser Zeitraum überschneidet sich mit dem Zeitraum der Datenübermittlung für die reguläre Ganzjahresmeldung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG (bis zum 31.03. eines Jahres und daran anschließender Korrekturfrist). Um die beiden Datenübermittlungen auseinander halten zu können, wird die Datenübermittlung im Datenfeld „Erfassungszeitraum“ konkretisiert. Dabei ist *JJJJ* durch das jeweilige Datenjahr zu ersetzen. Der Eintrag *„JJJJGJ“* wird für die Ganzjahresmeldung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG verwendet. Die Einträge *„JJJJQ1“*, *„JJJJQ2“*, *„JJJJQ3“* und *„JJJJQ4“* werden für die vier Quartalsmeldungen nach § 21 Abs. 7 KHEntgG genutzt.

Standortnummer

In diesem Datenfeld ist die im jeweiligen Datenjahr gültige Standortnummer des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass eine oder mehrere der hier angegebenen Standortnummern zum Übermittlungszeitpunkt nicht mehr gültig sind, bspw. weil der Standort zwischenzeitlich geschlossen wurde. Die nachfolgenden Angaben sind dann entsprechend auf den Zeitraum zu beziehen, für den die angegebene Standortnummer im Berichtszeitraum Verwendung fand.

Für jedes Krankenhaus müssen die Gesamtzahlen über alle Standorte geliefert werden. Ein Krankenhaus mit mehreren Standorten übermittelt die Zahlen zu den Standorten unter der jeweiligen Standortnummer und als Angabe auf Krankenhausebene die Summe über alle Standorte in einem Eintrag, wobei im Feld Standortnummer '999999999' angegeben wird. Ein Krankenhaus ohne Differenzierung nach Standorten übermittelt nur die Gesamtzahlen und verwendet die Standortnummer des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V.

Merkmal Beschäftigungsverhältnis

Das ärztliche Personal ist nach „mit direktem Beschäftigungsverhältnis“ und „ohne direktes Beschäftigungsverhältnis“ einzuteilen. Für jede aufgeführte Fachabteilung ist je eine Zeile für das Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus und eine Zeile für das Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis anzulegen, sofern entsprechendes Personal vorhanden ist. Für das ärztliche Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis ist in dieser Spalte eine ‚0‘ anzugeben, für ärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis eine ‚1‘.

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist der Wert ‚9‘ anzugeben.

Entgeltbereich

Das ärztliche Personal ist für den Entgeltbereich des § 17b KHG (Entgeltbereich ‚DRG‘) sowie für die Versorgung von Krankenhausfällen, die der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen sind (Entgeltbereich ‚HYB‘), anzugeben. Weiteres eingesetztes ärztliches Personal (z.B. zur Betreuung von BG-Fällen, Soldaten, psychiatrischen Fällen im Entgeltbereich des § 17d KHG, Fällen in der ambulanten Versorgung oder Reha-Fällen der Phasen C und D, Fällen der Übergangspflege nach § 39e SGB V) ist hiervon abzugrenzen.

Unter den „künstlichen“ Entgeltbereichen ‚BWD‘ und ‚BWH‘ ist ärztliches Personal für die Versorgung von Krankenhausfällen in Bundeswehrkrankenhäusern, die keine Zivilpatienten sind, abgegrenzt zu übermitteln, sowie unter ‚BGD‘ und ‚BGH‘ ärztliches Personal für die Versorgung von Krankenhausfällen in Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Bei den BG-Fällen und Soldaten wird jeweils darin unterschieden, ob die Fälle unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ oder ‚HYB‘ zu übermitteln wären, wenn es sich um Zivilpatienten handelte bzw. um Fälle, für die die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten nicht tragen würde. Entscheidend für die Zuordnung des ärztlichen Personals zu einem Entgeltbereich ist, unter welchem Entgeltbereich die Fälle übermittelt werden, die das ärztliche Personal versorgt. Werden bspw. in Besonderen Einrichtungen versorgte Fälle unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ übermittelt, so ist auch das ärztliche Personal, das diese Fälle versorgt hat, unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ zu übermitteln.

Weiteres in der somatischen Versorgung beschäftigtes ärztliches Personal ist unter dem Entgeltbereich ‚SON‘ zu übermitteln.

Sind Ärztinnen und Ärzte eines Krankenhausbereiches mehr als einem Entgeltbereich zuzuordnen, sind sie nach Umfang der ausgeübten Tätigkeit aufzuteilen und für jeden Entgeltbereich ist eine eigene Zeile zu übermitteln.

Der Entgeltbereich ist wie folgt anzugeben:

DRG	KHEntgG-Entgeltbereich
HYB	Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)
BWD	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Bundeswehrkrankenhaus, bei denen es sich nicht um Zivilpatienten handelt und die nicht dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
BWH	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Bundeswehrkrankenhaus, bei denen es sich nicht um Zivilpatienten handelt und die dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
BGD	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die nicht dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
BGH	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
SON	Sonstiges
SUM	in Summenzeile

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist die Angabe ‚SUM‘ einzutragen.

Fachabteilung

Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V anzugeben. Alle Fachabteilungen eines Krankenhauses, in denen ärztliches Personal eingesetzt wird, sind anzugeben.

Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das Präfix ‚HA‘ (Hauptabteilung) oder ‚BA‘ (Belegabteilung), bei Besonderen Einrichtungen das Präfix ‚BE‘ voranzustellen.

Wird das Personal von einer als Haupt- und Belegabteilung „Misch-Fachabteilung“ in Anspruch genommen, sind zwei Zeilen mit den Präfixen ‚HA‘ und ‚BA‘ zu übermitteln und die ermittelten Vollkräfte in Abhängigkeit der geplanten Inanspruchnahme entsprechend der organisatorischen Zuordnung aufzuteilen.

Ist ein nicht bettenführender Krankenhausbereich bzw. sind mehrere nicht bettenführende Krankenhausbereiche keiner Fachabteilung zugeordnet oder ist ärztliches Personal keiner Fachabteilung zuzuordnen, ist im Datenfeld „Fachabteilung“ der „Fachabteilungsschlüssel“ ‚NB8000‘ anzugeben. Für eine nicht bettenführende zentrale Notaufnahme bzw. Aufnahmestation ist hiervon abweichend der „Fachabteilungsschlüssel“ ‚NB8001‘ anzugeben.

Die Pseudofachabteilungen ‚0001‘, ‚0002‘, ‚0003‘, ‚0004‘, ‚0005‘ und ‚0006‘ sind nicht in der Datei Arztpersonal aufzuführen. Ihnen kann kein ärztliches Personal zugeordnet werden.

Zusätzlich zu den Zahlen der Fachabteilungen sind auch die entsprechenden Summen über alle Fachabteilungen sowohl für jede Standortnummer als auch für das gesamte Krankenhaus zu übermitteln. Dafür wird der Eintrag ‚HA9999‘ verwendet. Dies gilt auch, wenn es sich ausschließlich um Besondere Einrichtungen oder Belegabteilungen handelt.

Merkmal Facharzt-Weiterbildung

Zur Angabe von ärztlichem Personal ohne Facharztbezeichnung, das sich in einer Facharzt-Weiterbildung befindet, ist im Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“ der Wert ‚1‘ einzutragen. Die Angabe des Weiterbildungsgebietes erfolgt über das Datenfeld „Facharztbezeichnung“.

Zur Angabe von Fachärztinnen und Fachärzten (mit mindestens einer abgeschlossenen Facharzt-Weiterbildung) wird in diesem Feld der Wert ‚0‘ übermittelt.

Für ärztliches Personal, das sich im Erfassungszeitraum nicht in einer Facharzt-Weiterbildung befindet und noch keine Facharzt-Weiterbildung abgeschlossen hat, wird in diesem Feld der Wert ‚2‘ übermittelt.

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist der Wert ‚9‘ anzugeben.

Facharztbezeichnung

Zur Angabe des Facharztgebietes (bzw. des Gebietes der Weiterbildung, falls noch keine Facharzt-Weiterbildung abgeschlossen wurde, siehe Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“) oder der Facharzt- und Schwerpunktkompetenz wird die jeweilige Facharztbezeichnung bzw. die Bezeichnung der Facharzt- und Schwerpunktkompetenz im Sinne der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer verwendet. Zur Vermeidung von Doppelbezeichnungen und Missverständnissen werden dabei die bereits etablierten Kürzel aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verwendet, soweit sie in der Musterweiterbildungsverordnung vorkommen (siehe nachfolgende Tabelle). Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sind sinngemäß zuzuordnen.

Der Eintrag ‚AQ00‘ ist zu verwenden, wenn für ärztliches Personal in Weiterbildung (Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“ = 1) das Weiterbildungsgebiet nicht angegeben werden kann oder wenn sich das ärztliche Personal nicht in einer Facharzt-Weiterbildung befindet (Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“ = 2). Für Angaben zu ärztlichem Personal mit abgeschlossener Facharzt-Weiterbildung (Datenfeld „Merkmal Facharzt-Weiterbildung“ = 0) ist der Eintrag ‚AQ00‘ nicht zu verwenden.

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankensebene ist der Eintrag ‚AQ99‘ zu verwenden.

Kürzel	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ02	Anatomie
AQ03	Arbeitsmedizin
AQ04	Augenheilkunde
AQ05	Biochemie
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ08	Herzchirurgie
AQ21	Humangenetik
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ75	Innere Medizin und Infektiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie
AQ71	Kinder- und Jugendchirurgie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ69	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie
AQ70	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugend-Kardiologie
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ47	Klinische Pharmakologie
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
AQ41	Neurochirurgie
AQ42	Neurologie
AQ43	Neuropathologie
AQ44	Nuklearmedizin
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Kürzel	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ46	Pathologie
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie
AQ67	Phoniatrie und Pädaudiologie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin
AQ50	Physiologie
AQ68	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
AQ54	Radiologie
AQ72	Radiologie, SP Kinder- und Jugendradiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie
AQ57	Rechtsmedizin
AQ58	Strahlentherapie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ59	Transfusionsmedizin
AQ60	Urologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Zusatz-Weiterbildung

Zur Angabe des Gebietes einer abgeschlossenen Zusatz-Weiterbildung wird das Gebiet der Zusatz-Weiterbildung im Sinne der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer verwendet. Zur Vermeidung von Doppelbezeichnungen und Missverständnissen werden dabei die bereits etablierten Kürzel aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser verwendet, soweit sie in der Musterweiterbildungsverordnung vorkommen (siehe nachfolgende Tabelle). Davon abweichende Qualifikationen sind sinngemäß zuzuordnen.

Zum Ende des Erfassungszeitraums nicht abgeschlossene Zusatz-Weiterbildungen können nicht angegeben werden. Der Eintrag ‚ZF00‘ ist zu verwenden, wenn keine abgeschlossene Zusatz-Weiterbildung besteht.

In der Summenzeile auf Standort- bzw. Krankensebene ist in der Datei Arztpersonal der Eintrag ‚ZF99‘ zu verwenden.

Kürzel	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF03	Allergologie
ZF04	Andrologie
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF50	Balneologie und Medizinische Klimatologie
ZF05	Betriebsmedizin
ZF51	Dermatopathologie
ZF07	Diabetologie
ZF52	Ernährungsmedizin
ZF08	Flugmedizin
ZF09	Geriatric
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
ZF11	Hämostaseologie
ZF12	Handchirurgie
ZF53	Immunologie
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF54	Kardiale Magnetresonanztomographie
ZF55	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie
ZF56	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
ZF57	Kinder- und Jugend-Nephrologie
ZF58	Kinder- und Jugend-Orthopädie
ZF59	Kinder- und Jugend-Pneumologie
ZF60	Kinder- und Jugend-Rheumatologie
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin
ZF62	Krankenhaushygiene
ZF70	Magnetresonanztomographie

Kürzel	Zusatz-Weiterbildung
ZF71	Manuelle Medizin
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF26	Medizinische Informatik
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin
ZF63	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF30	Palliativmedizin
ZF31	Phlebologie
ZF72	Physikalische Therapie
ZF64	Plastische und Ästhetische Operationen
ZF34	Proktologie
ZF35	Psychoanalyse
ZF73	Psychotherapie
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF65	Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner
ZF39	Schlafmedizin
ZF66	Sexualmedizin
ZF40	Sozialmedizin
ZF67	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)
ZF68	Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie
ZF44	Sportmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
ZF69	Transplantationsmedizin
ZF46	Tropenmedizin

Ärztliches Personal (insgesamt)

Es ist das insgesamt beschäftigte in Vollkräfte umgerechnete ärztliche Personal anzugeben. Belegärztinnen und -ärzte sind separat zu erfassen.

Ärztinnen und Ärzte mit mehreren abgeschlossenen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen bzw. mit mehreren abgeschlossenen Zusatz-Weiterbildungen werden anteilig **nach ihrer ausgeübten Tätigkeit** zugeordnet (d.h. keine Mehrfach-Zählung).

Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)

Es ist das insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigte, in Vollkräfte umgerechnete ärztliche Personal anzugeben. Belegärztinnen und -ärzte sind separat zu erfassen.

Ärztinnen und Ärzte mit mehreren abgeschlossenen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen bzw. mit mehreren abgeschlossenen Zusatz-Weiterbildungen werden anteilig **nach ihrer ausgeübten Tätigkeit** zugeordnet (d.h. keine Mehrfach-Zählung).

Belegärzte

Es ist die Anzahl der Belegärztinnen und -ärzte in Vollkräfte umgerechnet anzugeben. Bei Belegärztinnen und -ärzten entspricht 1.000 VK einem vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag. Hat eine Belegärztin oder ein Belegarzt einen anteiligen Versorgungsauftrag, so ist der VK-Wert entsprechend dieses Anteils anzugeben.

Die Belegärztinnen und -ärzte sind **nicht** in den Datenfeldern „Ärztliches Personal (insgesamt)“ bzw. „Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)“ zu berücksichtigen.

Ärztinnen und Ärzte mit mehreren abgeschlossenen Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen bzw. mit mehreren abgeschlossenen Zusatz-Weiterbildungen werden anteilig **nach ihrer ausgeübten Tätigkeit** zugeordnet (d.h. keine Mehrfach-Zählung).

Die Berechnung der Vollkräfte (VK) in den Datenfeldern „Ärztliches Personal (insgesamt)“ **und** „Ärztliches Personal (unmittelbare Patientenversorgung)“ **und** „Belegärzte“ orientiert sich an den Vorgaben der Krankenhausstatistik.

Um eine Vergleichbarkeit der Zahlen zu erreichen, wird in den Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG von einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ausgegangen.

Bei Belegärztinnen und -ärzten entspricht 1,000 VK einem vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag. Hat eine Belegärztin oder ein Belegarzt einen anteiligen Versorgungsauftrag, so ist der VK-Wert entsprechend dieses Anteils anzugeben.

~~-Bei Belegärztinnen und -ärzten ist die am Standort erbrachte Beschäftigungszeit als Grundlage zur Berechnung der VK heranzuziehen. Auch hier wird von einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ausgegangen (38,5 Stunden entspricht 1,000 VK).~~

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der jeweils auf die genormte Wochenarbeitszeit umgerechneten Voll- und Teilzeitkräfte, der entsprechend umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer/-innen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen. Zeiten, die für das Krankenhaus keine Personalkosten verursacht haben (z.B. Arbeitsunfähigkeit außerhalb der Lohnfortzahlung, unbezahlter Urlaub, Mutterschutz, Elternzeit) sind nicht in die Berechnung einzubeziehen. Arbeitnehmer/-innen in Altersteilzeit sind - abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung - entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsumfang in Vollkräfte umzurechnen. Beschäftigte, die sich für die Altersteilzeit im sog. Blockmodell entschieden haben, sind während der Freistellungsphase bei der Umrechnung in Vollkräfte nicht zu berücksichtigen (obwohl dem Krankenhaus in der Freistellungsphase anteilige Personalkosten entstehen). Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis ist mit zu berücksichtigen. Die Umrechnung in Vollkräfte ergibt sich aus der Zahl der geleisteten Arbeitsstunden im Verhältnis zu den Stunden der genormten Wochenarbeitszeit. Z.B. würde eine Vollzeitkraft mit einer Wochenarbeitszeit von 42,0 Stunden als 1,091 in die Gesamtzahl eingehen.

Ärztliches Personal, das fachabteilungsübergreifend eingesetzt wird, ist bei den einzelnen Fachabteilungen des Standorts jeweils nach der geplanten Inanspruchnahme entsprechend der organisatorischen Zuordnung anzugeben.

Die Angabe in VK erfolgt grundsätzlich mit drei Nachkommastellen; ganzzahlige Werte (z.B. 6,000) können ohne Nachkommastellen angegeben werden.

Beispiel: Eine fest angestellte Ärztin mit einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden hat sowohl eine Facharzt-Weiterbildung der Allgemein Chirurgie (AQ06) als auch der Viszeralchirurgie (AQ13) sowie die Zusatz-Weiterbildungen Intensivmedizin (ZF15) und Spezielle Viszeralchirurgie (ZF49). Sie arbeitet insgesamt zu 80% in der unmittelbaren Patientenversorgung, davon hälftig auf der FAB 1500 (Allgemeine Chirurgie) und hälftig auf der FAB 1800 (Gefäßchirurgie). Die Einsatzzeit ist auf die tatsächlichen Einsatzgebiete aufzuteilen und die dafür jeweils relevanten Fachexpertisen in den Zeilen der entsprechenden FAB anzugeben. In der Datei Arztpersonal ist sie somit wie folgt in zwei Zeilen zu erfassen:

Standortnummer	Merkmal-Beschäftigungsverhältnis	Entgeltbereich	FAB	Merkmal Facharzt-Weiterbildung	Facharztbezeichnung	Zusatz-Weiterbildung	Ärztliches-Personal-(insgesamt)	Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)
770001000	0	DRG	HA1500	0	AQ06	ZF15	0,500	0,400
770001000	0	DRG	HA1800	0	AQ13	ZF49	0,500	0,400

Datei Pflegepersonal

Aufgrund der Änderung des § 17d KHG durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 ist die Datei Pflegepersonal auch von Krankenhäusern, die ausschließlich dem Entgeltbereich des § 17d KHG unterliegen, zu übermitteln. Damit ist die Datei Pflegepersonal von allen Krankenhäusern zu übermitteln.

Die Angaben zum beschäftigten Pflegepersonal (insgesamt „alle“) sowie in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen („Pflege am Bett“) sind jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, umgerechnet auf Vollkräfte, gegliedert nach der Standortnummer des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und nach den Fachabteilungen des Standorts anzugeben und nach Einsatz auf bettenführenden Stationen und nicht bettenführenden Organisationseinheiten, nach dem Beschäftigungsverhältnis (direkt und nicht-direkt) sowie voll- und teilstationärer Versorgung zu differenzieren; für die in einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 SGB V oder in einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V festgelegten pflegesensitiven Bereiche sind die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zusätzlich gegliedert nach den jeweiligen pflegesensitiven Bereichen zu übermitteln. Angaben zu pflegesensitiven Bereichen sind nur von Krankenhäusern zu tätigen, für die nach einer Vereinbarung nach § 137i Absatz 1 SGB V bzw. einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das betroffene Datenjahr pflegesensitive Bereiche ermittelt wurden.

Die Datei Pflegepersonal gibt einen Überblick über das gesamte im Krankenhaus eingesetzte Pflegepersonal. Daher sind grundsätzlich neben bettenführenden Stationen auch nicht bettenführende Organisationseinheiten (z.B. zentrale Notaufnahme, Aufnahmestationen) anzugeben.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

Standortnummer

Die Angaben zu den Fachabteilungen und pflegesensitiven Bereichen sind für jeden Standort einzeln anzugeben. Dabei ist die im jeweiligen Datenjahr gültige Standortnummer des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass eine oder mehrere der hier angegebenen Standortnummern zum Übermittlungszeitpunkt nicht mehr gültig sind, bspw. weil der Standort zwischenzeitlich geschlossen wurde. Die nachfolgenden Angaben sind dann entsprechend auf den Zeitraum zu beziehen, für den die angegebene Standortnummer im Berichtszeitraum Verwendung fand.

Für jedes Krankenhaus müssen die Gesamtzahlen über alle Standorte geliefert werden. Ein Krankenhaus mit mehreren Standorten übermittelt die Zahlen zu den Standorten unter der jeweiligen Standortnummer und als Angabe auf Krankensebene die Summe über alle Standorte in einem Eintrag, wobei im Feld Standortnummer '99999999' angegeben wird. Ein Krankenhaus ohne Differenzierung nach Standorten übermittelt nur die Gesamtzahlen und verwendet die Standortnummer des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V.

Für den Entgeltbereich AOP setzt sich die Standortnummer aus der 6-stelligen Standort-ID („77“ + die vom Standortverzeichnis vergebene 4-stellige Zahl) sowie der Pseudonummer „555“ zusammen (z.B. 770001555). Für das Datenjahr 2026 kann die Standortnummer, wenn möglich, angegeben werden. Ansonsten ist die Standortnummer leer zu übermitteln.

Ab dem Datenjahr 2027 wird für AOP-Fälle immer die aus Standort-ID und Pseudonummer „555“ zusammengesetzte Standortnummer erwartet.

Merkmal Bettenführend

Besteht der mit dem Fachabteilungsschlüssel dokumentierte Krankenhausbereich ausschließlich aus bettenführenden Stationen (bzw. einer einzelnen bettenführenden Station) ist der Wert ‚1‘ einzutragen. Besteht der mit dem Fachabteilungsschlüssel dokumentierte Krankenhausbereich ausschließlich aus nicht bettenführenden Organisationseinheiten (bzw. einer einzelnen nicht bettenführenden Organisationseinheit), dann ist der Wert ‚0‘ einzutragen. Dazu gehören beispielsweise eine zentrale Notaufnahme oder eine Aufnahmestation, wenn sie nicht bettenführend sind. Wenn in diagnostischen Bereichen ebenfalls Pflegepersonal nach Definition der Datensatzbeschreibung eingesetzt wird, so sind diese Bereiche als „nicht bettenführend“ mit anzugeben.

Setzt sich ein Krankenhausbereich aus bettenführenden Stationen und nicht bettenführenden Organisationseinheiten zusammen, ist in der Datei Pflegepersonal für diesen Krankenhausbereich eine Differenzierung des Pflegepersonals derart notwendig, dass das Pflegepersonal der bettenführenden Stationen mit Wert ‚1‘ als Merkmal Bettenführend und das Pflegepersonal der nicht bettenführenden Organisationseinheiten hingegen in einer gesonderten Zeile mit Wert ‚0‘ (Null) übermittelt wird. Das Pflegepersonal, das im Berichtszeitraum sowohl in bettenführenden Stationen als auch in nicht bettenführenden Organisationseinheiten eingesetzt wurde, ist in diesem Fall nach Inanspruchnahme auf die beiden Zeilen aufzuteilen.

Auf nicht bettenführenden Fachabteilungen kann kein Pflegepersonal für „Pflege am Bett“ angegeben werden. Die entsprechenden Spalten sind mit dem Wert ‚0‘ zu übermitteln.

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist der Wert ‚9‘ anzugeben.

Merkmal Beschäftigungsverhältnis

Das Pflegepersonal ist nach „mit direktem Beschäftigungsverhältnis“ und „ohne direktes Beschäftigungsverhältnis“ einzuteilen. Für jede aufgeführte Fachabteilung ist eine Zeile für Personal im direkten Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus und eine Zeile für das Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (z.B. angestellt bei Zeitarbeitsfirmen oder Leiharbeitnehmer/-innen bzw. Honorarkraft) anzulegen, sofern entsprechendes Personal vorhanden ist. Für das Pflegepersonal in direktem Beschäftigungsverhältnis ist in dieser Spalte eine ‚0‘ anzugeben, für Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis eine ‚1‘.

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist der Wert ‚9‘ anzugeben.

Entgeltbereich

Das Pflegepersonal ist differenziert für die beiden Entgeltbereiche des § 17b KHG und des § 17d KHG, den ~~n~~ Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs), den Bereich des ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP nach § 115b SGB V) sowie für den Entgeltbereich der Psychiatrischen Institutsambulanzen anzugeben. Personal für die Versorgung von Krankenhausfällen, die der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen sind, sind unter dem Entgeltbereich ‚HYB‘ anzugeben. Personal für die Versorgung von Krankenhausfällen, die nach § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) vergütet wurden, ist unter dem Entgeltbereich ‚AOP‘ anzugeben. Weiteres eingesetztes Pflegepersonal (z.B. zur Betreuung von BG-Fällen, Soldaten, Reha-Fällen der Phasen C und D, Fällen der Übergangspflege nach § 39e SGB V) ist hiervon abzugrenzen und unter den „künstlichen“ Entgeltbereichen ‚BWD‘ und ‚BWH‘ (für die Versorgung von Krankenhausfällen in Bundeswehrkrankenhäusern, die keine Zivilpatienten sind), ‚BGD‘ und ‚BGH‘ (für die Versorgung von Krankenhausfällen in Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden) und ‚SON‘ (für Sonstiges) zu übermitteln.

Bei den BG-Fällen und Soldaten wird jeweils darin unterschieden, ob die Fälle unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ oder ‚HYB‘ zu übermitteln wären, wenn es sich um Zivilpatienten handelte oder um Fälle, für die die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten nicht tragen würde. Entscheidend für die Zuordnung des Pflegepersonals zu einem Entgeltbereich ist, unter welchem Entgeltbereich die Fälle übermittelt werden, die das Pflegepersonal versorgt. Werden bspw. in Besonderen Einrichtungen versorgte Fälle unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ übermittelt, so ist auch das Pflegepersonal, das diese Fälle versorgt hat, unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ zu übermitteln.

Sind die Pflegekräfte eines Krankenhausbereiches mehr als einem Entgeltbereich zuzuordnen, sind sie nach Inanspruchnahme aufzuteilen und für jeden Entgeltbereich ist eine eigene Zeile zu übermitteln.

Der Entgeltbereich ist wie folgt anzugeben:

DRG	KHEntgG-Entgeltbereich
HYB	Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)
PSY	BPfIV-Entgeltbereich
PIA	Psychiatrische bzw. psychosomatische Institutsambulanz(en)
BWD	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Bundeswehrkrankenhaus, bei denen es sich nicht um Zivilpatienten handelt und die nicht dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären.
BWH	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Bundeswehrkrankenhaus, bei denen es sich nicht um Zivilpatienten handelt und die dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären.
BGD	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die nicht dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären.
BGH	Versorgung von Krankenhausfällen in einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären.
SON	Sonstiges
<u>AOP</u>	<u>Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V</u>
SUM	in Summenzeile

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist die Angabe ‚SUM‘ einzutragen.

Fachabteilung

Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V anzugeben. Alle Fachabteilungen eines Krankenhauses, in denen Pflegepersonal eingesetzt wird, sind anzugeben.

Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das Präfix ‚HA‘ (Hauptabteilung) oder ‚BA‘ (Belegabteilung), bei Besonderen Einrichtungen das Präfix ‚BE‘ voranzustellen.

Wird das Personal von einer als Haupt- und Belegabteilung „Misch-Fachabteilung“ in Anspruch genommen, sind zwei Zeilen mit den Präfixen ‚HA‘ und ‚BA‘ zu übermitteln und die ermittelten Vollkräfte in Abhängigkeit der Inanspruchnahme aufzuteilen.

Ist ein nicht bettenführender Krankenhausbereich bzw. sind mehrere nicht bettenführende Krankenhausbereiche (d.h. Merkmal Bettenführend = ‚0‘) keiner Fachabteilung zugeordnet, ist im Datenfeld „Fachabteilung“ der „Fachabteilungsschlüssel“ ‚NB8000‘ anzugeben. Für eine nicht bettenführende zentrale Notaufnahme bzw. Aufnahmestation ist hiervon abweichend der „Fachabteilungsschlüssel“ ‚NB8001‘ anzugeben. Sofern der Kreißaal bzw. die Kreißäle nicht zu einer bettenführenden Fachabteilung gehören, sind diese zur Erfassung der im Kreißaal beschäftigten Hebammen und Entbindungspfleger unter dem „Fachabteilungsschlüssel“ ‚NB2499‘ zu übermitteln.

Die Pseudofachabteilungen ‚0001‘, ‚0002‘, ‚0003‘, ‚0004‘, ‚0005‘ und ‚0006‘ sind nicht in der Datei Pflegepersonal aufzuführen. Ihnen kann kein Pflegepersonal zugeordnet werden.

Zusätzlich zu den Zahlen der Fachabteilungen sind auch die entsprechenden Summen über alle Fachabteilungen sowohl für jede Standortnummer als auch für das gesamte Krankenhaus zur übermitteln. Dafür wird der Eintrag ‚HA9999‘ verwendet. Dies gilt auch, wenn es sich ausschließlich um Besondere Einrichtungen oder Belegabteilungen handelt.

Pflegesensitiver Bereich

Verfügt das Krankenhaus über einen oder mehrere pflegesensitive Bereiche, ist das Pflegepersonal sowohl nach Fachabteilung als auch nach den pflegesensitiven Bereichen gegliedert für jeden Standort gesondert anzugeben. Hierzu werden im Datenfeld „Fachabteilung“ der Fachabteilungsschlüssel und im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ die Kennung bzw. Kennungen der betreffenden pflegesensitiven Bereiche als Aufzählung – mit einfachem Komma getrennt – aufgelistet:

Pflegesensitiver Bereich	Kennung
Allgemeine Chirurgie	ACH
Geriatric	GER
Gynäkologie und Geburtshilfe	GUG
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	HNO
Herzchirurgie	HCH
Innere Medizin	INN
Intensivmedizin	INT
Kardiologie	KAR
Neurochirurgie	NCH
Neurologie	NEU
Neurologische Frührehabilitation	NFR
Neurologische Schlaganfallereinheit	SAE
Allgemeine Pädiatrie	PAE
Pädiatrische Intensivmedizin	PIN
Pädiatrische Neonatologie	NEO
Orthopädie	ORT
Rheumatologie	RHE
Spezielle Pädiatrie	SPA
Unfallchirurgie	UCH
Urologie	URO
kein pflegesensitiver Bereich	NON

Die Differenzierung der Angaben zum Pflegepersonal erfolgt zunächst aus dem Blickwinkel des Standortes und der Fachabteilung. Die weitere Betrachtungsebene erfolgt innerhalb der Fachabteilung nach pflegesensitiven Bereichen (Stationsebene). Ein Krankenhaus mit einem pflegesensitiven Bereich in einer Fachabteilung muss die Angaben zum Pflegepersonal in dieser Fachabteilung aufteilen in Angaben zum pflegesensitiven Bereich und Angaben zum nicht-pflegesensitiven Bereich. Für die anteiligen Angaben zum nicht pflegesensitiven Bereich ist im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ ‚NON‘ anzugeben. Sind einer Fachabteilung mehrere pflegesensitive Bereiche zugeordnet, sind entsprechende anteilige Angaben vorzunehmen. Wurden für einen Teilbereich einer Fachabteilung mehrere pflegesensitive Bereiche

ermittelt, sind alle ermittelten pflegesensitiven Bereiche im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ anzugeben (siehe Beispiel).

Wenn für das Krankenhaus kein pflegesensitiver Bereich ermittelt wurde, ist das Pflegepersonal lediglich nach Fachabteilungen gegliedert für jeden Standort gesondert anzugeben. In diesem Fall ist das Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ mit ‚NON‘ auszufüllen.

Darüber hinaus sind – wie im Datenfeld Fachabteilung beschrieben – stets (je Standort und insgesamt) die entsprechenden Summen über alle Fachabteilungen zu erfassen. Dafür wird der Eintrag ‚HA9999‘ im Datenfeld „Fachabteilung“ verwendet. In diesen Zeilen ist im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ die Angabe ‚SUM‘ einzutragen.

Ist ein nicht bettenführender Krankenhausbereich bzw. sind mehrere nicht bettenführende Krankenhausbereiche (d.h. Merkmal Bettenführend = ‚0‘) keiner Fachabteilung zugeordnet (z.B. die zentrale Notaufnahme) sowie für Entgeltbereich ‚AOP‘, ist als im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ ‚NON‘ anzugeben.

Beispiel:

Ein Krankenhaus habe an Standort 770001000 zwei Fachabteilungen, HA0100 Innere Medizin und HA1500 Allgemeine Chirurgie, und an Standort 770002000 drei Fachabteilungen, HA0300 Kardiologie, HA0700 Gastroenterologie und HA2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde.

An Standort 770001000 seien die Fachabteilung HA0100 dem pflegesensitiven Bereich Geriatrie und die Fachabteilung HA1500 dem pflegesensitiven Bereich Unfallchirurgie zugeordnet. Dort gebe es drei Stationen, die wie folgt zuzurechnen seien: Station S1 gehöre ausschließlich zur Fachabteilung HA0100, Station S2 ausschließlich zur Fachabteilung HA1500. Die dritte Station S3 werde von den beiden Fachabteilungen HA0100 und HA1500 je zur Hälfte belegt.

An Standort 770002000 sei die Fachabteilung HA0300 dem pflegesensitiven Bereich Kardiologie zugeordnet, die beiden anderen Bereiche HA0700 und HA2600 seien nicht pflegesensitiv. An Standort 770002000 gebe es vier Stationen, die wie folgt zuzurechnen seien: Station S4 gehöre ausschließlich zur Fachabteilung HA0300, Station S5 werde zu gleichen Teilen von den Fachabteilungen HA0300 und HA0700 belegt. Station S6 gehöre ausschließlich zur Fachabteilung HA0700 und Station S7 zähle ausschließlich zur Fachabteilung HA2600.

Die Datei Pflegepersonal ist in diesem Beispiel wie unten dargestellt zu befüllen. Zur besseren Übersicht werden hier nur die für das Beispiel relevanten Spalten dargestellt; ein umfassenderes Beispiel kann den [Beispiel-Dateien](#) zur Datensatzbeschreibung auf der Homepage des InEK entnommen werden.

Standortnummer	Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (alle)	Krankenpflegehelfer/-innen (alle)	Pflegepersonal Gesamt (alle)	Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Pflege am Bett)	Krankenpflegehelfer/-innen (Pflege am Bett)	Pflegepersonal Gesamt (Pflege am Bett)
770001000	HA0100	GER	13	3	18	12	3	17
770001000	HA0100	GER, UCH	5,5	1	8	5	1	7,5
770001000	HA1500	GER, UCH	5,5	1	8	5	1	7,5
770001000	HA1500	UCH	8	2	11	8	1	10
770001000	HA9999	SUM	32	7	45	30	6	42
770002000	HA0300	KAR	18	2	21	17,5	2	20
770002000	HA0700	KAR	6	0	7	6	0	6
770002000	HA0700	NON	12	0	13	12	0	12
770002000	HA2600	NON	12	4	18	12	4	18
770002000	HA9999	SUM	48	6	59	47,5	6	56
999999999	HA9999	SUM	80	13	104	77,5	12	98

Anmerkung zum Beispiel:

Obwohl die Fachabteilung HA0700 an Standort 770002000 nicht pflegesensitiv ist, ist das dieser Fachabteilung von Station S5 zugerechnete Pflegepersonal dieser Station in einer gesonderten Zeile mit Kennung „KAR“ zu melden, da ein pflegesensitiver Bereich gem. Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung stets die (ganzen) Stationen der jeweiligen Fachabteilung umfasst und Station S5 gemäß der Annahmen des Beispiels zum pflegesensitiven Bereich Kardiologie gehört.

In der Zeile für Fachabteilung HA0300 an Standort 770002000 wurden die Stationen S4 und der dieser Fachabteilung zuzurechnende Anteil der Station S5 zusammengefasst.

Merkmal Teilstationäre Behandlung

Werden in einem Fachbereich nur teilstationäre Fälle behandelt (z.B. Tages- oder Nachtambulanz), ist der Wert ‚1‘ einzutragen. Werden im Fachbereich keine teilstationären Fälle behandelt, ist der Wert ‚0‘ einzutragen. Für Bereiche, in denen sowohl teilstationäre als auch vollstationäre Fälle behandelt werden, sind entsprechend mehrere Zeilen anzulegen; die Angaben erfolgen dann jeweils anteilig nach Inanspruchnahme differenziert.

In den mit ‚HA9999‘ im Datenfeld Fachabteilung gekennzeichneten Summenzeilen ist der Wert ‚9‘ einzutragen.

In den folgenden Datenfeldern zum eingesetzten Pflegepersonal sind jeweils die in Vollkräfte umgerechneten beschäftigten Personen anzugeben (weiterführende Hinweise siehe unten). Die Definition der einzelnen Berufsgruppen entspricht der Zuordnung gemäß der „Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des

Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2025)“.

Die Definitionen der Rubriken „Sonstige Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ sind den entsprechenden Datenfeldern dieser Datensatzbeschreibung zu entnehmen.

Grundsätzlich sind in der Datei Pflegepersonal alle Pflegekräfte anzugeben, die in der Pflege tätig sind, d.h. im Pflegedienst eingesetzt werden (hiermit ist nicht zwingend nur Dienstart 01 gemeint), differenziert nach den Qualifikationsgruppen und differenziert nach "alle" bzw. "Pflege am Bett".

Unter Pflegepersonal "alle" ist das insgesamt in der Pflege tätige Pflegepersonal anzugeben:

Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Krankenpflegehelfer/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Altenpfleger/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Altenpflegehelfer/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Akademischer Pflegeabschluss (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Medizinische Fachangestellte (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Zahnmedizinische Fachangestellte (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Anästhesietechnische Assistenten/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Pflegeassistenten/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Sozialassistenten/-innen (alle)

Es sind alle in Vollkräfte umgerechneten Personen mit genannter Berufsqualifikation anzugeben, die in der Pflege tätig sind.

Sonstige Berufe (alle)

Es sind Personen anzugeben, die auf den Fachabteilungen im Pflegedienst eingesetzt werden und einer der folgenden Gruppen zugerechnet werden:

Medizinisch-technische Assistenten/-innen in der Funktionsdiagnostik
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten/-innen
Medizinisch-technische Radiologieassistenten/-innen
Operationstechnische Assistenten/-innen

Psychologisch-technische Assistenten/-innen
Arztassistenten/-innen
Apotheker/-innen
Pharmazeutisch-technische Assistenten/-innen
Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte
Krankengymnasten/-innen, Physiotherapeuten/-innen (3-jährige Ausbildung oder gleichwertig anerkannt)
Masseure/-innen und medizinische Bademeister/-innen
Logopäden/-innen
Orthoptisten/-innen
Heilpädagogen/-innen, Heilerziehungspfleger/-innen
Psychologen
Psychologische Psychotherapeuten
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen
Diätassistenten/-innen, Ernährungstherapeuten/-innen
Diabetesberater/-innen, Diabetesassistenten/-innen (mit Anerkennung der Deutschen Diabetesgesellschaft)
Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen
Ergotherapeuten/-innen
Rettungshelfer/-innen
Famuli
Freiwillige im FSJ
Freiwillige im Bundesfreiwilligendienst
Sonstiger anerkannter Berufsabschluss
Arzt/Ärztin in den Ausbildungsstätten

Ohne Berufsabschluss (alle)

Es sind Personen ohne Berufsabschluss anzugeben, die auf den Fachabteilungen im Pflegedienst eingesetzt werden und keiner der vorgenannten Gruppen zugehörig sind. Auszubildende sind hier nicht anzugeben, sondern im Datenfeld „Auszubildende“.

Ausländische Pflegekräfte, die sich in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz befinden, sind nicht grundsätzlich in der Rubrik „ohne Berufsabschluss“, sondern entsprechend der behördlichen Bestätigung in der jeweiligen Berufsgruppe zu berücksichtigen.

Pflegepersonal Gesamt (alle)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten in der Pflege beschäftigten Personen. Der Wert ergibt sich als Summe der vierzehn vorherigen Felder und kann weder höher noch niedriger sein.

Unter „Pflege am Bett“ sind die in Vollkräfte umgerechneten unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Personen anzugeben:

Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (alle).

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (alle).

Krankenpflegehelfer/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Krankenpflegehelfer/-innen (alle).

Altenpfleger/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Altenpfleger/-innen (alle).

Altenpflegehelfer/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Altenpflegehelfer/-innen (alle).

Akademischer Pflegeabschluss (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Akademischer Pflegeabschluss (alle).

Medizinische Fachangestellte (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Medizinische Fachangestellte (alle).

Zahnmedizinische Fachangestellte (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Zahnmedizinische Fachangestellte (alle).

Anästhesietechnische Assistenten/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Anästhesietechnische Assistenten/-innen (alle).

Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen (alle).

Pflegeassistenten/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Pflegeassistenten/-innen (alle).

Sozialassistenten/-innen (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Sozialassistenten/-innen (alle).

Sonstige Berufe (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Sonstige Berufe (alle).

Ohne Berufsabschluss (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Ohne Berufsabschluss (alle).
Ausländische Pflegekräfte, die sich in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz befinden, sind nicht grundsätzlich in der Rubrik „ohne Berufsabschluss“, sondern entsprechend der behördlichen Bestätigung in der jeweiligen Berufsgruppe zu berücksichtigen.

Pflegepersonal Gesamt (Pflege am Bett)

Anzugeben sind die in Vollkräfte umgerechneten **unmittelbar in der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beschäftigten Personen als Davon-Angabe des Datenfeldes Pflegepersonal Gesamt (alle). Der Wert ergibt sich als Summe der vierzehn vorherigen Felder und kann weder höher noch niedriger sein.

Auszubildende

Anzahl der Auszubildenden der Pflegeberufe des Pflegefachpersonals, d.h. Auszubildende nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz. Die Anzahl der Auszubildenden ist als Anzahl der Ausbildungskräfte (AK) anzugeben. Eine Ausbildungskraft ist eine mit Ausbildungsvertrag und tariflicher Arbeitszeit ganzjährig beschäftigte Person ohne Berücksichtigung des Anrechnungsverhältnisses (analog Datei Ausbildung). Die Auszubildenden sind nicht in den einzelnen berufsbezogenen Spalten (alle bzw. Pflege am Bett) und auch nicht in den Datenfeldern „Pflegepersonal Gesamt“ dazuzuzählen.

In den folgenden Datenfeldern sind Hebammen und Entbindungspfleger mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes, auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes anzugeben.

Bei Beleghebammen ist die vertraglich festgelegte am Standort erbrachte Beschäftigungszeit sowie die vertraglich festgelegte Rufbereitschaft als Grundlage zur Berechnung der VK heranzuziehen. Es wird von einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ausgegangen (d.h. 38,5 Stunden entspricht 1,000 VK).

Hebammen und Entbindungspfleger (Kreißaal)

Es sind die insgesamt im Kreißaal beschäftigten in Vollkräfte umgerechneten Hebammen und Entbindungspfleger anzugeben. Beleghebammen sind in diesem Datenfeld nicht mitzuzählen (siehe Datenfeld „Beleghebammen (Kreißaal)“).

Hebammen und Entbindungspfleger (bettenführende Stationen)

Es sind die insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten in Vollkräfte umgerechneten Hebammen und Entbindungspfleger anzugeben. Beleghebammen sind in diesem Datenfeld nicht mitzuzählen (siehe Datenfeld „Beleghebammen (bettenführende Stationen)“).

Hebammen und Entbindungspfleger (insgesamt)

Es sind die insgesamt beschäftigten in Vollkräfte umgerechneten Hebammen und Entbindungspfleger anzugeben. Der Wert entspricht mindestens der Summe der Datenfelder „Hebammen und Entbindungspfleger (Kreißaal)“ und „Hebammen und Entbindungspfleger (bettenführende Stationen)“. Beleghebammen sind in diesem Datenfeld nicht mitzuzählen (siehe Datenfeld „Beleghebammen (insgesamt)“).

Beleghebammen (Kreißaal)

Es ist die Anzahl der Beleghebammen in Vollkräfte umgerechnet anzugeben. Die Angabe in dem Datenfeld „Beleghebammen (Kreißaal)“ ist keine Davon-Angabe der Datenfelder „Hebammen und Entbindungspfleger (Kreißaal)“.

Beleghebammen (bettenführende Stationen)

Es ist die Anzahl der Beleghebammen in Vollkräfte umgerechnet anzugeben. Die Angabe in dem Datenfeld „Beleghebammen (bettenführende Stationen)“ ist keine Davon-Angabe der Datenfelder „Hebammen und Entbindungspfleger (bettenführende Stationen)“.

Beleghebammen (insgesamt)

Es ist die Anzahl der Beleghebammen in Vollkräfte umgerechnet anzugeben. Der Wert entspricht mindestens der Summe der Datenfelder „Beleghebammen (Kreißaal)“ und „Beleghebammen (bettenführende Stationen)“.

Die Angabe in dem Datenfeld „Beleghebammen (insgesamt)“ ist keine Davon-Angabe der Datenfelder „Hebammen und Entbindungspfleger (insgesamt)“.

Die Berechnung der Vollkräfte orientiert sich an den Vorgaben der Krankenhausstatistik.

Um eine Vergleichbarkeit der Zahlen zu erreichen wird in den Datenlieferungen nach § 21 KHEntgG von einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden ausgegangen.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der jeweils auf die genormte Wochenarbeitszeit umgerechneten Voll- und Teilzeitkräfte, der entsprechend umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer/-innen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung einbezogen. Zeiten, die für das Krankenhaus keine Personalkosten verursacht haben (z.B. Arbeitsunfähigkeit außerhalb der Lohnfortzahlung, unbezahlter Urlaub, Mutterschutz, Elternzeit) sind nicht in die Berechnung einzubeziehen. Arbeitnehmer/-innen in Altersteilzeit sind - abhängig von der gewählten Arbeitszeitverteilung - entsprechend dem jeweiligen Beschäftigungsumfang in Vollkräfte umzurechnen. Beschäftigte, die sich für die Altersteilzeit im sog. Blockmodell entschieden haben, sind während der Freistellungsphase bei der Umrechnung in Vollkräfte nicht zu berücksichtigen (obwohl dem Krankenhaus in der Freistellungsphase anteilige Personalkosten entstehen). Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (im Personal-Leasing-Verfahren, als Honorarkraft, Leiharbeitnehmer oder im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft) ist mit zu berücksichtigen. Die Umrechnung in Vollkräfte ergibt sich aus der Zahl der geleisteten Arbeitsstunden im Verhältnis zu den Stunden der genormten Wochenarbeitszeit. Z.B. würde eine Vollzeitkraft mit einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden als 1,039 in die Gesamtzahl eingehen.

Pflegekräfte, die fachabteilungsübergreifend eingesetzt werden (z.B. Personal-Pool bzw. Springer), sind den einzelnen Fachabteilungen jeweils anteilig nach Inanspruchnahme zuzuordnen.

Die Angabe in VK erfolgt grundsätzlich mit drei Nachkommastellen; ganzzahlige Werte (z.B. 6,000) können ohne Nachkommastellen angegeben werden.

Datei Fusionen

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
Erfassungszeitraum (siehe Datei Krankenhaus)

Institutionskennzeichen des mitgelieferten Krankenhauses (IKF)

Dieses Institutionskennzeichen dient der eindeutigen Identifikation des fusionierten Krankenhauses, für welches das führende Krankenhaus Daten liefert. Es wird das IK aus dem § 301-Verfahren verwendet. Es ist das unmittelbar vor der Fusion der Daten gültige Institutionskennzeichen des fusionierten Krankenhauses anzugeben. Die Datei Fusionen ist nicht zu übermitteln, wenn die Daten dieses Krankenhauses als eigenständige Einheit geliefert werden.

Falldaten von

In dieses Feld wird der Beginn des Zeitraums, der für das ausgewiesene IKF gelieferten Fälle, angegeben.

Falldaten bis

In dieses Feld wird das Ende des Zeitraums, der für das ausgewiesene IKF gelieferten Fälle, angegeben.

Datei Ausbildung

Die Daten sind für das gesamte Krankenhaus anzugeben. Datenfelder, die für das einzelne Krankenhaus nicht relevant sind, sind mit ‚0‘ (Null) zu besetzen.

Hinweise für Ausbildungsstätten mit einer Finanzierung gem. § 17a KHG:

Die Anzahl der Praxisanleiter/Mentoren und die Kosten der Praxisanleitung 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 die eigenen Kosten für die Ausbildungsstätte (sämtliche Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten) 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 Auszubildenden, anteiligen Kosten (Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten) und anteiligen Auszubildendenvergütungen 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).

Hinweise für Ausbildungsträger und Pflegeschulen mit einer Finanzierung nach dem PflBG:

Angaben sind ausschließlich für die Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf) AP5 und/oder AP6 vorzunehmen. Zu übermitteln sind Angaben des Krankenhauses als Träger der praktischen Ausbildung sowie als Träger einer Pflegeschule. Die zu übermittelnden Werte ergeben sich aus der Summe der Pauschalen des Ausgleichsfonds für das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf)

A01	Ergotherapeut/-in
A02	Diätassistent/-in
A03	Hebamme, Entbindungspfleger (inkl. Hebammenstudierende)
A04	Krankengymnast/-in, Physiotherapeut/-in
A05	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
A06	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
A07	im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer/-in, Pflegehelfer/in, Pflegeassistent/in, Pflegefachassistent/in
A08	medizinische/r Technologe/-in für Laboratoriumsanalytik
A09	medizinische/r Technologe/-in für Radiologie
A10	Logopäde/Logopädin
A11	Orthoptist/-in
A12	medizinische/r Technologe/-in für Funktionsdiagnostik
A13	Anästhesietechnische Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent
A14	Operationstechnische Assistentin, Operationstechnischer Assistent
AP5	Pflegefachfrau, Pflegefachmann (PflBG)
AP6	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (§ 58 PflBG)

Hinweis: Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf) A01-A14 sind ausschließlich für Ausbildungsstätten mit Finanzierung gem. § 17a KHG zu verwenden. Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf) AP5/AP6 sind ausschließlich für Ausbildung und Pflegeschulen mit Finanzierung gem. PflBG zu verwenden.

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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte
- Auszubildendenvergütungen der Auszubildenden |
|---|---|

- AP5/AP6: Das Krankenhaus ist Träger der praktischen Ausbildung und der Pflegeschule
Zu übermitteln ist das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG:
- Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung
 - Ausbildungsbudget der Pflegeschule
 - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
- 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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte
Soweit die Auszubildenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
 - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
- AP5/AP6: Das Krankenhaus ist Träger der praktischen Ausbildung und der Pflegeschule; Auszubildende im Landesdienst
Zu übermitteln ist das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG:
- Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung
 - Ausbildungsbudget der Pflegeschule
 - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
- 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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte
 - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- AP5/AP6: Das Krankenhaus ist Träger der praktischen Ausbildung und der Pflegeschule
Zu übermitteln ist das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG:
- Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung
 - Ausbildungsbudget der Pflegeschule
 - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- 4 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, dem eigenen Krankenhaus zugeordnet
Auszubildende im Landesdienst
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und neben den eigenen Auszubildenden auch Auszubildende anderer Krankenhäuser ausbildet und Auszubildende im Landesdienst)
Als Kosten sind zu übermitteln:
- sämtliche Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte
Soweit Auszubildende Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
 - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- AP5/AP6: Das Krankenhaus ist Träger der praktischen Ausbildung und der Pflegeschule; Auszubildende im Landesdienst
Zu übermitteln ist das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG:
- Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung
 - Ausbildungsbudget der Pflegeschule
 - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- 5 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, nicht dem eigenen Krankenhaus zugeordnet
(Ausbildungsstätte, die von einem Dritten, z.B. GmbH, Kommune oder anderes Krankenhaus, betrieben wird; bei Hebammenstudierenden auch die Hochschule; nur die praktische Ausbildung findet im eigenen Krankenhaus statt.)
Als Kosten sind zu übermitteln:
- Umlage für Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten nur, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird
 - Umlage für Ausbildungsvergütungen, wenn die Ausbildungsverträge durch die Ausbildungsstätte geschlossen werden und die Ausbildungsstätte kein anderes Krankenhaus ist.
 - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden

AP5/AP6: Das Krankenhaus ist nur Träger der praktischen Ausbildung; die Pflegeschule wird von einem Dritten getragen

Zu übermitteln ist das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG:

- Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden

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; bei Hebammenstudierenden auch die Hochschule; nur die praktische Ausbildung findet im eigenen Krankenhaus statt und Auszubildende im Landesdienst).

Als Kosten sind zu übermitteln:

- Umlagen für Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten nur, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird.

Soweit die Auszubildenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.

- Umlage für Ausbildungsvergütungen, wenn die Ausbildungsverträge durch die Ausbildungsstätte geschlossen werden und die Ausbildungsstätte kein anderes Krankenhaus ist
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden

AP5/AP6: Das Krankenhaus ist nur Träger der praktischen Ausbildung; die Pflegeschule wird von einem Dritten getragen; Auszubildende im Landesdienst

Zu übermitteln ist das Ausbildungsbudget nach § 29 Abs. 1 PflBG:

- Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden

Ausbildungsplätze insgesamt

Die im Berichtszeitraum in der Ausbildungsstätte durch einen entsprechenden Ausbildungsgang durchschnittlich genutzten Ausbildungsplätze sind anzugeben.

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 genutzten Ausbildungsplätze für Auszubildende im eigenen Krankenhaus (Nur bei Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4).

Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser

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

Auszubildende

Die durchschnittliche Anzahl Auszubildender ist anzugeben (nicht: Honorarkräfte).

Anzugeben ist die im Berichtszeitraum durchschnittlich beschäftigte Anzahl der Auszubildenden in Vollkräften (VK). Zu den Auszubildenden 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/der Pflegeschule (AP5/AP6) 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 Auszubildenden, 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 Ausbildungsvertrag 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. Bei Ausbildungsstätte AP5/AP6 sind die Auszubildenden, für die das Krankenhaus Träger der praktischen Ausbildung ist, anzugeben.

Die Anzahl korrespondiert mit dem Datenfeld ‚Ausbildungsvergütungen‘.

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

Die durchschnittliche Anzahl Auszubildender in Ausbildungskräften (AK) 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 in Ausbildungskräften (AK) anzugeben, die von den anderen Verbund-Krankenhäusern direkt (im Feld ‚Auszubildende im eigenen Krankenhaus‘) gemeldet werden. Bei Ausbildungsstätte AP5/AP6 sind die Auszubildenden anzugeben, die an der Pflegeschule ausgebildet werden und für die das Krankenhaus nicht Träger der praktischen Ausbildung ist.

Ausbildungsvergütungen

Die gesamten Ausbildungsvergütungen (nicht nur die Mehrkosten) im jeweiligen Ausbildungsberuf sind ausschließlich in diesem Datenfeld anzugeben. (Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV). Bei AP5/AP6 sind die gesamten Ausbildungsvergütungen für die Auszubildenden anzugeben, für die das Krankenhaus Träger der praktischen Ausbildung ist.

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

Finanzierung gem. § 17a KHG:

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. 1 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. Bei Ausbildungsstätte AP5 sind die durchschnittlichen Personalkosten einer examinierten Fachkraft als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in und bei Ausbildungsstätte AP6 die durchschnittlichen Personalkosten einer examinierten Fachkraft als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in anzugeben.

Der Ermittlung der Personalkosten des examinierten 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. Personen, die in Leitungspositionen oder -funktionen arbeiten, sind nicht in die Berechnung einzubeziehen. Zudem dürfen die ermittelten Personalkosten keine Kosten anderer Berufe/Qualifikationen enthalten.

Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts

Finanzierung gem. § 17a KHG:

Die Ermittlung der **Ist-Kosten** des theoretischen und praktischen Unterrichts erfolgt entsprechend dem ersten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Haupt- und nebenberufliches Lehrpersonal
 - Schulleitung (Kosten nach Kontengruppen 60 bis 64 der KHBV)
 - Kosten des Haupt- und nebenberuflichen Lehrpersonals einschließlich Kosten der Praxisbegleitung nach den jeweiligen Berufsgesetzen oder bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften einschließlich Fahrtkostenerstattung während der Praxisbegleitung (Kosten nach Kontengruppen 60 bis 64 der KHBV)

- Ausbildungskosten für die eigenen Auszubildenden an Schulen, für die zwischen dem Krankenhaus und der Schule Kooperationsvereinbarungen gemäß den Berufsgesetzen bestehen. Im Rahmen der Verhandlungen sind die benötigten Nachweise und Begründungen sowie ggf. zusätzliche Auskünfte, die die Schule dem Krankenhaus vorzulegen bzw. zu erteilen hat, zu berücksichtigen.

Finanzierung gem. PflBG:

Ausbildungsstätte AP5/AP6: Ausbildungsbudget der Pflegeschule nach § 29 Abs. 1 PflBG.

Kosten der praktischen Ausbildung

Finanzierung gem. § 17a KHG:

Die Ermittlung der **Ist-Kosten** der praktischen Ausbildung erfolgt entsprechend dem zweiten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Kosten der praktischen Ausbildung ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Kosten der Praxisanleitung
 - Praktische Anleitung durch Praxisanleiter/-innen einschl. evtl. Reisekosten
 - Arbeitsausfallkosten für die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum/zur Praxisanleiter/-in und Weiterbildungsmaßnahmen sowie berufspädagogischen Fortbildungen für Praxisanleiter/-innen im Umfang nach den Vorgaben der jeweiligen Berufsgesetze oder bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften
 - Kosten Qualifikation von Praxisanleiter/-innen und Weiterbildungsmaßnahmen sowie berufspädagogischen Fortbildungen inkl. Reisekosten im Umfang nach den jeweiligen Berufsgesetzen oder bundes- oder landesrechtlicher Vorschriften
 - Kosten der Auszubildenden während der Praxiseinsätze mit Ausnahme Vergütung (z. B. Fahrtkostenerstattungen)
 - Kosten der Organisation und Kooperationen nach den jeweiligen Berufsgesetzen einschließlich Reisekosten
 - Kosten der berufspraktischen Ausbildung von Hebammenstudierenden durch ambulante hebammengeleitete Einrichtungen oder durch freiberufliche Hebammen gemäß Vereinbarung nach § 134a Absatz 1e SGB V

Alle Ausbildungsstätten liefern die Kosten der praktischen Ausbildung für die Auszubildenden im eigenen Krankenhaus.

Finanzierung gem. PflBG:

Ausbildungsstätte AP5/AP6: Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung (ohne Ausbildungsmehrvergütungen).

Sachaufwand der Ausbildungsstätte

Finanzierung gem. § 17a KHG:

Die Ermittlung der **Ist-Kosten** des Sachaufwandes der Ausbildungsstätte erfolgt entsprechend dem dritten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Sachaufwand der Ausbildungsstätte ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Allgemeiner Sachaufwand
 - Lehr- und Arbeitsmaterialien (z. B. Reagenzien, Röntgenfilme, Übungs-, Arbeits- und Demonstrationsmaterialien, etc.)
 - Lernmittel für Auszubildende und Lehrpersonal (z. B. Fachbücher und Fachzeitschriften)
 - Reisekosten und Gebühren f. Studienfahrten, Seminare, Arbeitstagungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
 - Büro- und Schulbedarf
 - Porto, Telefon, Fax, Online-Dienste
 - Rundfunk- und Fernsehgebühren
 - Anwendungssoftware
 - Prüfungen/Klausuren (z. B. Honorare, Reisekosten, etc.)
 - Raum- und Geschäftsausstattung (Gebrauchsgüter und Verbrauchsgüter inklusive Anlagegüter mit Anschaffungs- oder Herstellungskosten mit der Höchstgrenze gemäß Abgrenzungsverordnung)
 - Qualitätssicherung, Evaluation, Zertifizierung
 - Personalbeschaffungskosten
 - Beratungs-, Abschluss- und Prüfungskosten
 - Sonstige Sachaufwandskosten

Finanzierung gem. PflBG: Ausbildungsstätte AP5/AP6: keine Angabe.

Gemeinkosten der Ausbildungsstätte

Finanzierung gem. § 17a KHG:

Die Ermittlung der **Ist-Gemeinkosten** der Ausbildungsstätte erfolgt entsprechend dem vierten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Gemeinkosten der Ausbildungsstätte ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Sonstiger Personalaufwand sowie Personalaufwand der zentralen Verwaltung und sonstiger zentraler Dienste
 - Sonstige direkt gebuchte Personalkosten (z.B. Sekretariat)
 - Allgemeine Verwaltung (z. B. Personalabteilung, Wirtschaftsabteilung, etc.)
 - Sonstige zentrale Dienste (z. B. Technischer Dienst, Werkstätten, Hausmeister, Reinigungsdienst etc.)
- Betriebskosten für Gebäude(-teile) und Räume, ggf. anteilig im Umfang der Nutzung für die Ausbildung
 - Betriebskosten der Gebäude(-teile) und Räume, die für die Ausbildung genutzt werden, ggf. anteilige Zurechnung (Unterrichtsräume, Demonstrationsräume, Gruppenarbeitsräume, Büros, Laboratorien, Medienraum, Besprechungsräume, Bibliothek, Sanitärräume, Archiv, etc.) wie
 - Wasser, Abwasser, Energie, Brennstoffe,
 - Wirtschaftsbedarf (z. B. Gebäudereinigung),
 - Steuern, Abgaben (z. B. Müllabfuhr), Versicherungen,
 - Instandhaltung (entsprechend Abgrenzungsverordnung),
 - Unterhalt der Außenanlagen,
 - Gebrauchsgüter,
 - Mietnebenkosten für Ausbildungsräume
- Sonstige Kosten des theoretischen Unterrichts und der praktischen Ausbildung

Finanzierung gem. PflBG:

Ausbildungsstätte AP5/AP6: keine Angabe.

Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte

Finanzierung gem. §17a KHG:

Es sind die vereinbarten Gesamtkosten der Ausbildungsstätte anzugeben. Sofern für das Datenjahr keine Vereinbarung getroffen wurde, ist „0“ anzugeben.

Finanzierung gem. PflBG:

Ausbildungsstätte AP5/AP6: Ausbildungsbudget der Pflegeschule zuzüglich Ausbildungsbudget des Trägers der praktischen Ausbildung zuzüglich Summe für die Ausbildungsmehrvergütung jeweils für das Datenjahr.

Hinweis für Ausbildungsstätten mit Finanzierung gem. § 17a KHG:

Es sind für die vier Kostenblöcke jeweils die Ist-Kosten anzugeben, davon abweichend – im Sinne einer Gegenüberstellung – sind die vereinbarten Gesamtkosten der Ausbildungsstätte anzugeben.

Datei Abrechnung

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

DRG-Fälle, vereinbart

Es ist die für das Berichtsjahr vereinbarte Summe an DRG-Fällen nach Abschnitt E1 der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) – Spalte 2, Zeile „Summe insgesamt“ – für das Berichtsjahr anzugeben. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Hinweis für teilstationäre Fälle:

Teilstationäre Fälle sind entsprechend der Fallzählung gem. § 9 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) zu zählen und an dieser Stelle zu berücksichtigen.

DRG-Fälle, abgerechnet

Es ist die Anzahl der im Berichtsjahr entlassenen DRG-Fälle anzugeben, unabhängig vom tatsächlichen Datum der Rechnungsstellung.

Bei Neueinstufung aufgrund Wiederaufnahme oder Rückverlegung ist ausschließlich der neu eingestufte DRG-Fall in die Anzahl einzubeziehen, sofern der Fallabschluss im Berichtsjahr erfolgt ist.

Hinweis für teilstationäre Fälle:

Teilstationäre Fälle sind entsprechend der Fallzählung gem. § 9 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) zu zählen und an dieser Stelle zu berücksichtigen.

Bewertungsrelationen, vereinbart

Es ist die Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen nach der Anlage 1 zum KHEntgG (Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) für das Berichtsjahr, Abschnitt E1 Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“) anzugeben. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Bewertungsrelationen, abgerechnet

Es ist die Summe der abgerechneten effektiven Bewertungsrelationen für die im Berichtsjahr entlassenen DRG-Fälle (s.o. ‚DRG-Fälle, abgerechnet‘) anzugeben, unabhängig vom tatsächlichen Datum der Rechnungsstellung. Bei Neueinstufung aufgrund Wiederaufnahme oder Rückverlegung ist ausschließlich der neu eingestufte DRG-Fall zu berücksichtigen, sofern der Fallabschluss im Berichtsjahr erfolgt ist.

Erlösausgleich § 4 Abs. 3 KHEntgG

Es ist der Erlösausgleich mit 2 Nachkommastellen anzugeben, der in der Budgetvereinbarung für das Berichtsjahr festgelegt wurde. Bei einem Mehrerlösausgleich ist das Minus-Vorzeichen („-“) voranzustellen.

Pflegeerlösbudget, vereinbarte Summe

Anzugeben ist das für das Berichtsjahr vereinbarte Pflegeerlösbudget gem. § 6a KHEntgG anzugeben (ohne Ausgleich). Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Pflegeerlösbudget, abgerechnete Summe

Anzugeben ist die abgerechnete Summe der Entgelte des Pflegeerlösbudgets gem. § 6a KHEntgG für die im Berichtsjahr entlassenen DRG-Fälle.

Ausgleichsbetrag gem. § 6a Abs. 2 KHEntgG

Anzugeben ist der für das Berichtsjahr vereinbarte Ausgleichsbetrag gem. § 6a Abs. 2 KHEntgG. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Ausgleichsbetrag gem. § 6b Absatz 5 Satz 1 KHEntgG

Anzugeben ist der für das Berichtsjahr vereinbarte Ausgleichsbetrag gem. § 6b Abs. 5 Satz 1 KHEntgG im Rahmen der Vergütung eines Vorhaltebudgets. Liegt für das Berichtsjahr keine Ausgleichsbetrag vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Fälle in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, vereinbart

Summe der vereinbarten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 KHEntgG genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 KHEntgG genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Fälle in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, abgerechnet

Summe der abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 KHEntgG genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 KHEntgG genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden. Liegen für das Berichtsjahr keine abgerechneten Fälle vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

Ausgleichsbetrag gem. § 6c Absatz 5 Satz 1 KHEntgG

Anzugeben ist der ermittelte Ausgleichsbetrag gem. § 6c Abs. 5 Satz 1 KHEntgG. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Ausgleichsbetrag vor, ist der Wert ,0' (Null) anzugeben.

Vorhaltebewertungsrelationen, vereinbart

Summe der für das Berichtsjahr für das Krankenhaus vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen. Für das Berichtsjahr 2025 ist der Wert ,0' (Null) anzugeben.

Vorhaltebewertungsrelationen, abgerechnet

Summe der für das Berichtsjahr für das Krankenhaus abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen. Für das Berichtsjahr 2025 ist der Wert ,0' (Null) anzugeben.

Hinweis zu besonderen Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 KHG:

Auch wenn das Krankenhaus insgesamt besondere Einrichtung ist, muss die Datei Abrechnung übermittelt werden, dabei sind dann nur die Angaben zum Pflegeerlösbudget zu füllen; die Angaben zu den DRG-Daten werden jeweils mit dem Wert ,0' (Null) übermittelt. Wenn das Krankenhaus in Teilen eine besondere Einrichtung ist, werden in der Datei Abrechnung die DRG-Daten für den Teil des Krankenhauses übermittelt, der nicht besondere Einrichtung ist und Angaben für das Pflegeerlösbudget für das gesamte Krankenhaus.

Hinweis zu Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG:

Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei Abrechnung, wenn das Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 Satz 1 KHG genannten Einrichtungen erbringt.

Im Übrigen werden in der Datei die DRG-Daten des Krankenhauses für die Behandlungsfälle übermittelt, die dem Entgeltbereich des KHEntgG unterliegen sowie die dazugehörigen Angaben zum Pflegeerlösbudget.

Datei Fall

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)

Entlassender Standort

Es ist die im jeweiligen Datenjahr zum Entlassungs-/Verlegungsdatum gültige Standortnummer des Standortes nach § 293 Absatz 6 SGB V des entlassenden Standortes zu verwenden. Im Einzelfall kann dies bedeuten, dass die hier angegebene Standortnummer zum Übermittlungszeitpunkt nicht mehr gültig ist, bspw. weil der Standort zwischenzeitlich geschlossen wurde.

Bei AOP-Fällen setzt sich die Standortnummer aus der 6-stelligen Standort-ID („77“ + die vom Standortverzeichnis vergebene 4-stellige Zahl) sowie der Pseudonummer „555“ zusammen (z.B. 770001555). Für das Datenjahr 2026 kann die Standortnummer, wenn möglich, angegeben werden. Ansonsten ist die Standortnummer leer zu übermitteln.

Ab dem Datenjahr 2027 wird für AOP-Fälle immer die aus Standort-ID und Pseudonummer „555“ zusammengesetzte Standortnummer erwartet.

Entgeltbereich

In diesem Feld ist anzugeben, welchem Entgeltbereich (KHEntgG, spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG), BPfIV ~~oder~~ PIA oder ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V) der Behandlungsfall zugeordnet ist; entscheidend ist dabei das für den Fall abgerechnete Entgelt.

Gemäß § 135d Absatz 3 SGB V haben die Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherungen zusätzlich auch für die Krankenhausfälle, in denen sie nicht Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, die Angaben nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b, d, e, f und i des Krankenhausentgeltgesetzes ohne die Postleitzahl (Datenfeld PLZ), den Wohnort und Stadtteil im Falle von Stadtstaaten (Datenfeld Wohnort) zu übermitteln und diese gesondert auszuweisen. Der gesonderte Ausweis dieser zusätzlich zu übermittelnden Fälle geschieht im Datenfeld „Entgeltbereich“ mit Hilfe der Kürzel ‚BWD‘ und ‚BWH‘ für die Bundeswehrkrankenhäuser und ‚BGD‘ und ‚BGH‘ für die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung. Da die erweiterte Übermittlungspflicht auf die Leistungsgruppen in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch und damit den somatischen Bereich abzielt, sind die Fälle zu übermitteln, die unter dem Entgeltbereich ‚DRG‘ oder ‚HYB‘ zu übermitteln wären, wenn es sich um Zivilpatienten handelte oder um Fälle, für die die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten nicht tragen würde.

Ein Fall darf ausschließlich einem Entgeltbereich zugeordnet sein. Bei einem Wechsel in einen anderen Entgeltbereich ist für jeden Entgeltbereich ein eigenständiger Fall, ggf. unter Einbeziehung einer Rückverlegung, zu übermitteln.

Der Entgeltbereich ist wie folgt anzugeben:

DRG	Entgelt nach KHEntgG, i.d.R. DRG-Fallpauschale (KHEntgG-Entgeltbereich)
HYB	Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)
PSY	Entgelt nach BPfIV für psychiatrische Einrichtungen und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG (BPfIV-Entgeltbereich)
PIA	Entgelt nach § 120 SGB V für psychiatrische bzw. psychosomatische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V (PIA-Entgeltbereich)
BWD	Krankenhausfall in einem Bundeswehrkrankenhaus, bei dem es sich nicht um einen Zivilpatienten handelt und der nicht dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
BWH	Krankenhausfall in einem Bundeswehrkrankenhaus, bei dem es sich nicht um einen Zivilpatienten handelt und der dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
BGD	Krankenhausfall in einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei dem die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und der nicht dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
BGH	Krankenhausfall in einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei dem die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und der dem Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären
<u>AOP</u>	<u>Ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V</u>

Bei Angaben für (ambulante) PIA- und AOP-Fälle gilt stets folgender Grundsatz: Datenfelder/Merkmale, die nur für Fälle im DRG-Entgeltbereich oder PSY-Entgeltbereich gelten und als MUSS-Angaben mit Vorabewerten festgelegt sind, werden immer ohne Angabe (leer) übermittelt.

Vorstationäre Leistungen werden dem Entgeltbereich zugeordnet, der für den Fall bei stationärem Aufenthalt gelten würde. Begleitpersonen und mitaufgenommene Pflegekräfte werden dem Entgeltbereich der begleiteten Person zugeordnet. Fälle der Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V werden

dem Entgeltbereich zugeordnet, dem der vorangegangene Fall der Krankenhausbehandlung zugeordnet wurde.

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.

Wurden für einen Behandlungsfall im Verfahren nach § 301 SGB V unter identischem krankenhausinternen Kennzeichen des Behandlungsfalls mehrere Rechnungen in einem Entgeltbereich gestellt (z.B. quartalsweise Abrechnung), ist bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG nur ein Fall mit den Angaben des Gesamtaufenthalts im entsprechenden Entgeltbereich zu übermitteln.

Besondere Behandlungsfälle/Konstellationen:

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

Für gesunde Neugeborene ist ‚0601‘ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmearlass ‚G‘ anzugeben.

Für krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist der Aufnahmegrund ‚01xx‘ (siehe Aufnahmegrund) und der Aufnahmearlass ‚G‘ anzugeben.

Zur Kodierung der Diagnosen bei Neugeborenen siehe DKR.

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

Nur vorstationär behandelte Fälle:

Für nur vorstationär behandelte Fälle werden von den Falldaten der entlassende Standort, das KH-interne Kennzeichen, Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ, Wohnort, Aufnahmearlass, Aufnahmegrund, Fachabteilung und ggf. Diagnose- und Prozedurenangaben übermittelt. Für das Aufnahmedatum ist der erste, für das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag anzugeben.

Teilstationäre Fälle:

Im § 301-Verfahren werden teilstationäre Fälle mit tagesbezogenen Entgelten quartalsbezogen abgerechnet, dabei sind die Prozeduren jeweils mit dem jeweiligen Kalenderdatum der Leistungserbringung anzugeben. Fehlerhafte Angaben zu Prozeduren und zum Prozedurendatum werden im Datenannahmeverfahren als Fehler gewertet!

Krankenhäuser, die an der Kalkulationserhebung teilnehmen, dokumentieren die teilstationären Fälle mit fallbezogenen Angaben in den Dateien Fall, FAB, ICD, OPS und Entgelte. Die Datei Kosten enthält die tagesbezogenen Angaben der teilstationären Behandlungskosten und die Datumsangabe des jeweiligen Behandlungstags im Datenfeld „Pflegetag“. Es gibt keine kontaktbezogene Übermittlung von teilstationären Fällen im KHEntgG-Entgeltbereich.

Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)

Der unveränderliche Teil der Krankenversicherthennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 SGB V (10-stellige „Versicherten-ID“ der Krankenversicherthenkarte) ist anzugeben. Liegt keine Versicherten-ID vor, ist gemäß § 1 Abs. 5 Satz 4 FPV die für die Abrechnung der Fallpauschale eines gesunden Neugeborenen auf der Rechnung für das Neugeborene ausgewiesene Versicherten-ID der Mutter anzugeben; im Übrigen (z.B. bei Selbstzahlern) ist als Versicherten-ID der Wert „999999999“ anzugeben.

Vertragskennzeichen § 64b-Modellvorhaben

Das Vertragskennzeichen § 64b-Modellvorhaben muss bei der Übermittlung der fallbezogenen Daten nach § 21 KHEntgG zur Kennzeichnung derjenigen Patienten verwendet werden, die in das Modellvorhaben einbezogen sind. Es ist das vom DRG-Institut vergebene Vertragskennzeichen zu übermitteln.

Für Patienten, die in ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V einbezogen sind, ist unter Angabe des Vertragskennzeichens für das Modellvorhaben

- bei voll- oder teilstationärer Versorgung ein Datensatz für den Entgeltbereich „PSY“;
- bei ambulanter Behandlung durch eine Psychiatrische Institutsambulanz ein Datensatz für den Entgeltbereich „PIA“;
- bei spezifischen Leistungen des Modellvorhabens zusätzlich die Datei Modellvorhaben

zu übermitteln.

(Siehe hierzu:

Vereinbarung nach § 64b Abs. 3 SGB V über Art und Umfang der zu meldenden Daten von Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen sowie zur Meldung von Modellvorhaben an das DRG-Institut zwischen dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband und der DKG vom 27.2.2013 sowie Hinweise zur Datei Modellvorhaben)

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
d	divers
x	unbestimmt

PLZ

Die Postleitzahl der Anschrift des Versicherten ist vollständig mit 5 Ziffern anzugeben. Bei ausländischen oder wohnsitzlosen Patienten: ‚00000‘.

Wohnort

~~Der~~ Als Wohnort des Versicherten ist sein ständiger Wohnort anzugeben. Es ist der amtliche Name des Wohnorts anzugeben. Es sind keine Abkürzungen zu verwenden.

Kommt der Versicherte aus einem der Stadtstaaten ist im Wohnort auch der Stadtteil anzugeben. Dabei ist der Stadtteil in gleicher Weise zu interpretieren wie in der Übermittlung der Diagnosestatistik (KHStatV § 3, Nr. 14).

Bei ausländischen Patienten mit PLZ ‚00000‘ ist als in dem Datenfeld ‚Wohnort‘ das Land, in dem sich der Wohnort des Patienten befindet, anhand des internationalen Länderkennzeichens (Schlüssel 7 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) anzugeben. Dem Länderkennzeichen ist zur besseren Unterscheidung von Wohnortangaben ein Stern "*" voranzustellen.

Bei wohnsitzlosen Patienten mit PLZ ‚00000‘ ist als Wohnort die Stadt, in der sich das Krankenhaus-standort befindet, anzugeben.

Für die Datenübermittlung ist wie in allen Dateien zwingend auf das Format UTF-8 zu achten.

Aufnahmedatum

Es ist das Aufnahmedatum (Aufnahmetag und Aufnahmeuhrzeit) zur vollstationären oder teilstationären Behandlung anzugeben.

Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist das Aufnahmedatum der erste vorstationäre Behandlungstag.

Bei AOP-Fällen ist der erste Prozedurentag (d.h. der Prozedurentag mit dem ältesten Datum) (im § 301-Rechnungssatz AMBO:PRZ) anzugeben. Sollte die Uhrzeit nicht bekannt sein, kann ‚JJJMMTT0000‘ angegeben werden.

Aufnahmeanlass

E	Einweisung durch einen Arzt
Z	Einweisung durch einen Zahnarzt
N	Notfall
R	Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung
V	Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden
A	Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden

Zusatzschlüssel für besondere Kalkulationsanforderungen:

G	Geburt (siehe Hinweis Neugeborene)
B	Begleitperson oder mitaufgenommene Pflegekraft

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. Wenn die Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden

betrug ist als Aufnahmearbeit ‚A‘, wenn sie länger als 24 Stunden betrug, ist ‚V‘ anzugeben. Der Aufnahmearbeit ‚R‘ wird in der § 301-Datenübermittlung nicht abgebildet, er soll übermittelt werden, wenn die Patientendatenhaltung dieses Zusatzmerkmal enthält.

Interne Verlegung mit Wechsel aus einem Entgeltbereich in einen anderen Entgeltbereich 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 durchgeführt wird, ist der Aufnahmearbeit bei Behandlungsbeginn in einer Fachabteilung, die zu dem Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen zählt, anzugeben.

Dieses Datenfeld ist bei AOP-Fällen leer zu übermitteln.

Aufnahmegrund

01xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär
02xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
03xx	Krankenhausbehandlung, teilstationär
04xx	vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
05xx	stationäre Entbindung
06xx	Geburt
08xx	Stationäre Aufnahme zur Organentnahme
10xx	Stationsäquivalente Behandlung
11xx	Übergangspflege
12xx	Krankenhausbehandlung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

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 08, bei tagesbezogenen Entgelten auch 21 bis 27) anzugeben. Fälle mit den Werten „41“ bis „47“ in der 3. und 4. Stelle (Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung) sind mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 17.03.2009 Bestandteil der Datenlieferung. Der Aufnahmegrund kann bei Begleitpersonen und mitaufgenommenen Pflegekräften (Aufnahmearbeit „B“) sowie bei AOP-Fällen entfallen. In allen anderen Fällen ist der Aufnahmegrund eine Muss-Angabe.

Fallzusammenführung

Bei Fallzusammenführung nach FPV (Entgeltbereich „DRG“), Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung (Entgeltbereich „HYB“) oder nach PEPPV (Entgeltbereich „PSY“) ist „J“ anzugeben, ansonsten „N“.

Fallzusammenführungsgrund

Liegt eine Fallzusammenführung vor, ist der Grund der Zusammenführung nach folgendem Schlüssel anzugeben:

OG	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV ¹
MD	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV ¹
KO	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 FPV ¹ (Komplikation)
RU	Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV ¹
WR	Kombinierte Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 FPV ¹
MF	Fallzusammenführung nach FPV ¹ von mehr als zwei Fällen mit mehr als einem Fallzusammenführungsgrund ohne Rückverlegung
<u>HF</u>	<u>Fallzusammenführung nach § 1 Abs. 3 Hybrid-DRG-Umsetzungsvereinbarung¹</u>
PW	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 PEPPV ¹⁻²
PR	Rückverlegung nach § 3 Abs. 2 PEPPV ¹⁻²
PM	Fallzusammenführung nach PEPPV ¹⁻² von Fallepisoden mit mehr als einem Fallzusammenführungsgrund
ZO	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV ¹ bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden
ZM	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV ¹ bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden
ZK	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 FPV ¹ (Komplikation) bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden
ZR	Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV ¹ bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden
ZW	Kombinierte Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 FPV ¹ bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden

¹ Fallpauschalenvereinbarung des Jahres der Datenerhebung Es gilt die jeweils für das Jahr der Datenerhebung gültige Vereinbarung

² Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen des Jahres der Datenerhebung

Aufnahmegewicht

In Gramm, nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres.
Bei Neugeborenen ist als Aufnahmegewicht das Geburtsgewicht anzugeben.
Dieses Datenfeld kann bei AOP-Fällen leer übermittelt werden.

Entlassungs-/Verlegungsdatum

Es ist das Entlassungs-/Verlegungsdatum (Tag und Uhrzeit) aus der vollstationären oder teilstationären Behandlung anzugeben. (Bei interner Verlegung in einen anderen Entgeltbereich ohne nachfolgende Rückverlegung wird das Verlegungsdatum angegeben; die Behandlungsepisode in dem anderen Entgeltbereich wird als gesonderter Fall dokumentiert.) Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag.

Bei AOP-Fällen ist der letzte Prozedurentag (d.h. der Prozedurentag mit dem jüngsten Datum) anzugeben (im § 301-Rechnungssatz AMBO:PRZ). Sollte die Uhrzeit nicht bekannt sein, kann ‚JJJMMTT0000‘ angegeben werden.

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 |
| 059 | Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (bei tagesbezogenen Entgelten) |
| 06x | Verlegung in ein anderes Krankenhaus |
| 079 | Tod |
| 089 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation |
| 09x | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung |
| 10x | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung |
| 11x | Entlassung in ein Hospiz |
| 139 | externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung |
| 14x | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 15x | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 179 | interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 229 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung |
| 239 | Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich, für verlegende Fachabteilung) |
| 249 | Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BpflV-Bereich, für Pseudo-Fachabteilung 0003) |
| 259 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung, § 4 PEPPV) |
| 269 | Beginn eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung) |
| 279 | Beendigung eines Zeitraumes ohne direkten Patientenkontakt (stationsäquivalente Behandlung – für Pseudofachabteilung 0004) |
| 289 | Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen |
| 299 | Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt |
| 309 | Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege |
| 31x | Beginn eines externen Aufenthalts (tagesstationäre Behandlung) |
| 32x | Reguläre Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung |
| 33x | Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung - Notfall |
| 34x | Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – medizinischer Behandlungsbedarf |
| 35x | Ungeplante Beendigung eines externen Aufenthalts bei tagesstationärer Behandlung – Wunsch des Patienten |

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‘, ,3‘, ,4‘, ,5‘, ,6‘ oder ,9‘) anzugeben.

Der Entlassungs-/Verlegungsgrund kann entfallen bei Begleitpersonen und mitaufgenommenen Pflegekräften (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 ...) dokumentiert, dass der Krankenhausfall als DRG-Fall abgeschlossen ist.

Bei AOP-Fällen ist der Entlassungs-/Verlegungsgrund leer zu übermitteln.

Alter in Tagen am Aufnahmetag

Die Angabe erfolgt nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs. Sie wird für die DRG-Zuordnung benötigt. Bei Neugeborenen mit Aufnahmetag=Geburtsdatum ist „1“ anzugeben.

Alter in Jahren am Aufnahmetag

Die Altersangabe wird für die DRG-Zuordnung benötigt.

Patientennummer

Die Patientennummer dient im Rahmen der Kalkulation der Zusammenführung von Fällen (mit unterschiedlichen KH-internen Kennzeichen), bei denen die Patientennummer angegeben werden muss, zu einem Behandlungsblock. Bei Patienten, die im Datenjahr sowohl im Entgeltbereich „PSY“ als auch im Entgeltbereich „PIA“ behandelt wurden, muss in den jeweiligen Falldaten die Patientennummer angegeben werden. Die Patientennummer ist eine eindeutige und über die Zeit stabile Patienten-Identifikationsnummer.

Anzahl interkurrenter Dialysen

Bei Patientenaufnahme zur stationären Behandlung einer Erkrankung und zusätzlicher Dialysebehandlung aufgrund chronischer Niereninsuffizienz ist die Anzahl interkurrenter Dialysen anzugeben.

Beatmungsstunden

Die Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit für den Krankenhausfall entsprechend DKR anzugeben. Der Wert entspricht der Angabe „Beatmungsstunden“ in der Entlassungsanzeige (Segment DAU).

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.

Für den AOP-Entgeltbereich ist der Tag des Zugangs gemäß dem Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:REC) anzugeben, wenn dieser vor dem ersten Prozedurentag (siehe Datenfeld Aufnahmedatum) liegt. Ansonsten entfällt die Angabe.

Behandlungstage vorstationär

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

Für den AOP-Entgeltbereich entfällt die Angabe.

Behandlungsende nachstationär

Bei nachstationärer Behandlung ist der letzte nachstationäre Behandlungstag anzugeben.

Für den AOP-Entgeltbereich entfällt die Angabe.

Behandlungstage nachstationär

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

Für den AOP-Entgeltbereich entfällt die Angabe.

Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses

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

Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich

Bei einem Wechsel zwischen den Entgeltbereichen in Folge einer internen oder externen Verlegung mit anschließender Wiederaufnahme bzw. Rückverlegung in den ursprünglichen Entgeltbereich sind die Belegungstage in dem anderen Entgeltbereich (BPfIV oder KHEntG oder Besondere Einrichtung) anzugeben.

Zu den Belegungstagen zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Aufenthalts im anderen Entgeltbereich ohne den Verlegungstag, unabhängig davon, ob der Verlegungstag bei PEPP-Abrechnung abgerechnet wird.

Beurlaubungstage im BPfIV-Entgeltbereich

Es sind ggf. Tage einer Abwesenheit aufgrund geplanter Beurlaubung anzugeben.

Kennung Besonderer Fall Modellvorhaben

In diesem Feld sind Fälle mit der Kennung „1“ zu markieren, wenn die Behandlung im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V erfolgt und spezifische Leistungen (z. B. Hometreatment oder

stationersetzende Leistungen) in der Definition des jeweiligen Modellvorhabens erbracht werden, die nicht der allgemeinen voll- oder teilstationären Versorgung bzw. der ambulanten Versorgung einer PIA entsprechen. Die Kennung ‚0‘ ist für Fälle im Rahmen der Modellvorhaben zu verwenden, bei denen die Leistungserbringung der der Regelabrechnung entspricht. Erfolgt die Behandlung nicht im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64b SGB V, ist das Feld leer zu lassen.

Verweildauer Intensiv

Wird der Patient unter dem angegebenen KH-internen Kennzeichen des Behandlungsfalls (Fallnummer) während des Aufenthalts intensivmedizinisch versorgt, ist die Verweildauer der intensivmedizinischen Versorgung des Falls in Tagen anzugeben. Die Angabe der Intensiv-Verweildauer erfolgt mit zwei Nachkommastellen kaufmännisch auf 0,25 Tage gerundet. Wurde keine intensivmedizinische Versorgung durchgeführt, ist der Wert ‚0‘ anzugeben. Zeiten der Betreuung in einem Bett, das der Definition im Feld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“ entspricht, gelten als Zeiten intensivmedizinischer Betreuung. Für eine Übergangsphase wird nicht nur die Übermittlung der Intensivzeiträume sondern auch einer Verweildauer über den gesamten Fall vorgesehen. Wenn das Krankenhaus-Informationssystem eine genauere Angabe der fallbezogenen Intensiv-Verweildauer ermöglicht, sollte diese (stunden- oder minuten-genaue) Angabe (auf zwei Nachkommastellen gerundet) verwendet werden.

LG-Bezug

Zur Definition des Feldes siehe Datei Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen.

Die Angabe ist in der Datei Fall bei allen Fällen der Entgeltbereiche ‚DRG‘ und ‚HYB‘ zu übermitteln.

Leistungsgruppe

Für die Angabe der Leistungsgruppe siehe Datei Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen.

Zusätzlich zu den in der Liste zum Datenfeld „Leistungsgruppe“ in Datei Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen genannten Leistungsgruppenkürzeln kann in Ausnahmefällen das Leistungsgruppenkürzel „LG999“ für Fälle verwendet werden, bei denen die Kodierung unvollständig oder fehlerhaft ist.

Die Angabe ist in der Datei Fall bei allen Fällen der Entgeltbereiche ‚DRG‘ und ‚HYB‘ zu übermitteln.

Datei FAB

In der Datei FAB sind bei voll- und teilstationären Fällen sowie Fällen mit stationsäquivalenter Behandlung die Zeiten der Behandlung und „Nicht-Behandlung“ auf Fachabteilungen zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt im Krankenhaus überschneidungsfrei und lückenlos zu erfassen. Zeiten der „Nicht-Behandlung“ werden durch die Pseudofachabteilungen ,0001‘ bis ,0006‘ dokumentiert.

Bei AOP-Fällen ist in der Datei FAB je Fall eine Zeile anzulegen. Es ist die Fachabteilung gemäß dem § 301-Rechnungssatz (AMBO:RZA) anzugeben.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	(siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort	(siehe Datei Fall)
Entgeltbereich	(siehe Datei Fall)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	(siehe Datei Fall)

Standortnummer Behandlungsort

In der Datei FAB ist die Standortnummer des aufnehmenden Standorts, des weiterbehandelnden Standorts bzw. der weiterbehandelnden Standorte und des entlassenden Standorts anzugeben, an dem bzw. an denen der Patient während des jeweiligen Krankenhausaufenthalts behandelt wurde. Dabei sind die zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen Standortnummern der Standorte nach § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden.

Wird ein Patient an mehreren Standorten behandelt, ist mehr als eine Zeile für diesen Fall anzulegen: Wurde beispielsweise ein Patient auf derselben Fachabteilung (z.B. HA0300 Kardiologie) zunächst am Standort mit Standortnummer ,770001000‘ und nach Verlegung weiter am Standort mit Standortnummer ,770002000‘ behandelt, sind hierfür zwei Zeilen zu übermitteln – eine mit Standort ,770001000‘ im Datenfeld Standortnummer Behandlungsort für den Aufenthalt am ersten Standort und eine mit Standort ,770002000‘ für den Aufenthalt am zweiten Standort. Im Datenfeld Entlassender Standort ist in beiden Zeilen der Wert des Datenfelds Entlassender Standort in der Datei Fall für diesen Fall anzugeben.

Bei Angabe der Pseudofachabteilungen ,0001‘, ,0002‘, ,0003‘, ,0004‘, ,0005‘ und ,0006‘ ist als Standortnummer ,779999999‘ anzugeben.

Bei Fällen mit Aufnahmegrund ,10‘ (stationsäquivalente Behandlung) ist als Standortnummer Behandlungsstandort die Standortnummer des Krankenhausstandortes anzugeben, dem der Behandelnde (Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut oder die Pflegefachperson) zuzuordnen ist.

Bei AOP-Fällen setzt sich die Standortnummer aus der 6-stelligen Standort-ID („77“ + die vom Standortverzeichnis vergebene 4-stellige Zahl) sowie der Pseudonummer „555“ zusammen (z.B. 770001555). Für das Datenjahr 2026 kann die Standortnummer, wenn möglich, angegeben werden. Ansonsten ist die Standortnummer leer zu übermitteln.

Ab dem Datenjahr 2027 wird für AOP-Fälle immer die aus Standort-ID und Pseudonummer „555“ zusammengesetzte Standortnummer erwartet.

Fachabteilung

Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V einschließlich der Pseudofachabteilungen ,0001‘ (Rückverlegung), ,0002‘ (Wiederaufnahme), ,0003‘ (externer Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BpflV-Bereich), ,0004‘ (Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei stationsäquivalenter Behandlung)), ,0005‘ (Pseudofachabteilung für Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei voll- oder teilstationärer Behandlung im Entgeltbereich ,DRG‘)) oder ,0006‘ (Pseudo-Fachabteilung für Rückkehr in das Krankenhaus bei tagesstationärer Behandlung) anzugeben.

Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das Präfix ,HA‘ (Hauptabteilung) oder ,BA‘ (Belegabteilung), bei Besonderen Einrichtungen das Präfix ,BE‘ voranzustellen.

Wird eine Haupt- und Belegabteilung „Misch-Fachabteilung“ in Anspruch genommen, sind zwei Zeilen mit den Präfixen ,HA‘ und ,BA‘ zu übermitteln und die Fälle in Abhängigkeit der Inanspruchnahme aufzuteilen.

Bei Angabe der Pseudofachabteilungen ,0001‘, ,0002‘, ,0003‘, ,0004‘, ,0005‘ und ,0006‘ ist als Präfix ,HA‘ anzugeben.

Bei AOP-Fällen ist die Fachabteilung gemäß dem Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:RZA) zu verwenden und als Präfix ,AM‘ voranzustellen.

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.

Bei AOP-Fällen ist das Aufnahmedatum gemäß der Datei Fall anzugeben.

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 bei den Falldaten gesondert anzugeben.

Bei AOP-Fällen ist das Entlassungs-/Verlegungsdatum gemäß der Datei Fall anzugeben.

Kennung Intensivbett

Wenn sich der Patient in einem Intensivbett, entsprechend der Definition im Feld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“ in der Datei Krankenhaus, befindet, ist dieses Feld auf „J“ zu setzen, ansonsten auf „N“. Wenn innerhalb einer Fachabteilung die Verlegung in oder aus einem Intensivbett erfolgt, ist jeweils ein neuer Datensatz mit geänderter Kennung zu übermitteln.

Insbesondere sind für Patienten mit einer der folgenden Prozeduren

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur),

8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls,

8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls,

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) und

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

die Zeiten der Intensivversorgung im Datenfeld „Kennung Intensivbett“ mit „J“ zu kennzeichnen.

Beatmungsstunden

Die Beatmungsstunden sind bei Beatmungsfällen, zusätzlich zur Angabe der Gesamtbeatmungszeit für den Krankenhausfall in der Datei Fall, hier auch standortbezogen zu übermitteln. Umgesetzt wird dies durch Angabe der Beatmungszeit in Stunden in den einzelnen Fachabteilungsaufenthalten, die wiederum über das Datenfeld „Standortnummer Behandlungsstandort“ einem Standort zugeordnet sind.

Beispiel: Die folgenden zwei Beispielfälle beschreiben Konstellationen zu Fachabteilungs- und Standortverlegungen innerhalb eines Krankenhauses mit zwei Standorten 770001000 und 770002000. Die Datumsangaben im Beispiel beziehen sich auf das Datenjahr 2025.

Das Krankenhaus habe eine Fachabteilung HA0100 Innere Medizin. An Standort 770001000 habe diese Fachabteilung neben 20 Normalbetten zudem auch eine Intensiveinheit mit 4 Intensivbetten. An Standort 770002000 habe die Fachabteilung eine weitere Station mit 15 Normalbetten.

Darüber hinaus habe das Krankenhaus auch die Fachabteilungen HA0200 Geriatrie und HA2800 Neurologie an Standort 770001000 und die Fachabteilung HA2600 Hals, Nasen-, Ohrenheilkunde an Standort 770002000. In diesen drei Fachabteilungen gebe es nur Normalbetten.

Patient P00001 werde am 05.05.2025 16:00 Uhr auf die Fachabteilung HA0100 an Standort 770001000 in einem Normalbett aufgenommen. Aufgrund der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes werde er noch am selben Tag um 23:00 Uhr in ein Intensivbett der Fachabteilung verlegt. Auf der Intensivstation wird er sechs Stunden beatmet. Nach Verbesserung seines Gesundheitszustandes erfolge zunächst am 07.05.2025 14:00 Uhr eine Rückverlegung in ein Normalbett der Fachabteilung, am 08.05.2025 11:50 Uhr eine Verlegung in die Fachabteilung HA0100 an Standort 770002000 und am 10.05.2025 11:25 Uhr von dort die Entlassung aus dem Krankenhaus.

Patient P00002 werde am 11.05.2025 08:00 Uhr in der Fachabteilung HA2800 an Standort 770001000 aufgenommen und am 14.05.2025 11:30 Uhr in die Fachabteilung HA0200 an Standort 770001000 und am 20.05.2025 10:15 Uhr weiter in die Fachabteilung HA2600 am Standort 770002000 verlegt, von wo aus er am 24.05.2025 12:00 Uhr aus dem Krankenhaus entlassen werde.

Aus Gründen der besseren Übersicht werden in der nachfolgenden exemplarisch ausgefüllten Tabelle nur die für die Fachabteilungsverlegungen relevanten Spalten dargestellt:

Standortnummer Behandlungsort	KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	Fachabteilung	Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung	Kennung Intensivbett	Beatmungsstunden
770001000	P00001	HA0100	05.05.2025 16:00	05.05.2025 23:00	N	0
770001000	P00001	HA0100	05.05.2025 23:00	07.05.2025 14:00	J	6
770001000	P00001	HA0100	07.05.2025 14:00	08.05.2025 11:50	N	0
770002000	P00001	HA0100	08.05.2025 11:50	10.05.2025 11:25	N	0
770001000	P00002	HA2800	11.05.2025 08:00	14.05.2025 11:30	N	0
770001000	P00002	HA0200	14.05.2025 11:30	20.05.2025 10:15	N	0
770002000	P00002	HA2600	20.05.2025 10:15	24.05.2025 12:00	N	0

Datei ICD

Diagnosenangaben sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen des für den Fall gültigen Entgeltbereichs zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	(siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort	(siehe Datei Fall)
Entgeltbereich	(siehe Datei Fall)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	(siehe Datei Fall)

Diagnoseart

HD	Hauptdiagnose
ND	Nebendiagnose(n)

Die Diagnosen sind im KHEntgG-Entgeltbereich entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) anzugeben. Bei nur vorstationär behandelten Fällen sind die Begriffe Haupt- und Nebendiagnose nicht definiert und die Aufnahmediagnosen können mit einer beliebigen Diagnoseart übermittelt werden, dennoch ist auch bei diesen Fällen mindestens eine Diagnose zu übermitteln. Bei PIA-Fällen wird für alle Diagnosen immer die Diagnoseart ‚ND‘ übermittelt. Abweichend davon übermitteln Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V die für die Erkrankung führende Behandlungsdiagnose als Hauptdiagnose und begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnosen als Nebendiagnosen.

Bei AOP-Fällen sind die Begriffe Haupt- und Nebendiagnose nicht definiert. Daher sind sämtliche Behandlungsdiagnosen und Sekundär-Diagnosen des § 301-Rechnungssatzes (AMBO:BDG) eines AOP-Falls mit der Diagnoseart ‚ND‘ zu übermitteln. Auch bei AOP-Fällen ist mindestens eine Diagnose zu übermitteln.

ICD-Version

Die jeweils ab dem 1. Januar eines Jahres gültige ICD-10-GM-Version wird über die entsprechende 4-stellige Jahreszahl kodiert.

Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)

Diagnoseschlüssel sind in der gültigen ICD-10GM-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

Diagnosensicherheit (~~nur~~ für Fälle im PIA-Entgeltbereich; für Fälle im AOP-Entgeltbereich anzugeben, wenn Angabe in § 301-Rechnungssatz (AMBO:BDG) vorhanden); leer für Fälle im DRG-, HYB- oder PSY-Entgeltbereich)

Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel.

A	ausgeschlossene Diagnose
V	Verdachtsdiagnose
Z	symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose
G	gesicherte Diagnose

Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)

Die Sekundärdiagnose zur Hauptdiagnose wird im DRG-System als Nebendiagnose behandelt. Werden zur Hauptdiagnose (oder zu einer Nebendiagnose) mehr als eine Sekundärdiagnose kodiert, so muss jeweils die zugehörige Hauptdiagnose (oder Nebendiagnose) – mit Anrechnung auf die Wiederholbarkeit insgesamt – wiederholt werden.

Lokalisation2

Zusatzinformation zum Sekundär-Diagnoseschlüssel.
siehe oben

Diagnosensicherheit2 (~~nur~~ für Fälle im PIA-Entgeltbereich; für Fälle im AOP-Entgeltbereich anzugeben, wenn Angabe in § 301-Rechnungssatzes (AMBO:BDG) vorhanden)

Zusatzinformation zum Sekundär-Diagnoseschlüssel.
siehe Datenfeld „Diagnosensicherheit“

Standortnummer Behandlungsort

In der Datei ICD sind die Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V anzugeben. Anzugeben ist der Standort, an dem die Diagnose erstmals gemäß Kodierrichtlinien kodiert werden darf.

Hinweis: Das Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ führt nicht zu einer Ausweitung der Anzahl der übermittelten Diagnosen-Datensätze. Den bestehenden Diagnosen wird lediglich eine zusätzliche Standortinformation hinzugefügt.

Datei Seltene Erkrankungen

Diagnosenangaben zu Seltenen Erkrankungen sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen des für den Fall gültigen Entgeltbereichs zu übermitteln. Für AOP-Fälle können Angaben gemacht werden.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	(siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort	(siehe Datei Fall)
Entgeltbereich	(siehe Datei Fall)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	(siehe Datei Fall)

Alpha-ID-SE-Version

Die jeweils ab dem 1. Januar eines Jahres gültige Alpha-ID-SE-Version wird über die entsprechende 4-stellige Jahreszahl kodiert.

Orpha-Kennnummer

Es ist die vom behandelnden Krankenhausarzt festgestellte oder anamnestisch bekannte Seltene Erkrankung anhand der Orpha-Kennnummer gemäß dem jeweils gültigen Alpha-ID-SE Katalog anzugeben. Voraussetzung für die Angabe der im Alpha-ID-SE-Katalog enthaltenen Orpha-Kennnummern ist, dass die entsprechende ICD-Kodierung der seltenen Erkrankung gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien als Haupt oder Nebendiagnose zu kodieren ist.

Standortnummer Behandlungsort

In der Datei Seltene_Erkrankungen sind Diagnosen jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V anzugeben. Anzugeben ist der Standort, an dem die Diagnose erstmals gemäß Kodierrichtlinien kodiert werden darf.

Hinweis: Das Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ führt nicht zu einer Ausweitung der Anzahl der übermittelten Diagnosen-Datensätze. Den bestehenden Diagnosen wird lediglich eine zusätzliche Standortinformation hinzugefügt.

Es sind nur die Zeilen zu übermitteln, bei denen eine Orpha-Kennnummer vorhanden ist.

Datei OPS

Prozedurangaben sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen des für den Fall gültigen Entgeltbereichs zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	(siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort	(siehe Datei Fall)
Entgeltbereich	(siehe Datei Fall)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	(siehe Datei Fall)

OPS-Version

Die jeweils ab dem 1. Januar eines Jahres gültige OPS-Version wird über die entsprechende 4-stellige Jahreszahl kodiert.

Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)

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

Zur Reihenfolge der Prozedurenschlüssel für Fälle im KHEntgG-Entgeltbereich siehe DKR.

Lokalisation

Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel

R	rechts
L	links
B	beidseitig

OPS-Datum

Es ist der Beginn der Prozedur anzugeben. Für den Entgeltbereich ‚AOP‘ ist die Angabe des in der Datenübermittlung nach § 301 SGB V verwendeten Prozedurentages (AMBO:PRZ) zu verwenden.

Bei Prozeduren, für die keine Startzeit (HHMM) erfasst ist, kann ‚JJJJMMTT0000‘ angegeben werden.

Belegoperator

Wird die Prozedur durch einen Belegoperator durchgeführt ist ‚J‘ anzugeben.

Beleganästhesist

Wird die Prozedur durch einen Beleganästhesisten durchgeführt ist ‚J‘ anzugeben.

Beleghebamme

Wird die Prozedur durch eine Beleghebamme durchgeführt ist ‚J‘ anzugeben.

Die Angabe ‚J‘ ist nur bei einer Haupt- oder einer Belegabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel ‚2400‘ (Frauenheilkunde und Geburtshilfe) oder ‚2500‘ (Geburtshilfe) möglich.

Standortnummer Behandlungsort

In der Datei OPS sind Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 SGB V anzugeben. Anzugeben sind zu jeder Operation und Prozedur die Standorte, an denen die Leistungserbringung bei der betreffenden Patientin bzw. dem betreffenden Patienten erfolgt ist. Wurde die Leistung kumulativ an mehreren Standorten erbracht (z.B. bei bestimmten Prozedurenschlüsseln mit Mengenangaben oder Komplexcodes), sind alle Standorte, an denen die Leistungserbringung für die Patientin bzw. den Patienten erfolgte, in einer kommaseparierten Aufzählung anzugeben.

Bei AOP-Fällen setzt sich die Standortnummer aus der 6-stelligen Standort-ID („77“ + die vom Standortverzeichnis vergebene 4-stellige Zahl) sowie der Pseudonummer „555“ zusammen (z.B. 770001555). Für das Datenjahr 2026 kann die Standortnummer, wenn möglich, angegeben werden. Ansonsten ist die Standortnummer leer zu übermitteln.

Ab dem Datenjahr 2027 wird für AOP-Fälle immer die aus Standort-ID und Pseudonummer „555“ zusammengesetzte Standortnummer erwartet.

Verbringungsleistungen sind, wenn sie Bestandteil des zu verwendenden OPS-Katalogs sind, vom überweisenden Krankenhaus zu dokumentieren. Wenn die Leistungen in einem anderen Krankenhaus erbracht werden, sind diese Leistungen mit der Standortnummer des anderen Leistungserbringers zu übermitteln (siehe Beispiel 3). Wird die Leistung von einer ambulanten Einrichtung erbracht, so ist in diesem Datenfeld die „künstliche Standortnummer“ ‚774444444‘ anzugeben.

Beispiel 1: Einem Fall werde an Standort 770001000 ein Herzschrittmacher implantiert (OPS 5-377.1 *Schrittmacher, Einkammersystem*). Ferner werde dort eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung begonnen. Die Komplexbehandlung werde nach Verlegung an Standort 770002000 desselben

Krankenhauses fortgesetzt. Final lasse sich daher die Prozedur mit OPS-Schlüssel 8-550.1 kodieren. Für die Implantation des Herzschrittmachers ist nur Standort ‚770001000‘ im Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ anzugeben. Für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung sind beide Standorte kommasepariert anzugeben: ‚770001000, 770002000‘.

Beispiel 2: Ein anderer Fall erhalte an Standort 770001000 eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98f.20). Eine Fortführung der Komplexbehandlung findet nach Verlegung des Falls an Standort 770002000 desselben Krankenhauses nicht statt. Im Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ ist daher nur ‚770001000‘ anzugeben.

Beispiel 3: Ein weiterer Fall, der an dem Standort 770001000 (unter dem IK 260000001) aufgenommen und behandelt wird, erhalte eine Native Magnetresonanztomographie des Beckens (OPS 3-805) **als Verbringungsleistung** an dem Standort 770009000 eines anderen Krankenhauses (IK 260000002). Da die Leistung (MRT) an dem Standort 770009000 erbracht wird, ist im Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ die Standortnummer ‚770009000‘ des Leistungserbringers anzugeben.

Wäre das MRT als Verbringungsleistung ambulant in einer nuklearmedizinischen Praxis erbracht worden, müsste im Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ stattdessen die „künstliche Standortnummer“ ‚774444444‘ angegeben werden.

Hinweis: Das Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ führt nicht zu einer Ausweitung der Anzahl der übermittelten Prozeduren-Datensätze. Den bestehenden Prozeduren wird lediglich eine zusätzliche Standortinformation hinzugefügt.

Datei LEI

Die PIA-Leistungsdokumentation ist für **PIA-Fälle** vorzunehmen. Dabei ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt der entsprechende Leistungsschlüssel zu dokumentieren.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	(siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort	(siehe Datei Fall)
Entgeltbereich	(siehe Datei Fall)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	(siehe Datei Fall)

PIA-Leistungsschlüssel

Angaben gemäß Anlage 1 der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) in der jeweils gültigen Fassung.

- PIA-11A Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
- PIA-11B Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-11C Leistungen von Ärzten, Einzelbehandlung, > 60 Min.
- PIA-14A Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, bis 60 Min.
- PIA-14B Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-14C Leistungen von Ärzten, Kleingruppe, > 90 Min.
- PIA-15A Leistungen von Ärzten, Großgruppe, bis 60 Min.
- PIA-15B Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-15C Leistungen von Ärzten, Großgruppe, > 90 Min.
- PIA-16A Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
- PIA-16B Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-16C Leistungen von Ärzten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.
- PIA-17Z Aufwändige Laboruntersuchungen
- PIA-18Z Aufwändige apparative Diagnostik
- PIA-21A Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
- PIA-21B Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-21C Leistungen von Psychologen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
- PIA-24A Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, bis 60 Min.
- PIA-24B Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-24C Leistungen von Psychologen, Kleingruppe, > 90 Min.
- PIA-25A Leistungen von Psychologen, Großgruppe, bis 60 Min.
- PIA-25B Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-25C Leistungen von Psychologen, Großgruppe, > 90 Min.
- PIA-26A Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
- PIA-26B Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-26C Leistungen von Psychologen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.
- PIA-31A Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
- PIA-31B Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-31C Leistungen von Pflegepersonal, Einzelbehandlung, > 60 Min.
- PIA-34A Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, bis 60 Min.
- PIA-34B Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-34C Leistungen von Pflegepersonal, Kleingruppe, > 90 Min.
- PIA-35A Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, bis 60 Min.
- PIA-35B Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-35C Leistungen von Pflegepersonal, Großgruppe, > 90 Min.
- PIA-36A Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
- PIA-36B Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-36C Leistungen von Pflegepersonal, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.
- PIA-41A Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
- PIA-41B Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-41C Leistungen von Sozialpädagogen, Einzelbehandlung, > 60 Min.
- PIA-44A Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, bis 60 Min.
- PIA-44B Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-44C Leistungen von Sozialpädagogen, Kleingruppe, > 90 Min.
- PIA-45A Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, bis 60 Min.
- PIA-45B Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-45C Leistungen von Sozialpädagogen, Großgruppe, > 90 Min.
- PIA-46A Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
- PIA-46B Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-46C Leistungen von Sozialpädagogen, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.
- PIA-51A Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, bis 20 Min.
- PIA-51B Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-51C Leistungen von Spezialtherapeuten, Einzelbehandlung, > 60 Min.

- PIA-54A Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, bis 60 Min.
- PIA-54B Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-54C Leistungen von Spezialtherapeuten, Kleingruppe, > 90 Min.
- PIA-55A Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, bis 60 Min.
- PIA-55B Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 60 bis 90 Min.
- PIA-55C Leistungen von Spezialtherapeuten, Großgruppe, > 90 Min.
- PIA-56A Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, bis 20 Min.
- PIA-56B Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 20 bis 60 Min.
- PIA-56C Leistungen von Spezialtherapeuten, Fahrzeit bei aufsuchender Behandlung, > 60 Min.
- PIA-60Z Fallbesprechung
- PIA-81Z Medikamentöse Ein- und Umstellung
- PIA-82Z Krisenintervention
- PIA-83Z Psychotherapie
- PIA-86Z Aufsuchende Behandlung ohne Fahrzeit

Ergänzende Zusatzleistungsschlüssel ausschließlich für Institutsambulanzen gem. § 118 Abs. 3 SGB V:

- PIA-91Z Behandlungsbeginn mit Überweisung
- PIA-92Z Behandlungsbeginn als Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung
- PIA-93Z Übergang in die vertragsärztliche Versorgung

PIA-Leistungstag

Es ist der Tag der Leistungserbringung, beim Schlüssel „PIA-17Z“ der Tag der Leistungsbeauftragung, der unter PIA-Leistungsschlüssel dokumentierten Leistung anzugeben.

Datei Modellvorhaben

Die Datei ist für Patienten in Modellvorhaben nach § 64b SGB V für spezifische Leistungen des Modellvorhabens zu übermitteln.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	(siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort	(siehe Datei Fall)
Entgeltbereich	(siehe Datei Fall)
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	(siehe Datei Fall)
Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)	(siehe Datei Fall)
Vertragskennzeichen § 64b-Modellvorhaben	(siehe Datei Fall)

MOD-Leistungsschlüssel

Die MOD-Leistungsschlüssel sind anhand der folgenden Schlüsselausprägungen anzugeben.

stationersetzende ambulante Behandlung (Hometreatment) durch:

SABHTAP0001	Ärzte/Psychologen, bis zu 60 Minuten
SABHTAP0002	Ärzte/Psychologen, bis zu 120 Minuten
SABHTAP0003	Ärzte/Psychologen, bis zu 180 Minuten
SABHTAP0004	Ärzte/Psychologen, mehr als 180 Minuten
SABHTST0001	Spezialtherapeuten, bis zu 60 Minuten
SABHTST0002	Spezialtherapeuten, bis zu 120 Minuten
SABHTST0003	Spezialtherapeuten, bis zu 180 Minuten
SABHTST0004	Spezialtherapeuten, mehr als 180 Minuten
SABHTPF0001	Pflegefachpersonal, bis zu 60 Minuten
SABHTPF0002	Pflegefachpersonal, bis zu 120 Minuten
SABHTPF0003	Pflegefachpersonal, bis zu 180 Minuten
SABHTPF0004	Pflegefachpersonal, mehr als 180 Minuten
SABHTSP0001	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 60 Minuten
SABHTSP0002	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 120 Minuten
SABHTSP0003	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 180 Minuten
SABHTSP0004	sonstiges stationär tätiges Personal, mehr als 180 Minuten

stationersetzende ambulante Behandlung (nicht Hometreatment) durch:

SABAP0001	Ärzte/Psychologen bis zu 30 Minuten
SABAP0002	Ärzte/Psychologen bis zu 60 Minuten
SABAP0003	Ärzte/Psychologen, bis zu 90 Minuten
SABAP0004	Ärzte/Psychologen, bis zu 120 Minuten
SABAP0005	Ärzte/Psychologen, mehr als 120 Minuten
SABST0001	Spezialtherapeuten, bis zu 30 Minuten
SABST0002	Spezialtherapeuten, bis zu 60 Minuten
SABST0003	Spezialtherapeuten, bis zu 90 Minuten
SABST0004	Spezialtherapeuten, bis zu 120 Minuten
SABST0005	Spezialtherapeuten, mehr als 120 Minuten
SABPF0001	Pflegefachpersonal, bis zu 30 Minuten
SABPF0002	Pflegefachpersonal, bis zu 60 Minuten
SABPF0003	Pflegefachpersonal, bis zu 90 Minuten
SABPF0004	Pflegefachpersonal, bis zu 120 Minuten
SABPF0005	Pflegefachpersonal, mehr als 120 Minuten
SABSP0001	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 30 Minuten
SABSP0002	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 60 Minuten
SABSP0003	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 90 Minuten
SABSP0004	sonstiges stationär tätiges Personal, bis zu 120 Minuten
SABSP0005	sonstiges stationär tätiges Personal, mehr als 120 Minuten

Der MOD-Leistungsschlüssel wird in Zusammenarbeit mit dem DRG-Institut gemäß § 5 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 64b Abs. 3 SGB V fortgeschrieben.

MOD-Leistungsdatum

Als MOD-Leistungsdatum muss der Beginn der Leistung mit Angabe von Jahr, Monat, Tag sowie Uhrzeit und Minute (JJJJMMTTHHMM) übermittelt werden.

Datei Entgelte

Alle für den Krankenhausfall im jeweils gültigen Entgeltbereich abgerechneten Entgelte sind mit Angabe ihrer jeweiligen Entgeltart zu übermitteln. Entgelte für Wahlleistungen sind nicht einzubeziehen.

Institutionskennzeichen des Krankenhauses (siehe Datei Krankenhaus)
Entlassender Standort (siehe Datei Fall)

Entgeltbereich

In diesem Feld ist anzugeben, welchem Entgeltbereich (KHEntgG, spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG), BpflV oder PIA) der Behandlungsfall zugeordnet ist; entscheidend ist dabei das für den Fall abgerechnete Entgelt.

Der Entgeltbereich ist wie folgt anzugeben:

DRG Entgelt nach KHEntgG, i.d.R. DRG-Fallpauschale (KHEntgG-Entgeltbereich)
HYB Spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs)
PSY Entgelt nach BpflV für psychiatrische Einrichtungen und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG (BpflV-Entgeltbereich)
PIA Entgelt nach § 120 SGB V für psychiatrische bzw. psychosomatische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V (PIA-Entgeltbereich)

Für Behandlungsfälle des Entgeltbereichs ‚AOP‘ ist in dieser Datei keine Angabe zu machen. Entsprechende Angaben erfolgen in der Datei AOP.

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls (siehe Datei Fall)
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 sowie die Entgeltart ‚00PFLEGE‘ für die Angabe der Tage ohne Berechnung/Behandlung für den Pflegeerlöskatalog anzugeben.

Der „Pseudo-Entgeltschlüssel“ ‚00PFLEGE‘ wird zur Übermittlung der „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ zur Abrechnung der Pflegeerlöse nach dem Pflegeerlöskatalog verwendet.

Entgeltbetrag

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

Bei Entgeltart ‚00PFLEGE‘ ist der Wert ‚0‘ einzutragen.

Abrechnung von

Die Angabe ist für die DRG-, HYB- und PSY-Entgeltbereiche dem § 301-Rechnungssatz (RECH:ENT) zu entnehmen. Für den PIA-Entgeltbereich bleibt das Datenfeld leer.

Abrechnung bis

Die Angabe ist für die DRG-, HYB- und PSY-Entgeltbereiche dem § 301-Rechnungssatz (RECH:ENT) zu entnehmen. Für den PIA-Entgeltbereich bleibt das Datenfeld leer.

Entgeltanzahl

Es ist die in Rechnung gestellte Entgeltanzahl anzugeben. Die Angabe entspricht der im § 301-Rechnungssatz abgegebenen Entgeltanzahl im Segment ENT.

Bei Entgeltart ‚00000000‘ ist die Entgeltanzahl ‚1‘ anzugeben. Der Entgeltbetrag (Rechnungsbetrag) ergibt sich dann als Summe (Entgeltbetrag x Entgeltanzahl) für die Entgeltarten > ‚00000000‘ abzüglich ggf. einer Zuzahlung und eines ggf. berechneten Entgelts für Wahlleistung.

Bei Entgeltart ‚00PFLEGE‘ ist der Wert ‚1‘ einzutragen.

Tage ohne Berechnung/Behandlung

Hier sind die im Rechnungssatz ggf. ausgewiesenen „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ anzugeben. Bei Entgeltart „00000000“ ist zusätzlich die fallbezogene Anzahl der Tage ohne Berechnung/Behandlung oder der Wert ‚0‘ anzugeben. Die Angabe dient in Verbindung mit den Angaben „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ der Verweildauerermittlung des Falls.

Hat sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MD darauf geeinigt, dass ein Krankenhausfall mit einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, sind diese Tage im § 301-Verfahren als „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ anzugeben.

Führt das Ergebnis einer MD-Prüfung dazu, dass die Anzahl der Verweildauertage für die Abrechnung der Pflegeerlöse nach dem Pflegeerlöskatalog von der Verweildauer des Falls abweicht, sind die der ursprünglichen Abrechnung zugrundeliegenden Tage ohne Berechnung/Behandlung bei Entgeltart ‚00PFLEGE‘ anzugeben; die Angabe weicht in dieser Konstellation von der fallbezogenen Angabe der Tage ohne Berechnung/Behandlung bei Entgeltart ‚00000000‘ ab.

Tag der Behandlung

Die Angabe ist für den PIA-Entgeltbereich dem § 301-Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO:ENA) zu entnehmen. Für die DRG-, HYB- und PSY-Entgeltbereiche entfällt die Angabe.

Hinweis zu Neugeborenen

Für Neugeborene, für die ein eigenständiger Falldatensatz angelegt wurde und für die gemäß § 1 Abs. 5 FPV kein eigenständiges Entgelt abgerechnet werden konnte, ist die Entgeltart „00000000“ mit dem Entgeltbetrag „0“ und Entgeltanzahl „1“ für ein fiktives Entgelt und zusätzlich eine Entgeltart „00000000“ mit dem Entgeltbetrag „0“ und einer Entgeltanzahl „1“ für die fiktive Gesamtsumme des Rechnungsbetrages anzugeben.

Hinweis zu Krankenhausfällen aus einem Bundeswehrkrankenhaus, bei denen es sich nicht um zivile Patienten handelt, und zu Krankenhausfällen aus einem Krankenhaus der gesetzlichen Unfallversicherung, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden:

Für diese Fälle sind keine Einträge in der Datei Entgelte zu übermitteln.

Datei AOP

Es sind für alle Fälle des Entgeltbereichs ‚AOP‘ (Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)) die abgerechneten Entgelte mit Angabe ihrer jeweiligen Entgeltart, sowie Rechnungsbeträge, Pauschalen und Einzelvergütung zu übermitteln. Die Angaben sind gemäß dem § 301-Rechnungssatz Ambulante Operation (AMBO) anzugeben.

<u>Institutionskennzeichen des Krankenhauses</u>	<u>(siehe Datei Krankenhaus)</u>
<u>Entlassender Standort</u>	<u>(siehe Datei Fall)</u>
<u>Entgeltbereich</u>	<u>(siehe Datei Fall)</u>
<u>KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls</u>	<u>(siehe Datei Fall)</u>
<u>Institutionskennzeichen der Krankenkasse</u>	<u>(siehe Datei Fall)</u>

Betragsart

In diesem Feld ist anzugeben, ob es sich um ein in Rechnung gestelltes Entgelt, eine Einzelvergütung, einen Rechnungsbetrag oder eine Pauschale handelt.

<u>00xxxxxx</u>	<u>Es ist die in Rechnung gestellte Entgeltart anzugeben. Die Angabe entspricht der abgerechneten Entgeltart im Segment ENA im Rechnungssatz AMBO (EBM- bzw. Zusatz- oder ggf. Höchstwertziffer) des § 301-Rechnungssatzes (AMBO:ENA). Die Entgeltarten sind entsprechend Schlüssel 4 Teil II der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln.</u>
<u>000EZVxx</u>	<u>Sofern eine Einzelvergütung vorliegt, ist diese ebenfalls anzugeben. Als 7. und 8. Stelle ist die Angabe „Einzelvergütung, Erläuterung“ aus dem Segment EZV des § 301-Rechnungssatzes (AMBO:EZV) anzugeben. Zusätzlich ist in diesem Fall das Datenfeld „Einzelvergütung, Texterläuterung“ auszufüllen (siehe unten).</u>
<u>00HONPAU</u>	<u>Anzugeben für die „Honorarsumme (für Pauschale)“ gemäß dem Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:REC).</u>
<u>00PAUSCH</u>	<u>Anzugeben für die „Pauschale“ gemäß dem Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:REC).</u>
<u>00000000</u>	<u>Anzugeben für den insgesamt abgerechneten Rechnungsbetrag gemäß dem Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:REC).</u>

Entgelt-/Rechnungsbetrag

Es ist der in Rechnung gestellte Entgelt-/Rechnungsbetrag (Einzelbetrag) anzugeben. Die Angabe entspricht dem Entgeltbetrag im Segment ENA im § 301-Rechnungssatz (AMBO:ENA) bzw. dem Datenfeld „Einzelvergütung“ des § 301-Rechnungssatzes (AMBO:EZV).

Mit der ‚Betragsart‘ ‚00HONPAU‘ ist die „Honorarsumme (für Pauschale)“ und mit der ‚Entgeltart‘ ‚00PAUSCH‘ die „Pauschale“ gemäß den beiden entsprechenden Datenfeldern im Segment REC im § 301-Rechnungssatz (AMBO:REC) anzugeben.

Zusätzlich ist mit der ‚Entgeltart‘ ‚00000000‘ der für den Fall insgesamt abgerechnete Rechnungsbetrag anzugeben. Der Betrag entspricht dem im § 301-Rechnungssatz (AMBO:REC) abgerechneten Rechnungsbetrag.

Anzahl

Es ist die in Rechnung gestellte Entgeltanzahl anzugeben. Die Angabe entspricht der im § 301-Rechnungssatz übermittelten „Entgeltanzahl“ im Segment ENA im § 301-Rechnungssatz (AMBO:ENA). Bei AOP-Fällen mit Einzelvergütung ist das Datenfeld „Anzahl“ des § 301-Rechnungssatzes (AMBO:EZV) anzugeben.

Bei den Entgeltarten ‚00000000‘, ‚00HONPAU‘ und ‚00PAUSCH‘ ist die Entgeltanzahl ‚1‘ anzugeben.

Tag der Behandlung-

Die Angabe ist dem § 301-Rechnungssatz (AMBO:ENA bzw. AMBO:EZV) zu entnehmen. Bei den Betragsarten „00HONPAU“, „00PAUSCH“ und „00000000“ ist das Feld leer zu übermitteln.

EBM-Version

Die EBM-Version ist im Format JJJJMMTT wie im § 301-Rechnungssatz (AMBO:RZA) anzugeben.

in Honorarsumme für Pauschale enthalten

Gemäß dem entsprechenden Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:ENA): „J“, wenn in Honorarsumme für die Berechnung der Pauschale nach AOP-Vertrag enthalten. Ansonsten ist das Datenfeld leer zu übermitteln.

Doppeluntersuchung

Gemäß dem entsprechenden Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:ENA) bei der Betragsart „00xxxxx“ anzugeben: „J“ bei Doppeluntersuchung. Ansonsten ist das Datenfeld leer zu übermitteln.

Honorarsummenrelevanter Anteil bei Einzelvergütung

Angabe gemäß dem entsprechenden Datenfeld im § 301-Rechnungssatz (AMBO:EZV) bei der Betragsart „000EZVxx“. Ansonsten ist das Datenfeld „leer“ zu übermitteln.

3. Übermittlungsdateien und -formate

Die Daten werden im CSV-Format in verschiedenen physischen Dateien übermittelt.
Als Trennzeichen zwischen Datenfeldern wird das Semikolon verwendet.
Für die Zeichencodierung wird UTF-8 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-Group;Krankenhausinformationssystem;
Softwarelösung;Versionskennung;E-Mail-Adresse2*

<IK>;<Datenerhebung>;<Datum-der-Erstellung>;<E-Mail-Adresse>;<DRG-Group>;
<Krankenhausinformationssystem>;<Softwarelösung>;<Versionskennung>;<E-Mail-Adresse2>

Daten nach § 21 KHEntgG**Krankenhausbezogene Daten**

Krankenhausinformationen

Datei Krankenhaus

IK; Erfassungszeitraum; KH-Name; KH-Art; KH-Träger; Betten-DRG; Intensivbetten-DRG; Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-DRG; Betten-PSY; Intensivbetten-PSY; Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-PSY; Merkmal-Zu-Abschläge; Regionale-Versorgungsverpflichtung; Merkmal-Besondere-Einrichtung; Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<KH-Name>;<KH-Art>;<KH-Träger>;<Betten-DRG>;<Intensivbetten-DRG>;
<Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-DRG>;<Betten-PSY>;<Intensivbetten-PSY>;
<Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-PSY>;<Merkmal-Zu-Abschläge>;
<Regionale-Versorgungsverpflichtung>;<Merkmal-Besondere-Einrichtung>;
<Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB>

Informationen zu Standorten

Datei Standorte

IK; Erfassungszeitraum; Standortnummer; Standortname; Anzahl-Betten-DRG; Anzahl-Intensivbetten-DRG; Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-DRG; Anzahl-Betten-PSY; Anzahl-Intensivbetten-PSY; Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-PSY; Merkmal-Besondere-Einrichtung; Merkmal-Komplexbehandlung-Intensivmedizin; Merkmal-Komplexbehandlung-Kinderintensivmedizin; Merkmal-Komplexbehandlung-Schlaganfall; Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-1>;<Standortname-1>;<Anzahl-Betten-DRG-1>;
<Anzahl-Intensivbetten-DRG-1>;<Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-DRG-1>;<Anzahl-Betten-PSY-1>;
<Anzahl-Intensivbetten-PSY-1>;<Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-PSY-1>;
<Merkmal-Besondere-Einrichtung-1>;<Merkmal-Komplexbehandlung-Intensivmedizin-1>;
<Merkmal-Komplexbehandlung-Kinderintensivmedizin-1>;<Merkmal-Komplexbehandlung-Schlaganfall-1>;
<Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB-1>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-n>;<Standortname-n>;<Anzahl-Betten-DRG-n>;
<Anzahl-Intensivbetten-DRG-n>;<Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-DRG-n>;<Anzahl-Betten-PSY-n>;
<Anzahl-Intensivbetten-PSY-n>;<Anzahl-teilstationärer-Behandlungsplätze-PSY-n>;
<Merkmal-Besondere-Einrichtung-n>;<Merkmal-Komplexbehandlung-Intensivmedizin-n>;
<Merkmal-Komplexbehandlung-Kinderintensivmedizin-n>;<Merkmal-Komplexbehandlung-Schlaganfall-n>;
<Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB-n>

Krankenhausstrukturdaten

Datei Krankenhausstruktur Fachabteilungen

IK; Erfassungszeitraum; Standortnummer; Fachabteilung; Anzahl-aufgestellte-Betten-DRG; Anzahl-aufgestellte-Intensivbetten-DRG; Anzahl-teilstationäre-Behandlungsplätze-DRG; Anzahl-aufgestellte-Betten-PSY; Anzahl-aufgestellte-Intensivbetten-PSY; Anzahl-teilstationäre-Behandlungsplätze-PSY; Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-1>;<Fachabteilung-1>;<Anzahl-aufgestellte-Betten-DRG-1>;
<Anzahl-aufgestellte-Intensivbetten-DRG-1>;<Anzahl-teilstationäre-Behandlungsplätze-DRG-1>;
<Anzahl-aufgestellte-Betten-PSY-1>;<Anzahl-aufgestellte-Intensivbetten-PSY-1>;
<Anzahl-teilstationäre-Behandlungsplätze-PSY-1>;<Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB-1>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-n>;<Fachabteilung-n>;<Anzahl-aufgestellte-Betten-DRG-n>;
<Anzahl-aufgestellte-Intensivbetten-DRG-n>;<Anzahl-teilstationäre-Behandlungsplätze-DRG-n>;
<Anzahl-aufgestellte-Betten-PSY-n>;<Anzahl-aufgestellte-Intensivbetten-PSY-n>;
<Anzahl-teilstationäre-Behandlungsplätze-PSY-n>;<Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB-n>

Datei Krankenhausstruktur Leistungsgruppen

IK; Erfassungszeitraum; Standortnummer; LG-Bezug; Leistungsgruppe; Gültigkeitsbeginn; Gültigkeitsende

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-1>;<LG-Bezug-1>;<Leistungsgruppe-1>;<Gültigkeitsbeginn-1>;<Gültigkeitsende-1>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-n>;<LG-Bezug-n>;<Leistungsgruppe-n>;<Gültigkeitsbeginn-n>;<Gültigkeitsende-n>

Datei Notfallstrukturen

IK; Standortnummer; Notfallstruktur-genehmigt; Verhandlung; Budgetjahr-Verhandlung; Budgetjahr-letzte-genehmigte-Vereinbarung; Notfallstufe; Modul-Schwerverletztenversorgung; Modul-Notfallversorgung-Kinder; Modul-Schlaganfallversorgung-(Stroke-Unit); Modul-Durchblutungsstörungen-am-Herzen-(Chest-Pain-Unit); Modul-Spezialversorgung

<IK>;<Standortnummer-1>;<Notfallstruktur-genehmigt-1>;<Verhandlung-1>;<Budgetjahr-Verhandlung-1>;<Budgetjahr-letzte-Vereinbarung-1>;<Notfallstufe-1>;<Modul-Schwerverletztenversorgung-1>;<Modul-Notfallversorgung-Kinder-1>;<Modul-Schlaganfallversorgung-(Stroke-Unit)-1>;<Modul-Durchblutungsstörungen-am-Herzen-(Chest-Pain-Unit)-1>;<Modul-Spezialversorgung-1>

...

<IK>;<Standortnummer-n>;<Notfallstruktur-genehmigt-n>;<Verhandlung-n>;<Budgetjahr-Verhandlung-n>;<Budgetjahr-letzte-Vereinbarung-n>;<Notfallstufe-n>;<Modul-Schwerverletztenversorgung-n>;<Modul-Notfallversorgung-Kinder-n>;<Modul-Schlaganfallversorgung-(Stroke-Unit)-n>;<Modul-Durchblutungsstörungen-am-Herzen-(Chest-Pain-Unit)-n>;<Modul-Spezialversorgung-n>

Übermittlung von Daten zur Anzahl des ärztlichen Personals

Datei Arztqualifikation Standort

*IK; Erfassungszeitraum; Standortnummer; Merkmal-Beschäftigungsverhältnis; Entgeltbereich;
Merkmal-Facharzt-Weiterbildung; Fachexpertise; Ärztliches-Personal-(insgesamt); Ärztliches-Personal-
(unmittelbare-Patientenversorgung); Belegärzte*

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-1>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-1>;<Entgeltbereich-1>;
<Merkmal-Facharzt-Weiterbildung-1>;<Fachexpertise-1>;<Ärztliches-Personal-(insgesamt)-1>;<Ärztliches-
Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)-1>;<Belegärzte-1>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-n>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-n>;<Entgeltbereich-n>;
<Merkmal-Facharzt-Weiterbildung-n>;<Fachexpertise-n>;<Ärztliches-Personal-(insgesamt)-n>;<Ärztliches-
Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)-n>;<Belegärzte-n>

Datei Arztqualifikation Leistungsgruppen

*IK; Erfassungszeitraum; Standortnummer; Merkmal-Beschäftigungsverhältnis; Entgeltbereich;
LG-Bezug; Leistungsgruppe; Merkmal-Facharzt-Weiterbildung; Facharztbezeichnung; Zusatz-Weiterbildung;
Ärztliches-Personal-(insgesamt); Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung); Belegärzte*

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-1>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-1>;<Entgeltbereich-1>;
<LG-Bezug-1>;<Leistungsgruppe-1>;<Merkmal-Facharzt-Weiterbildung-1>;<Facharztbezeichnung-1>;<Zusatz-
Weiterbildung-1>;<Ärztliches-Personal-(insgesamt)-1>;<Ärztliches-Personal-(unmittelbare-
Patientenversorgung)-1>;<Belegärzte-1>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-n>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-n>;<Entgeltbereich-n>;
<LG-Bezug-n>;<Leistungsgruppe-n>;<Merkmal-Facharzt-Weiterbildung-n>;<Facharztbezeichnung-n>;<Zusatz-
Weiterbildung-n>;<Ärztliches-Personal-(insgesamt)-n>;<Ärztliches-Personal-(unmittelbare-
Patientenversorgung)-n>;<Belegärzte-n>

Datei Arztpersonal

*IK; Erfassungszeitraum; Standortnummer; Merkmal-Beschäftigungsverhältnis; Entgeltbereich; Fachabteilung;
Merkmal-Facharzt-Weiterbildung; Facharztbezeichnung; Zusatz-Weiterbildung; Ärztliches-Personal-
(insgesamt); Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung); Belegärzte*

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-1>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-1>;<Entgeltbereich-1>;
<Fachabteilung-1>;<Merkmal-Facharzt-Weiterbildung-1>;<Facharztbezeichnung-1>;<Zusatz-Weiterbildung-1>;
<Ärztliches-Personal-(insgesamt)-1>;<Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)-1>;<Belegärzte-1>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<Standortnummer-n>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-n>;<Entgeltbereich-n>;
<Fachabteilung-n>;<Merkmal-Facharzt-Weiterbildung-n>;<Facharztbezeichnung-n>;<Zusatz-Weiterbildung-n>;
<Ärztliches-Personal-(insgesamt)-n>;<Ärztliches-Personal-(unmittelbare-Patientenversorgung)-n>;<Belegärzte-n>

Übermittlung von Daten zur Anzahl der Pflegekräfte

Datei Pflegepersonal

*IK; Standortnummer; Merkmal-Bettenführend; Merkmal-Beschäftigungsverhältnis; Entgeltbereich; Fachabteilung;
Pflegesensitiver-Bereich; Merkmal-Teilstationäre-Behandlung; Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(alle);
Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(alle); Krankenpflegehelfer/-innen-(alle); Altenpfleger/-innen-
(alle); Altenpflegehelfer/-innen-(alle); Akademischer-Pflegeabschluss-(alle); Medizinische-Fachangestellte-
(alle); Zahnmedizinische-Fachangestellte-(alle); Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(alle); Notfallsanitäter/-
innen-und-Rettungsassistent/-innen-(alle); Pflegeassistenten/-innen-(alle); Sozialassistenten/-innen-(alle); Sonstige-
Berufe-(alle); Ohne-Berufsabschluss-(alle); PflegepersonalGesamt-(alle); Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-
(Pflege-am-Bett); Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett); Krankenpflegehelfer/-innen-
(Pflege-am-Bett); Altenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett); Altenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett); Akademischer-
Pflegeabschluss-(Pflege-am-Bett); Medizinische-Fachangestellte-(Pflege-am-Bett); Zahnmedizinische-
Fachangestellte-(Pflege-am-Bett); Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(Pflege-am-Bett); Notfallsanitäter/-
innen-und-Rettungsassistent/-innen-(Pflege-am-Bett); Pflegeassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett);
Sozialassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett); Sonstige-Berufe-(Pflege-am-Bett); Ohne-Berufsabschluss-(Pflege-am-
Bett); PflegepersonalGesamt-(Pflege-am-Bett); Auszubildende; Hebammen-und-Entbindungspfleger-(Kreißaal);
Hebammen-und-Entbindungspfleger-(bettenführende-Stationen); Hebammen-und-Entbindungspfleger-(insge-
samt); Beleghebammen-(Kreißaal); Beleghebammen-(bettenführende-Stationen); Beleghebammen-(insgesamt)*

<IK>;<Standortnummer-1>;<Merkmal-Bettenführend-1>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-1>;<Entgeltbereich-1>;<Fachabteilung-1>;<Pflugesensitiver-Bereich-1>;<Merkmal-Teilstationäre-Behandlung-1>;<Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(alle)-1>;<Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(alle)-1>;<Krankenpflegehelfer/-innen-(alle)-1>;<Altenpfleger/-innen-(alle)-1>;<Altenpflegehelfer/-innen-(alle)-1>;<Akademischer-Pflegeabschluss-(alle)-1>;<Medizinische-Fachangestellte-(alle)-1>;<Zahnmedizinische-Fachangestellte-(alle)-1>;<Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(alle)-1>;<Notfallsanitäter/-innen-und-Rettungsassistent/-innen-(alle)-1>;<Pflegeassistenten/-innen-(alle)-1>;<Sozialassistenten/-innen-(alle)-1>;<Sonstige-Berufe-(alle)-1>;<Ohne-Berufsabschluss-(alle)-1>;<PflegepersonalGesamt-(alle)-1>;<Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Krankenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Altenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Altenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Akademischer-Pflegeabschluss-(Pflege-am-Bett)-1>;<Medizinische-Fachangestellte-(Pflege-am-Bett)-1>;<Zahnmedizinische-Fachangestellte-(Pflege-am-Bett)-1>;<Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Notfallsanitäter/-innen-und-Rettungsassistent/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Pflegeassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Sozialassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)-1>;<Sonstige-Berufe-(Pflege-am-Bett)-1>;<Ohne-Berufsabschluss-(Pflege-am-Bett)-1>;<PflegepersonalGesamt-(Pflege-am-Bett)-1>;<Auszubildende-1>;<Hebammen-und-Entbindungspfleger-(Kreißaal)-1>;<Hebammen-und-Entbindungspfleger-(bettenführende-Stationen)-1>;<Hebammen-und-Entbindungspfleger-(insgesamt)-1>;<Beleghebammen-(Kreißaal)-1>;<Beleghebammen-(bettenführende-Stationen)-1>;<Beleghebammen-(insgesamt)-1>

...

<IK>;<Standortnummer-n>;<Merkmal-Bettenführend-n>;<Merkmal-Beschäftigungsverhältnis-n>;<Entgeltbereich-n>;<Fachabteilung-n>;<Pflugesensitiver-Bereich-n>;<Merkmal-Teilstationäre-Behandlung-n>;<Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(alle)-n>;<Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(alle)-1>;<Krankenpflegehelfer/-innen-(alle)-n>;<Altenpfleger/-innen-(alle)-n>;<Altenpflegehelfer/-innen-(alle)-n>;<Akademischer-Pflegeabschluss-(alle)-n>;<Medizinische-Fachangestellte-(alle)-n>;<Zahnmedizinische-Fachangestellte-(alle)-n>;<Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(alle)-n>;<Notfallsanitäter/-innen-und-Rettungsassistent/-innen-(alle)-n>;<Pflegeassistenten/-innen-(alle)-n>;<Sozialassistenten/-innen-(alle)-n>;<Sonstige-Berufe-(alle)-n>;<Ohne-Berufsabschluss-(alle)-n>;<PflegepersonalGesamt-(alle)-n>;<Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Krankenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Altenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Altenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Akademischer-Pflegeabschluss-(Pflege-am-Bett)-n>;<Medizinische-Fachangestellte-(Pflege-am-Bett)-n>;<Zahnmedizinische-Fachangestellte-(Pflege-am-Bett)-n>;<Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Notfallsanitäter/-innen-und-Rettungsassistent/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Pflegeassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Sozialassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)-n>;<Sonstige-Berufe-(Pflege-am-Bett)-n>;<Ohne-Berufsabschluss-(Pflege-am-Bett)-n>;<PflegepersonalGesamt-(Pflege-am-Bett)-n>;<Auszubildende-n>;<Hebammen-und-Entbindungspfleger-(Kreißaal)-n>;<Hebammen-und-Entbindungspfleger-(bettenführende-Stationen)-n>;<Hebammen-und-Entbindungspfleger-(insgesamt)-n>;<Beleghebammen-(Kreißaal)-n>;<Beleghebammen-(bettenführende-Stationen)-n>;<Beleghebammen-(insgesamt)-n>

*Übermittlung von Daten für fusionierte Krankenhäuser durch das führende Krankenhaus
(nur zu übermitteln, wenn vorhanden)*

Datei Fusionen

IK;Erfassungszeitraum;IKF;Falldaten-von;Falldaten-bis

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<IKF-1>;<Falldaten-von>;<Falldaten-bis>

...

<IK>;<Erfassungszeitraum>;<IKF-n>;<Falldaten-von>;<Falldaten-bis>

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

Datei Ausbildung

IK;Ausbildungsstätte;Ausbildungsstätten-Typ;Ausbildungsplätze-insgesamt;Ausbildungsplätze-des-KH;
Ausbildungsplätze-für-andere-KH;Ausbildende;Auszubildende-im-eigenen-KH;Azubis-J1;Azubis-J2;Azubis-J3;
Auszubildende-an-anderen-KH;Ausbildungsvergütungen;Personalkosten-je-VK;Kosten-Unterricht;
Kosten-praktische-Ausbildung;Sachaufwand-Ausbildungsstätte;Gemeinkosten-Ausbildungsstätte;
Vereinbarte-Gesamtkosten-Ausbildungsstätte

<IK>;<Ausbildungsstätte-1>;<Ausbildungsstätten-Typ>;<Ausbildungsplätze-insgesamt>;<Ausbildungsplätze-des-KH>;<Ausbildungsplätze-für-andere-KH>;<Ausbildende>;<Auszubildende-im-eigenen-KH>;<Azubis-J1>;<Azubis-J2>;<Azubis-J3>;<Auszubildende-an-anderen-KH>;<Ausbildungsvergütungen>;<Personalkosten-je-VK>;<Kosten-Unterricht>;<Kosten-praktische-Ausbildung>;<Sachaufwand-Ausbildungsstätte>;<Gemeinkosten-Ausbildungsstätte>;<Vereinbarte-Gesamtkosten-Ausbildungsstätte>

...

<IK>;<Ausbildungsstätte-n>;<Ausbildungsstätten-Typ>;<Ausbildungsplätze-insgesamt>;<Ausbildungsplätze-des-KH>;<Ausbildungsplätze-für-andere-KH>;<Ausbildende>;<Auszubildende-im-eigenen-KH>;<Azubis-J1>;<Azubis-J2>;<Azubis-J3>;<Auszubildende-an-anderen-KH>;<Ausbildungsvergütungen>;<Personalkosten-je-VK>;<Kosten-Unterricht>;<Kosten-praktische-Ausbildung>;<Sachaufwand-Ausbildungsstätte>;<Gemeinkosten-Ausbildungsstätte>;<Vereinbarte-Gesamtkosten-Ausbildungsstätte>

Abrechnungsdaten

Datei Abrechnung

IK;DRG-Fälle-vereinbart;DRG-Fälle-abgerechnet;Bewertungsrelationen-vereinbart;
Bewertungsrelationen-abgerechnet;Erlösausgleich-§4-Abs-3;Pflegerlösbudget-vereinbarte-Summe;
Pflegerlösbudget-abgerechnete-Summe;Ausgleichsbetrag-gem-§6a-Abs-2-KHEntgG;
Ausgleichsbetrag-gem.-§-6b-Absatz-5-Satz-1-KHEntgG;Fälle-in-sektorenübergreifenden-Versorgungseinrichtungen-vereinbart;
Fälle-in-sektorenübergreifenden-Versorgungseinrichtungen-abgerechnet;
Ausgleichsbetrag-gem.-§-6c-Absatz-5-Satz-1-KHEntgG;Vorhaltebewertungsrelationen-vereinbart;
Vorhaltebewertungsrelationen-abgerechnet

<IK>;<DRG-Fälle-vereinbart>;<DRG-Fälle-abgerechnet>;<Bewertungsrelationen-vereinbart>;<Bewertungsrelationen-abgerechnet>;<Erlösausgleich-§4-Abs-3>;<Pflegerlösbudget-vereinbarte-Summe>;<Pflegerlösbudget-abgerechnete-Summe>;<Ausgleichsbetrag-gem-§6a-Abs-2-KHEntgG>;<Ausgleichsbetrag-gem.-§-6b-Absatz-5-Satz-1-KHEntgG>;<Fälle-in-sektorenübergreifenden-Versorgungseinrichtungen-vereinbart>;<Fälle-in-sektorenübergreifenden-Versorgungseinrichtungen-abgerechnet>;<Ausgleichsbetrag-gem.-§-6c-Absatz-5-Satz-1-KHEntgG>;<Vorhaltebewertungsrelationen-vereinbart>;<Vorhaltebewertungsrelationen-abgerechnet>

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

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;Versicherten-ID;Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben;IK-der-Krankenkasse;Geburtsjahr;Geburtsmonat;Geschlecht;PLZ;Wohnort;Aufnahmedatum;Aufnahmeanlass;Aufnahmegrund;Fallzusammenführung;Fallzusammenführungsgrund;Aufnahmegewicht;Entlassungsdatum;Entlassungsgrund;Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag;Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag;Patientennummer;Interkurrente-Dialysen;Beatmungsstunden;Behandlungsbeginn-vorstationär;Behandlungstage-vorstationär;Behandlungsende-nachstationär;Behandlungstage-nachstationär;IK-Verlegungs-KH;Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich;Beurlaubungstage-PSY;Kennung-Besonderer-Fall-Modellvorhaben;Verweildauer-Intensiv;LG-Bezug;Leistungsgruppe

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<Versicherten-ID>;<Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben>;<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;<Geschlecht>;<PLZ>;<Wohnort>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;<Fallzusammenführung>;<Fallzusammenführungsgrund>;<Aufnahmegewicht>;<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Patientennummer>;<Interkurrente-Dialysen>;<Beatmungsstunden>;<Behandlungsbeginn-vorstationär>;<Behandlungstage-vorstationär>;<Behandlungsende-nachstationär>;<Behandlungstage-nachstationär>;<IK-Verlegungs-KH>;<Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich>;<Beurlaubungstage-PSY>;<Kennung-Besonderer-Fall-Modellvorhaben>;<Verweildauer-Intensiv>;<LG-Bezug>;<Leistungsgruppe>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<Versicherten-ID>;<Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben>;<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;<Geschlecht>;<PLZ>;<Wohnort>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;<Fallzusammenführung>;<Fallzusammenführungsgrund>;<Aufnahmegewicht>;<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Patientennummer>;<Interkurrente-Dialysen>;<Beatmungsstunden>;<Behandlungsbeginn-vorstationär>;<Behandlungstage-vorstationär>;<Behandlungsende-nachstationär>;<Behandlungstage-nachstationär>;<IK-Verlegungs-KH>;<Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich>;<Beurlaubungstage-PSY>;<Kennung-Besonderer-Fall-Modellvorhaben>;<Verweildauer-Intensiv>;<LG-Bezug>;<Leistungsgruppe>

Fallbezogene Fachabteilungsangaben**Datei FAB**

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;Standortnummer-Behandlungsort;Fachabteilung;FAB-Aufnahmedatum;FAB-Entlassungsdatum;KennungIntensivbett;Beatmungsstunden

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<Standortnummer-Behandlungsort-1>;<Fachabteilung-1>;<FAB-Aufnahmedatum>;<FAB-Entlassungsdatum>;<KennungIntensivbett>;<Beatmungsstunden>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<Standortnummer-Behandlungsort-n>;<Fachabteilung-n>;<FAB-Aufnahmedatum>;<FAB-Entlassungsdatum>;<KennungIntensivbett>;<Beatmungsstunden>

*Fallbezogene Diagnosenangaben***Datei ICD**

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;Diagnoseart;ICD-Version;ICD-Kode; Lokalisation;Diagnosensicherheit;Sekundär-Kode;Lokalisation-2;Diagnosensicherheit-2;Standortnummer-Behandlungsort

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<Diagnoseart>;
<ICD-Version>;<ICD-Kode-1>;<Lokalisation>;<Diagnosensicherheit>;<Sekundär-Kode-1>;<Lokalisation2>;
<Diagnosensicherheit2>;<Standortnummer-Behandlungsort>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<Diagnoseart>;
<ICD-Version>;<ICD-Kode-n>;<Lokalisation>;<Diagnosensicherheit>;<Sekundär-Kode-n>;<Lokalisation2>;
<Diagnosensicherheit2>;<Standortnummer-Behandlungsort>

Datei Seltene Erkrankungen

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;Alpha-ID-SE-Version;Orpha-Kennnummer;Standortnummer-Behandlungsort

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<Alpha-ID-SE-Version>;
<Orpha-Kennnummer-1>;<Standortnummer-Behandlungsort>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<Alpha-ID-SE-Version>;
<Orpha-Kennnummer-n>;<Standortnummer-Behandlungsort>

*Fallbezogene Prozedurenangaben***Datei OPS**

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;OPS-Version;OPS-Kode;Lokalisation; OPS-Datum;Belegoperator;Beleganästhesist;Beleghebamme;Standortnummer-Behandlungsort

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-1>;<Lokalisation>;<OPS-Datum>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>;<Standortnummer-Behandlungsort>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-n>;
<Lokalisation>;<OPS-Datum>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>;<Standortnummer-Behandlungsort>

*PIA-Leistungsdokumentation***Datei LEI**

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;PIA-Leistungsschlüssel;PIA-Leistungstag

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<PIA-Leistungsschlüssel-1>;
<PIA-Leistungstag>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<PIA-Leistungsschlüssel-n>;
<PIA-Leistungstag>

Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Datei Modellvorhaben

IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;Versicherten-ID;Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben;MOD-Leistungsschlüssel;MOD-Leistungsdatum

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<Versicherten-ID>;
<Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben>;<MOD-Leistungsschlüssel-1>;<MOD-Leistungsdatum>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<Versicherten-ID>;
<Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben>;<MOD-Leistungsschlüssel-n>;<MOD-Leistungsdatum>

Entgeltdaten des Behandlungsfalls

Insgesamt abgerechnete Entgelte des Behandlungsfalls

Datei Entgelte

*IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;IK-Krankenkasse;Entgeltart;Entgeltbetrag;
Abrechnung-von;Abrechnung-bis;Entgeltanzahl;Tage-ohne-Berechnung-Behandlung;Tag-der-Behandlung*

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<IK-Krankenkasse>;
<Entgeltart-1>;<Entgeltbetrag>;<Abrechnung-von>;<Abrechnung-bis>;<Entgeltanzahl>;<Tage-ohne-Berechnung-
Behandlung>;<Tag-der-Behandlung>

..

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<IK-Krankenkasse>;
<Entgeltart-n>;<Entgeltbetrag>;<Abrechnung-von>;<Abrechnung-bis>;<Entgeltanzahl>;<Tage-ohne-Berechnung-
Behandlung>;<Tag-der-Behandlung>

Datei AOP

*IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;IK-Krankenkasse;
Betragsart;Entgelt-Rechnungsbetrag;Anzahl;Tag-der-Behandlung;EBM-Version;
in-Honorarsumme-für-Pauschale-enthalten;Doppeluntersuchung;
Honorarsummenrelevanter-Anteil-bei-Einzelvergütung*

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<IK-Krankenkasse>;
<Betragsart-1>;<Entgelt-Rechnungsbetrag>;<Anzahl>;<Tag-der-Behandlung>;<EBM-Version>;
<in-Honorarsumme-für-Pauschale-enthalten>;<Doppeluntersuchung>;
<Honorarsummenrelevanter-Anteil-bei-Einzelvergütung>

..

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<IK-Krankenkasse>;
<Betragsart-n>;<Entgelt-Rechnungsbetrag>;<Anzahl>;<Tag-der-Behandlung>;<EBM-Version>;
<in-Honorarsumme-für-Pauschale-enthalten>;<Doppeluntersuchung>;
<Honorarsummenrelevanter-Anteil-bei-Einzelvergütung>

4. Übermittlungshinweise

Medien

Die Daten werden aus Datenschutzgründen über das InEK-Datenportal an die Datenstelle übermittelt. Dazu ist eine einmalige Anmeldung im [InEK-Datenportal](#) erforderlich. Details dazu entnehmen Sie bitte der Internetseite des InEK im Bereich „[InEK Datenportal](#)“ und dem zugehörigen [Handbuch](#). Eine Übertragung auf physischem Datenträger ist nicht vorgesehen.

Sicherheit

Die Daten sind bei der Übermittlung mit dem bereitgestellten InEK-Schlüssel zu verschlüsseln. Als Verschlüsselungsverfahren wird PGP (Pretty Good Privacy) eingesetzt. Bei Verwendung des [InEK DatenDienst](#) erfolgt die Verschlüsselung der Daten automatisch.

Korrekturverfahren

Müssen bereits übermittelte Daten korrigiert werden, ist die Datengruppe erneut vollständig zu übermitteln. Die erneute Lieferung einer Datengruppe ersetzt die Daten der entsprechenden Datengruppe der vorangegangenen Lieferung. Die Übermittlungsdateien sind wie folgt in Datengruppen geordnet (siehe auch: [InEK Fehlerverfahren](#)):

Datengruppe „Krankenhauskopf“	Dateien „Info“, „Krankenhaus“
Datengruppe „Fusionen“	Datei „Fusionen“
Datengruppe „Ausbildung“	Datei „Ausbildung“
Datengruppe „Pflegepersonal“	Datei „Pflegepersonal“
Datengruppe „Arztpersonal“	Dateien „Arztqualifikation_Leistungsgruppen“, „Arztqualifikation_Standort“, „Arztpersonal“, „Standorte“*, „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“*, „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“* * Diese drei Dateien sind ausschließlich für die Quartalslieferungen (§ 21 Abs. 7 KHEntgG) Bestandteil der Datengruppe „Arztpersonal“. Für die ganzjährige Übermittlung (§ 21 Abs. 1 KHEntgG) sind die drei Dateien kein Bestandteil dieser Datengruppe, da diese bereits mit der Datengruppe „Falldaten“ übermittelt werden.
Datengruppe „Falldaten“	Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“, „LEI“, „Entgelte“, „Standorte“, „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“, „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“, „Seltene_Erkrankungen“, „Notfallstrukturen“ „AOP“
Datengruppe „Modellvorhaben“	Datei „Modellvorhaben“
Datengruppe „Abrechnung“	Datei „Abrechnung“
Datengruppe „Kostenmodul“	Datei „Kostenmodul“
Datengruppe „Kosten“	Datei „Kosten“
Datengruppe „Ausbildungskosten“	Datei „Ausbildungskosten“

Rückmeldungen an das Krankenhaus

Für jede über das InEK-Datenportal eingegangene Datenlieferung wird dort eine Antwort bereitgestellt. Der Absender erhält darüber eine Benachrichtigung per E-Mail.

Nachrichtliche Ergänzung (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)**Kalkulationsdaten****K1 Daten und Formate**Verfahrensinformationen: siehe Datei **Info**Krankenhausinformationen: siehe Dateien **Krankenhaus** und ggf. **Fusionen****Krankenhausbezogene Daten:****Leistungsdaten der Kostenmodule (wiederholbar):**

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9 (siehe Datei Krankenhaus)
Kostenmodul-Kostenstellengruppe	M	an..2
Kostenmodul-Kostenartengruppe	M	an..2
Leistungsart(en)	M	an..50

Kostendaten des Behandlungsfalls (wiederholbar):

		Angabe erfolgt nur, wenn Kostenwert ≠ 0	
Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9 (siehe Datei Krankenhaus)	
Entlassender Standort	M	n9	
Entgeltbereich	M	an3	
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Kostenmodul-Kostenstellengruppe	M	an..2	
Kostenmodul-Kostenartengruppe	M	an..2	
Kostenwert	M	n..10	99999999,99
Pflegetag	M	an8	JJJJMMTT

Hinweis zu „Pflegetag“:

Für einen vollstationären Behandlungsfall im KHEntgG-Entgeltbereich (vollstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle, Begleitpersonen) wird im Datenfeld „Pflegetag“ das jeweilige Aufnahmedatum angegeben.

Für einen teilstationären Fall oder eine tagesgleich abrechnende besondere Einrichtung im KHEntgG-Entgeltbereich sowie für vollstationäre und teilstationäre Fälle im BPfIV-Entgeltbereich (PSY) wird als „Pflegetag“ jeweils das Datum der Leistungserbringung angegeben.

Ausbildungskosten (wiederholbar):

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	n9	(siehe Datei Krankenhaus)
Ausbildungsstätte	M	an3	(siehe Datei Ausbildung)
Ausbildungsstättentyp_Kalk	M	a1	A B C
Finanzierungstatbestand	M	an3	
Kostenwert	M	n..10	99999999,99

K2 Übermittlungsdateien und -formate

Verfahrensinformationen: siehe Datei **Info**

Krankenhausinformationen: siehe Dateien **Krankenhaus** und ggf. **Fusionen**

Kalkulationsverfahren und Leistungsarten der Kostenmodule

Datei: Kostenmodul

IK; Kostenstellengruppe; Kostenartengruppe; Leistungsart

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

...

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

Kostendaten des Behandlungsfalls

Datei: Kosten

IK; Entlassender-Standort; Entgeltbereich; KH-internes-Kennzeichen; Kostenstellengruppe; Kostenartengruppe; Kostenwert; Pflage-tag

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;<Kostenstellengruppe-1>;<Kostenartengruppe-1>;<Kostenwert>;<Pflage-tag>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;<Kostenstellengruppe-n>;<Kostenartengruppe-n>;<Kostenwert>;<Pflage-tag>

Kostendaten der Ausbildungsstätten

Datei: Ausbildungskosten

IK; Ausbildungsstätte; Ausbildungsstättentyp_Kalk; Finanzierungstatbestand; Kostenwert

<IK>;<Ausbildungsstätte>;<Ausbildungsstättentyp_Kalk>;<Finanzierungstatbestand-1>;<Kostenwert>

...

<IK>;<Ausbildungsstätte>;<Ausbildungsstättentyp_Kalk>;<Finanzierungstatbestand-n>;<Kostenwert>

Hinweis für Ausbildungsstätten, die an der Kalkulation Ausbildungskosten teilnehmen:

Die Kalkulation der Ausbildungskosten wird aus Sicht der Ausbildungsstätte durchgeführt. Ausbildungsstätten, die nicht mit einem Krankenhaus verbunden sind (Ausbildungsstättentyp_Kalk = „C“) müssen beim InEK für die Datenlieferung eine Pseudo-IK anfordern. Die Datei Ausbildung ist dann ebenfalls mit den entsprechenden Daten unter der Pseudo-IK an die Datenstelle zu übermitteln.

K3 Kodeliste und Hinweise

Datei Info siehe oben

Datei Kostenmodul siehe Handbuch zur Kalkulation von Behandlungskosten

Kostenartengruppe

- | | |
|----|---|
| 1 | Personalkosten ärztlicher Dienst |
| 2 | Personalkosten Pflege-/Erziehungsdienst
<i>KHEntgG-Entgeltbereich: nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 1, 2, 3, 11,
BPfIV-Entgeltbereich: nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26</i> |
| 3 | Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst |
| 3a | Personalkosten Psychologen
<i>KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig,
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenstellengruppe 7, 8, 9, 10, 11</i> |
| 3b | Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial-/Heilpädagogen
<i>KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenstellengruppe 7, 8, 9, 10, 11</i> |
| 3c | Personalkosten Spezialtherapeuten |

- KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig*
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenstellengruppe 7, 8, 9, 10, 11
- 4a Sachkosten Arzneimittel
 4b Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)
 5 Sachkosten Implantate/Transplantate
KHEntgG-Entgeltbereich: nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11)
BPfIV-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
- 6a Sachkosten übriger med. Bedarf
 6b Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Ist-Verbrauch)
 6c Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen
 7 Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur
 8 Personal- und Sachkosten nicht-med. Infrastruktur
reserviert für nicht kalkulationsrelevante Kosten:
 10 nicht kalkulationsrelevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10

Kostenstellengruppe

- 1 Normalstation
KHEntgG-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
BPfIV-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
- 2 Intensivstation
BPfIV-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
- 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 Kreißaal
KHEntgG-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5
BPfIV-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
- 7 Kardiologische Diagnostik/Therapie
KHEntgG-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 3a, 3b, 3c
- 8 Endoskopische Diagnostik/Therapie
KHEntgG-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 3a, 3b, 3c
- 9 Radiologie
KHEntgG-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 3a, 3b, 3c
- 10 Laboratorien
KHEntgG-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 3a, 3b, 3c
- 11 Diagnostische Bereiche
 12 Therapeutische Verfahren
 13 Patientenaufnahme
 21 Station Regelbehandlung
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
- 22 Station Intensivbehandlung
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
- 23 Psychotherapie
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
- 24 Physikalische Therapie
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
- 25 Ergotherapie
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
- 26 Andere Therapie
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
- 27 Stationsäquivalente Behandlung
KHEntgG-Entgeltbereich: Angabe nicht zulässig
BPfIV-Entgeltbereich: nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5
- nicht kalkulationsrelevante Kosten:
 99 nicht kalkulationsrelevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10

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 Kreißaal
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)

Nur BPfIV-Entgeltbereich:

GPT	gewichtete Pflegetage
LZ	Leistungszeit

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

Finanzierungstatbestand

101	Schulleitung
102	Hauptamtliche Lehrkräfte
200	Kosten des nebenberuflichen Lehrpersonals
301	Praktische Anleitung durch Praxisanleiter/-innen
302	Kosten der Qualifikation von Praxisanleiter/-innen
303	Kosten der Auszubildenden während der Praxiseinsätze
401	Lehr- und Arbeitsmaterialien, Lernmittel
402	Reisekosten und Gebühren im Zusammenhang mit Dienstreisen, Studienfahrten, Seminaren, Arbeitstagungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
403	Büro- und Schulbedarf
404	Kosten für Kommunikation und Zahlungsverkehr
405	EDV- und Organisationsaufwand
406	Prüfungen und Klausuren
407	Raum- und Geschäftsausstattung
408	Personalbeschaffungskosten
409	Beratungs-, Abschluss- und Prüfungskosten; Qualitätssicherung, Evaluation, Zertifizierung
410	Sonstiger Sachaufwand
501	Aufwendungen für Personal mit administrativen Aufgaben
502	Personalaufwendungen für technische und sonstige zentrale Dienste
600	Betriebskosten des Schulgebäudes und sonstige Gemeinkosten