

Fehlerverfahren

für die Datenübermittlung gemäß § 21 KHEntgG

30. Januar 2026

Inhaltsverzeichnis

1	Kapitel 1: Übersicht	5
1.1	Wie ist das Fehlerverfahren aufgebaut?	6
1.2	Einstufung der Fehler aus der Datenprüfung.....	8
1.3	Auswirkungen der Fehler	8
1.4	Was sind Datengruppen?.....	9
2	Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung.....	11
2.1	Initiallieferung.....	11
2.2	Korrekturlieferung	11
2.3	Reihenfolge der Datenlieferungen.....	12
2.4	Namensgebung der Dateien	12
2.5	Übersicht der übermittlungspflichtigen Dateien	14
2.6	Wie funktionieren Korrekturlieferungen?	16
2.7	Besondere Regelung Kostendatenlieferung	17
3	Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung	19
3.1	Wie sind die Daten zu übermitteln und zu verschlüsseln?	19
3.2	Wie können die Daten komprimiert werden?	19
3.3	Das Programm „InEK DatenDienst“	20
4	Kapitel 4: Vorprüfung	21
5	Kapitel 5: Formatprüfung	22
6	Kapitel 6: Datenprüfung.....	23
6.1	Aufbau der Prüftabellen für die Feldprüfungen	23
6.2	Meldungen der Feldprüfung	25
6.3	Allgemeine Hinweise.....	25

6.4	Besondere Hinweise	25
6.4.1	Datei „Krankenhaus“	25
6.4.2	Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)	26
6.4.3	Fachabteilungsschlüssel bei Beleghebamme	26
6.4.4	Institutionskennzeichen der Krankenkasse	27
6.4.5	Entlassender Standort	27
6.4.6	Entgeltbereiche „DRG“ und „PSY“.....	27
6.4.7	Entgeltbereich „PIA“	27
6.4.8	Vorstationär behandelte Fälle	28
6.4.9	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V	28
6.4.10	Diagnosenprüfung	28
6.4.11	Prozedurenprüfung	29
6.4.12	Datei „Seltene_Erkrankungen“	30
6.4.13	Fachabteilungsprüfung	30
6.4.14	Datenfeld „Beatmungsstunden“ in der Datei „FAB“	32
6.4.15	Datenfeld „Pflegetag“ in der Datei „Kosten“.....	32
6.4.16	Datei „Ausbildung“	32
6.4.17	Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“	34
6.4.18	Datei „Entgelte“: Übermittlung PKV-Fälle (Beihilfeversicherung)	35
6.4.19	Datei „Entgelte“: Entgeltart „00PFLEGE“	35
6.4.20	Pseudo-Entgeltarten für Sonderfallkonstellationen	36
6.4.21	Datei „Pflegepersonal“	36
6.4.22	Dateien „Arztpersonal“, „Arztqualifikation_Leistungsgruppen“ und „Arztqualifikation_Standort“	39
6.4.23	Datei „Standorte“	40
6.4.24	Datei „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“	40
6.4.25	Datei „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“	41
6.4.26	Datei „Notfallstrukturen“	41
6.4.27	Angabe der Leistungsgruppe in den Dateien Fall, Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen und Arztqualifikation_Leistungsgruppen	42
6.5	Datenübermittlung Entgeltbereich PIA	43
6.6	Datenübermittlung Modellvorhaben.....	49

Kontaktinformationen der Datenstelle:

InEK GmbH
- Datenstelle -
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Telefonnummer: **02241-9382-38**

Faxnummer: **02241-9382-36**

Verwenden Sie für Anfragen (auch Supportanfragen) an die Datenstelle bitte ausschließlich die E-Mail-Adresse: **Anfragen@datenstelle.de**

Geben Sie bei Anfragen am besten im Betreff Ihr Institutionskennzeichen (IK) und ggf. die Jobnummer (falls vorhanden) für eine bessere Zuordnung und schnellere Bearbeitung Ihrer Anfrage an.

Adresse für Datenlieferungen:

Die DropBox für Datenlieferungen erreicht man über das InEK DatenPortal

<https://daten.inek.org> oder über <https://www.g-drg.de/inek-datenportal>

Mit dem [InEK DatenDienst](#) können Datenlieferungen für den Versand erzeugt oder per DropBox versendet werden.

1 Kapitel 1: Übersicht

Das Fehlerverfahren ist ein zentraler Bestandteil im Prozess der Annahme der Daten nach § 21 KHEntgG bei der Datenstelle. Mit diesem Dokument werden das Fehlerverfahren und wichtige Aspekte des Datenannahmeverfahrens für die Transparenz und Nachvollziehbarkeit detailliert beschrieben.

Folgende Konstellationen können sich bei der Datenübermittlung ergeben:

- Datenlieferung § 21 KHEntgG
- Datenlieferung Kalkulation (Dateien § 21 KHEntgG + Kostendaten Entgeltbereich DRG und/oder PSY)
- Zusatzlieferungen an die Datenstelle: Ergänzende Datenabfrage zu medizinischen Besonderheiten für Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung

Die Daten des Behandlungsfalls werden eindeutig einem Entgeltbereich zugeordnet. Entscheidend ist dabei das für den Fall abgerechnete Entgelt. Entgeltbereich „DRG“ für Entgelt nach KHEntgG i.d.R. DRG-Fallpauschale, Entgeltbereich „PSY“ für Entgelt nach BPfIV für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 1 KHG bzw. Entgeltbereich „PIA“ für psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V. Darüber hinaus sind Fälle für den Entgeltbereich „HYB“ gemäß § 115f SGB V zu übermitteln. Gemäß § 135d Absatz 3 SGB V haben die Bundeswehrkrankenhäuser Fälle, bei denen es sich nicht um Zivilpatienten handelt, zu übermitteln. Diese werden unter dem Entgeltbereich ‚BWD‘ übermittelt; sofern die Fälle der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären unter dem Entgeltbereich ‚BWH‘. Außerdem haben die Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherungen gemäß § 135d Absatz 3 SGB V Fälle, bei denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden, zu übermitteln. Diese werden unter dem Entgeltbereich ‚BGD‘ übermittelt; sofern die Fälle der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) zuzuordnen wären unter dem Entgeltbereich ‚BGH‘. Das Datenfeld enthält verfahrenssteuernde Informationen und ist mit entsprechender Sorgfalt zu füllen.

1.1 Wie ist das Fehlerverfahren aufgebaut?

Das Fehlerverfahren für die Daten nach § 21 KHEntgG ist modular aufgebaut. Die Daten werden von drei hintereinander liegenden Modulen geprüft:

1. Modul: Allgemeine Prüfung der Datenlieferung = **Vorprüfung**

Diese Prüfung befasst sich mit der Zusammensetzung der Datenlieferung, dem Verschlüsselungsverfahren, der Zuordnung des Absenders etc.



2. Modul: Formale Prüfung der Daten = **Formatprüfung**

In diesem Modul werden die Datenformate, die Anzahl der Felder und die Datentypen geprüft. Darüber hinaus wird geprüft, ob sich die Daten der einzelnen Dateien eindeutig zusammenführen lassen.



3. Modul: Inhaltliche Prüfung der Daten = **Datenprüfung**

Die Datenprüfung setzt auf den zusammengeführten Daten auf. Dabei werden sowohl Einzelfelder geprüft als auch feldübergreifende Prüfungen (Abhängigkeitsprüfungen) durchgeführt.

Das Fehlerverfahren beinhaltet bis auf wenige Ausnahmen keine medizinisch-inhaltlichen Prüfungen, wie beispielsweise eine Prüfung auf Konformität mit den Kodierrichtlinien.

Fehler in der Vorprüfung und Formatprüfung führen zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung, da sie so gravierend sind, dass die Daten nicht korrekt eingelesen werden können. Das Krankenhaus erhält eine Rückmeldung von der Datenstelle mit dem Nachrichtentext über die Abweisung der kompletten Datenlieferung. Die Daten der betroffenen Datenlieferung gelten als nicht geliefert.
Das Krankenhaus muss in diesem Fall die Datenlieferung wiederholen.

Wird in der Datei „Fall“ bzw. Datei „Kosten“ jeder einzelne Datensatz durch das Fehlerverfahren abgewiesen, gilt die komplette Datenlieferung als abgewiesen.

Das Krankenhaus erhält zu jeder bei der Datenstelle eingegangenen Datenlieferung eine Bestätigungs-E-Mail. Für jede verarbeitete Datenlieferung wird darüber hinaus von der Datenstelle eine Antwort-E-Mail versendet und ein Importprotokoll im Datenportal unter „Dokumente“ bereitgestellt.

Im Importprotokoll sind

- a.) bei fehlerfreier Übermittlung die Anzahl der fehlerfreien Fälle aufgeführt
oder
- b.) bei Hinweisen und Fehlern in der Datenlieferung die Fallzahl sowie alle Meldungen aufgeführt.

In Konsequenz dieser Rückmeldung sind ggf. Teile der Datenlieferung zu wiederholen. Um die sanktionsbehafteten Fristen der Datenlieferung einhalten zu können, ist vom Krankenhaus der **erfolgreiche Dateneingang bei ausbleibender/m Antwort-E-Mail/Importprotokoll** nach spätestens 5 Werktagen zu überprüfen. Hierzu kann die Datenstelle (anfragen@datenstelle.de) kontaktiert werden.

Um der Datenstelle bei Problemen die Möglichkeit zu geben, schneller mit einem Krankenhaus Kontakt aufzunehmen, sind jeder E-Mail, die an die Datenstelle gerichtet wird, die entsprechenden Kontaktdaten beizufügen (Ansprechpartner, Telefonnummer, Institutionskennzeichen, Jobnummer).

Eine Antwort-E-Mail ist nicht automatisch als Quittung für eine erfolgreiche Verarbeitung der Daten anzusehen, da z.B. auch die Übermittlung von unverschlüsselten Daten eine Antwort-E-Mail mit dem Hinweis auf einen erfolglosen Übermittlungsversuch erzeugt.

Das Krankenhaus hat den **Inhalt der Antwort-E-Mail sowie das Importprotokoll** mit Blick auf die Bestätigung einer **erfolgreichen Verarbeitung der Datenlieferung** zu überprüfen (Importprotokoll mit Anzahl der angenommenen Fälle). Gegebenenfalls ist zeitnah eine erneute Datenlieferung zu Korrekturzwecken vorzunehmen.

Nach Abschluss des Datenannahmeverfahrens wird zum Jahresende jedem Krankenhaus zusätzlich eine Aufstellung über die Datenlieferung zugesandt (§ 1 Absatz 3 Vereinbarung nach § 21 KHEntgG).

Das InEK behält sich vor, bei einer auffälligen Häufung von Hinweismeldungen gezielte Rückfragen an das übermittelnde Krankenhaus zu stellen.

1.2 Einstufung der Fehler aus der Datenprüfung

Das Fehlerverfahren unterscheidet zwischen Fehlern und Hinweisen. Bei Fehlern werden die betroffenen Datensätze – ggf. sogar die ganze Datenlieferung – abgewiesen. Bei Hinweisen werden die Daten regulär übernommen, dem Absender aber ein Hinweis auf eine festgestellte Auffälligkeit oder einen möglichen Fehler mitgeteilt. Aufgrund der Hinweismeldungen kann das Krankenhaus seine Daten dann gezielt überprüfen und ggf. eine Korrekturlieferung an die Datenstelle übermitteln.

1.3 Auswirkungen der Fehler

Datengruppe	Fehler in Datei	Folge des Fehlers
Krankenhauskopf	Info	Abweisung der gesamten Datenlieferung
	Krankenhaus	Abweisung der gesamten Datenlieferung
Fusionen	Fusionen	Abweisung der Datei Fusionen
Ausbildung	Ausbildung	Abweisung der betroffenen Zeile
Falldaten	Fall	Abweisung des betroffenen Falls mit allen zugehörigen Datensätzen in den Dateien Fall, FAB, ICD, Seltene_Erkrankungen, OPS, Entgelte, LEI
	FAB	
	ICD	
	Seltene_Erkrankungen	
	OPS	
	Entgelte	
	LEI	
	Krankenhausstruktur_Fachabteilungen	Abweisung der betroffenen Zeile
	Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen	Abweisung der betroffenen Zeile
	Notfallstrukturen	Abweisung der betroffenen Zeile
	Standorte	Abweisung der betroffenen Zeile

Abrechnung	Abrechnung	Abweisung der Datei Abrechnung
Kostenmodul	Kostenmodul	Abweisung der betroffenen Zeile
Kosten	Kosten	Abweisung des betroffenen Falls in Datei Kosten
Modellvorhaben	Modellvorhaben	Abweisung des betroffenen Falls in Datei Modellvorhaben
Pflegepersonal	Pflegepersonal	Abweisung der betroffenen Zeile
Arztpersonal	Arztpersonal	Abweisung der betroffenen Zeile
	Arztqualifikation_Leistungsgruppen	Abweisung der betroffenen Zeile
	Arztqualifikation_Standort	Abweisung der betroffenen Zeile
	Krankenhausstruktur_Fachabteilungen*	Abweisung der betroffenen Zeile
	Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen*	Abweisung der betroffenen Zeile
	Standorte*	Abweisung der betroffenen Zeile

* 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 der Datengruppe „Arztpersonal“, da diese bereits mit der Datengruppe „Falldaten“ übermittelt werden.

Ein Fehler wirkt sich innerhalb seiner Datengruppe aus. Die einzige Ausnahme davon bilden die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“, die über den Datengruppen stehen. Ein Fehler in diesen Dateien führt zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung, da die Informationen in diesen Dateien für die Steuerung des Verfahrens eine zentrale Rolle spielen. Die gelieferten Daten gelten im Fall der fehlerhaft gefüllten Datengruppe **Krankenhauskopf als nicht übermittelt**.

1.4 Was sind Datengruppen?

Die Zusammensetzung der Datengruppen geht aus obiger Tabelle hervor. Die Trennung in die Datengruppen ergibt sich aus dem inhaltlichen Kontext der Übermittlungsdateien oder den Besonderheiten des Verfahrens. Zum Beispiel wird die Datengruppe „Kosten“ nicht zusammen mit der Datengruppe „Falldaten“ geführt, obwohl in beiden Datengruppen fallbezogene Daten enthalten sind. Die Trennung in Datengruppen ermöglicht die unabhängige Lieferung der Kostendaten im Rahmen des

Korrekturverfahrens. Grundsätzlich ist eine Datengruppe, die aus mehreren Dateien besteht, immer komplett zu übermitteln.

2 Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung

Die Datenerhebung umfasst alle entlassenen Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Datenlieferungsarten lassen sich folgendermaßen unterteilen:

2.1 Initiallieferung

Alle Daten einer Datenerhebung werden zusammen in einer Lieferung übermittelt. Dies gilt auch für Kalkulationskrankenhäuser.

Folgende Ausprägungen sind möglich:

1. Krankenhäuser ohne Kalkulationsvereinbarung liefern die Datengruppen Krankenhauskopf, Fusionen, Ausbildung, Falldaten, Abrechnung, Pflegepersonal und Arztpersonal
2. Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung liefern die Datengruppen Krankenhauskopf, Fusionen, Ausbildung, Falldaten, Abrechnung, Pflegepersonal, Arztpersonal, Kostenmodul (optional) und Kosten (optional)

Die unter 2.5. gekennzeichneten Kostendateien müssen nur von Krankenhäusern mit einer entsprechenden Kalkulationsvereinbarung oder von verpflichteten Krankenhäusern gemäß der Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation übermittelt werden. Sie dürfen in der Initiallieferung entfallen und erst im Rahmen einer späteren Korrekturlieferung nachgeliefert werden.

2.2 Korrekturlieferung

Eine Korrekturlieferung umfasst mindestens die Datengruppe Krankenhauskopf sowie beliebige weitere Datengruppen. Die im Rahmen einer Korrektur übermittelten Datengruppen ersetzen die Daten der entsprechenden Datengruppen aus einer früheren Lieferung vollständig.

Ausnahme bei Falldaten: Für den Entgeltbereich „PIA“ gilt die folgende Besonderheit: Die Falldaten für den Entgeltbereich „PIA“ können bei Bedarf separat, d.h. unabhängig von den Falldaten der anderen Entgeltbereiche, geliefert werden. Wenn eine Datenlieferung ausschließlich Fälle mit dem Entgeltbereich „PIA“ enthält, werden durch diese Lieferung nur die „PIA“-Falldaten ersetzt, ohne dass ggf. schon vorhandene Falldaten aus den anderen Entgeltbereichen gelöscht werden. Analog werden bei einer Datenlieferung, die keine Falldaten mit dem Entgeltbereich „PIA“ enthält, ggf. vorhandene „PIA“-Falldaten nicht gelöscht. Beachten Sie, dass diese

Sonderregel **ausschließlich** für den Entgeltbereich „PIA“ gilt.

Eine separate Lieferung der Datengruppe Falldaten für die Entgeltbereiche „PSY“, „DRG“, „BGD“, „BGH“, „BWD“, „BWH“ und „HYB“ ist NICHT möglich.

Werden zunächst nur die Daten für einen Entgeltbereich übermittelt, müssen die Daten für den fehlenden Entgeltbereich über Korrekturlieferungen mit den Daten für alle Entgeltbereiche nachgeliefert werden.

2.3 Reihenfolge der Datenlieferungen

Die Datenübermittlung startet grundsätzlich mit einer Initiallieferung. Dabei wird die erste Lieferung, die alle Gruppen entsprechend den obigen Ausprägungen umfasst und die nicht vollständig abgewiesen wird, automatisch zur Initiallieferung. Eine besondere Kennzeichnung, z.B. in der Datei „Info“, ist nicht erforderlich. Alle späteren Lieferungen gelten als Korrekturlieferungen.

2.4 Namensgebung der Dateien

Zur Vereinfachung des Verfahrens für alle Beteiligten müssen die Dateien wie folgt benannt werden:

- INFO.CSV
- KRANKENHAUS.CSV
- FUSIONEN.CSV
- AUSBILDUNG.CSV
- FALL.CSV
- FAB.CSV
- ICD.CSV
- SELTENE_ERKRANKUNGEN.CSV
- OPS.CSV
- ENTGELTE.CSV
- LEI.CSV
- KRANKENHAUSSTRUKTUR_FACHABTEILUNGEN.CSV
- KRANKENHAUSSTRUKTUR_LEISTUNGSGRUPPEN.CSV
- NOTFALLSTRUKTUREN.CSV
- STANDORTE.CSV
- KOSTENMODUL.CSV
- KOSTEN.CSV
- ABRECHNUNG.CSV
- MODELLVORHABEN.CSV
- PFLEGEPERSONAL.CSV

-
- ARZTQUALIFIKATION_LEISTUNGSGRUPPEN.CSV
 - ARZTQUALIFIKATION_STANDORT.CSV
 - ARZTPERSONAL.CSV

2.5 Übersicht der übermittlungspflichtigen Dateien

Datenübermittlung	alle KH	vertraglich vereinbarte zusätzliche Kostendaten (DRG+PSY)
INFO.CSV	x	
KRANKENHAUS.CSV	x	
AUSBILDUNG.CSV ²	(x)	
FALL.CSV ^{11,12}	x	
FAB.CSV	x	
ICD.CSV	x	
SELTENE_ERKRANKUNGEN.CSV ⁹	x	
OPS.CSV	x	
ENTGELTE.CSV	x	
LEI.CSV ⁶	(x)	
STANDORTE.CSV ⁸	x	
KRANKENHAUSSTRUKTUR_FACHABTEILUNGEN.CSV	x	
KRANKENHAUSSTRUKTUR_LEISTUNGSGRUPPEN.CSV ¹³	(x)	
NOTFALLSTRUKTUREN.CSV ¹⁴	(x)	
KOSTENMODUL.CSV		x
KOSTEN.CSV		x
ABRECHNUNG.CSV ^{3,4}	(x)	
FUSIONEN.CSV ¹	(x)	
MODELVORHABEN.CSV ⁵	(x)	
PFLEGEPERSONAL.CSV ⁷	x	
ARZTQUALIFIKATION_STANDORT.CSV ¹⁰	(x)	
ARZTQUALIFIKATION_LEISTUNGSGRUPPEN.CSV ¹⁰	(x)	
ARZTPERSONAL.CSV ¹⁰	(x)	

Abbildung: Übersicht der übermittlungspflichtigen Dateien: „x“ von allen Krankenhäusern zu liefern, „(x)“: von Krankenhäusern zu liefern, sofern vorhanden bzw. Lieferpflicht besteht

1 Hinweis zur Datei Fusionen: Die Datei „Fusionen“ muss nur von Krankenhäusern mitgeliefert werden, die **unterjährig** im Datenjahr fusioniert sind.

2 Hinweis zur Datei Ausbildung: Die Datei „Ausbildung“ ist von den Krankenhäusern zu übermitteln, auf die die Merkmale gemäß Datensatzbeschreibung zutreffen (Krankenhäuser, die ausbilden).

3 Hinweis zu besonderen Einrichtungen gemäß § 17b Absatz 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.

4 Hinweis zu Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 1 KHG: Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei „Abrechnung“, wenn das Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Absatz 1 KHG genannten Einrichtungen erbringt. Im Übrigen werden in der Datei die DRG-Daten des Krankenhauses sowie Daten zum Pflegeerlösbudget des Krankenhauses für die Behandlungsfälle übermittelt, die dem Entgeltbereich des KHEntgG unterliegen.

5 Hinweis zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V: Die Datei „Modellvorhaben“ ist für Patienten in Modellvorhaben nach § 64b SGB V für spezifische therapeutische Leistungen des Modellvorhabens zu übermitteln.

6 Hinweis für psychiatrische Institutsambulanzen (PIA): Die Datei „LEI“ ist verpflichtend nach den Vorgaben der PIA-Doku-Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zu übermitteln.

7 Hinweis zur Datei Pflegepersonal: Die Datei „Pflegepersonal“ ist von allen Krankenhäusern zu liefern, und damit auch von Krankenhäusern, die ausschließlich Leistungen in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d KHG erbringen. Die Datei ist auch von psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanzen (PIA) zu übermitteln.

8 Hinweis für Datei Standorte: Die Datei „Standorte“ ist von allen Krankenhäusern mit stationärer Leistungserbringung sowie rein psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanzen zu übermitteln.

9 Hinweis für Datei Seltene Erkrankungen: Die Datei „Seltene_Erkrankungen“ ist von allen Krankenhäusern mit stationärer Leistungserbringung zu übermitteln. Wurden keine seltenen Erkrankungen behandelt, ist die Datei leer (ausschließlich mit Kopfzeile) zu übermitteln.

10 Hinweis für Dateien Arztqualifikation Leistungsgruppen, Arztqualifikation Standort und Arztpersonal: Diese Dateien sind von allen Krankenhäusern mit stationärer Leistungserbringung im Entgeltbereich „DRG“, „HYB“, „BGD“, „BGH“, „BWD“ und „BWH“ zu übermitteln.

11 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.

12 Hinweis zu Fällen in Hybrid-DRGs: Fälle in Hybrid-DRGs sind Teil der Datenlieferung nach § 21 KHEntG. Fälle, der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) sind in den Datenfeldern „Entgeltbereich“ mit ‚HYB‘ zu kennzeichnen. 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. Als Entgeltbereich wird für BG-Fälle in Hybrid-DRGs ‚BGH‘ und für Soldaten in Hybrid-DRGs ‚BWH‘ angegeben.

13 Hinweis für Datei Krankenhausstruktur Leistungsgruppen: Diese Datei ist von allen Krankenhäusern mit stationärer Leistungserbringung im Entgeltbereich ‚DRG‘, ‚HYB‘, ‚BGD‘, ‚BGH‘, ‚BWD‘ und ‚BWH‘ zu übermitteln.

14 Hinweis für Datei Notfallstrukturen: Für Standorte, die ausschließlich über Abteilungen verfügen, die die Kriterien nach § 17d Abs. 1 KHG erfüllen und auf denen keine Fälle aus den Entgeltbereichen ‚DRG‘, ‚HYB‘, ‚BGD‘, ‚BGH‘, ‚BWD‘ und ‚BWH‘ versorgt werden, ist die Übermittlung der Datei Notfallstrukturen im Rahmen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntG nicht vorzunehmen.

2.6 Wie funktionieren Korrekturlieferungen?

Eine Korrekturlieferung ersetzt einzelne Datengruppen vollständig. Sie ist nur zulässig, wenn zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine vollständige Lieferung zumindest für einen Entgeltbereich (Initiallieferung) erfolgt ist. Korrekturlieferungen werden in der Reihenfolge des Eingangs verarbeitet. Um versehentliche Änderungen der Reihenfolge aufgrund unterschiedlicher Laufzeiten während des Versands über das Internet zu vermeiden, sollte eine Korrekturlieferung erst mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 30 Minuten nach einer vorhergehenden Lieferung erfolgen. Optimal erfolgt eine Korrekturlieferung erst, wenn durch die Datenstelle eine Empfangsbestätigung der vorhergehenden Lieferung erfolgt ist.

Grundsätzlich werden bei Korrekturlieferungen die bestehenden Daten aller gelieferten Datengruppen gelöscht und die neu gelieferten Daten eingelesen.

Achtung: Obwohl die Kostendaten (im Rahmen einer Korrekturlieferung) unabhängig von den Falldaten übermittelt werden können, müssen die Fallnummern (KH-internes-Kennzeichen) in den Datengruppen Falldaten und Kostendaten übereinstimmen. Ein Krankenhausfall in der Datei „Fall“ muss in der gleichen Datenlieferung auch in den Dateien „FAB“, „ICD“ und „Entgelte“ vorhanden sein. In den Dateien „OPS“ und „Seltene_Erkrankungen“ muss ein Fall nicht zwingend enthalten sein, da Krankenhausfälle ohne dokumentierte Prozeduren bzw. Orpha-Kennnummern möglich sind. Ausnahmen gelten für vorstationäre Fälle und Begleitpersonen.

Die Datengruppe „Falldaten“ ist so definiert, dass ein Fehler in einer Datei dazu führt, dass der Fall (KH-internes-Kennzeichen) in allen Dateien der Datengruppe entfernt wird, d.h. aus allen Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „Seltene_Erkrankungen“, „OPS“, „Entgelte“ und „LEI“ **nicht übernommen** wird.

Die fallbezogenen Kostendaten werden in einer eigenen Datengruppe „Kosten“ geliefert. Die fallbezogenen Kostendaten können somit getrennt von der Datengruppe „Falldaten“ übermittelt werden. Ein Fehler in der Datei „Kosten“ führt zur Abweisung aller Datensätze der Datei „Kosten“ mit der gleichen Fallnummer (KH-internes-Kennzeichen), hat aber keine Auswirkung auf den gleichen Fall in der Datengruppe „Falldaten“.

Bei jeder Lieferung müssen die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“ übermittelt werden.

2.7 Besondere Regelung Kostendatenlieferung

Kalkulationshäuser, die Kostendaten sowohl für den Entgeltbereich DRG als auch für den Entgeltbereich PSY übermitteln, dürfen bei Bedarf die Kostendaten für die beiden Entgeltbereiche auch getrennt voneinander übermitteln. Hierzu werden normale Korrekturlieferungen mit einer speziellen Kennung im Feld „Datenerhebung“ in der Datei Info.csv verwendet. Die folgenden Kennzeichnungen sind möglich:

- Wenn eine Korrekturlieferung in dem Feld „Datenerhebung“ den Wert gemäß Ziffer 2 der Fortschreibung zum Basisdokument enthält z.B. „JJJJ.DRG“ enthält (JJJJ = Jahr der Datenerhebung), dürfen in der Datei Kosten.csv nur

Kosten für die Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“ geliefert werden. Im Rahmen einer solchen Korrekturlieferung werden alle Kostendaten für die Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“ gelöscht und durch die neu gelieferten Kostendaten ersetzt. Alle zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Kostendaten für den Entgeltbereich „PSY“ bleiben unverändert erhalten.

- Wenn eine Korrekturlieferung in dem Feld „Datenerhebung“ den Wert gemäß Ziffer 2 der Fortschreibung zum Basisdokument enthält z.B. „JJJJ.PSY“ enthält (JJJJ = Jahr der Datenerhebung), dürfen in der Datei Kosten.csv nur Kosten für den Entgeltbereich „PSY“ geliefert werden. Im Rahmen einer solchen Korrekturlieferung werden alle Kostendaten für den Entgeltbereich „PSY“ gelöscht und durch die neu gelieferten Kostendaten ersetzt. Alle zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Kostendaten für die Entgeltbereiche „DRG“ und „HYB“ bleiben unverändert erhalten.

Beachten Sie bitte, dass die besondere Kennzeichnung im Feld Datenerhebung nur für die Datei Kosten.csv gilt. Für alle anderen Dateien ist eine getrennte Lieferung von Fällen mit den Entgeltbereichen „DRG“/„HYB“ und „PSY“ nicht möglich.

3 Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung

3.1 Wie sind die Daten zu übermitteln und zu verschlüsseln?

Die Daten werden aus Datenschutzgründen über das InEK Datenportal an die Datenstelle übermittelt. Dazu ist eine einmalige Anmeldung im InEK Datenportal (<https://daten.inek.org/>) erforderlich. Details dazu entnehmen Sie bitte der Internetseite des InEK im Bereich „InEK Datenportal“ und dem zugehörigen Handbuch (<https://daten.inek.org/manual/InEK-Datenportal.pdf>). Die Übermittlung der Daten nach § 21 KHEntgG erfolgt auf elektronischem Wege entweder per DropBox-Verfahren oder über den „InEK-DatenDienst“. Das DropBox-Verfahren und der „InEK DatenDienst“ können für beliebig große Datenmengen genutzt werden. Eine Lieferung per E-Mail ist aus Datenschutzgründen nicht möglich.

Die Daten sind bei der Übermittlung mit dem bereitgestellten InEK-Schlüssel zu verschlüsseln. Als Verschlüsselungsverfahren wird PGP (Pretty Good Privacy) eingesetzt. Unverschlüsselte Daten nach § 21 KHEntgG dürfen von der Datenstelle nicht verarbeitet werden und werden abgewiesen. Der Datenabsender wird hierüber per E-Mail informiert. Die Datenlieferung gilt in diesem Fall als nicht geliefert und ist vom Krankenhaus erneut verschlüsselt zu übermitteln. Datenlieferungen, die sowohl verschlüsselt als auch unverschlüsselt übermittelt werden, führen zu einer Komplettabweisung.

Für die Verschlüsselung kann das vom InEK bereitgestellte Werkzeug „[InEK DatenDienst](#)“, welches eine entsprechende Verschlüsselungskomponente enthält, genutzt werden. Alternativ kann die Datenlieferung auch unter Verwendung des öffentlichen Schlüssels der Datenstelle verschlüsselt werden, indem der Schlüssel zusammen mit einem geeigneten Verschlüsselungsprogramm verwendet wird. Hierzu geeignete OpenSource Programme sind z.B. Gpg4win (<https://www.gpg4win.de/>) oder OpenPGP (<https://www.openpgp.org/>). Der öffentliche Schlüssel der Datenstelle steht auf der Homepage des InEK (<http://www.g-drg.de>) unter der Rubrik „[Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG](#)“ zur Verfügung.

Einheitliches Verfahren für die Datenübermittlung ist das Format UTF-8.

3.2 Wie können die Daten komprimiert werden?

Bei Nutzung des „InEK DatenDienst“, werden die Daten vor der Übertragung automatisch komprimiert. Andernfalls besteht die Möglichkeit, die Daten vor der Übermittlung zu komprimieren. Unterstützt werden die Komprimierungsverfahren ZIP

und RAR. Für die Verarbeitung können die Dateien einzeln oder gemeinsam komprimiert werden. Die Reihenfolge von Komprimierung und Verschlüsselung kann individuell erfolgen.

Als besonders praktikabel hat sich erwiesen, alle Dateien gemeinsam in ein ZIP- oder RAR-Archiv zu komprimieren und dieses anschließend zu verschlüsseln.

3.3 Das Programm „InEK DatenDienst“

Das InEK stellt zur Unterstützung bei der Erzeugung und dem Versand von Datenlieferungen das Programm „InEK DatenDienst“ zur Verfügung. Der „InEK DatenDienst“ enthält Funktionen zum Prüfen, Komprimieren, Verschlüsseln und Versenden von Datenlieferungen. Außerdem enthält der „InEK DatenDienst“ Editoren, mit dem die Dateien „Info.csv“ und „Krankenhaus.csv“ komfortabel bearbeitet werden können. Weitere Informationen können dem zugehörigen [Handbuch](#) entnommen werden.

Detaillierte Informationen zur Datenlieferung, zum DropBox-Verfahren und zum „InEK DatenDienst“ stehen auf der Homepage des InEK (<http://www.g-drg.de>) zur Verfügung.

4 Kapitel 4: Vorprüfung

Der eigentlichen Datenprüfung ist eine Vorprüfung vorgeschaltet, mit der festgestellt wird, ob die Datenlieferung überhaupt für eine Verarbeitung geeignet ist.

- Ist die empfangene Datenlieferung eine Datenlieferung nach § 21 KHEntG?
- Ist die Datenlieferung korrekt verschlüsselt?
- Ist das absendende Krankenhaus bekannt?
- Sind die Kontaktdaten plausibel?
- Können die Dateien eindeutig zugeordnet werden?
- Entspricht die Zusammensetzung der Datenlieferung einer zugelassenen Konstellation?

Fehler in der Vorprüfung führen im Regelfall zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung. In Zweifelsfällen nimmt die Datenstelle zunächst direkten Kontakt mit dem Krankenhaus auf.

Sofern sich bei der Vorprüfung oben beschriebene Auffälligkeiten ergeben, erfolgt eine Benachrichtigung des Datenabsenders per E-Mail. Sofern die Datei „Info“ lesbar ist und eine plausible E-Mail-Adresse enthält, wird eine entsprechende Benachrichtigung an diese Adresse und an die Absenderadresse der Datenlieferung geschickt. Zusätzlich erhält die Adresse im Feld E-Mail-Adresse2 der Datei „Info“ eine Benachrichtigung.

Das Krankenhaus erhält nach durchgeföhrter Datenlieferung in jedem Fall (auch bei fehlerfreier Vorprüfung) eine Antwort-E-Mail durch die Datenstelle.

5 Kapitel 5: Formatprüfung

Die Dateien werden analysiert und die Datenformate überprüft. Dies erfolgt über die Kopfzeilen und die Anzahl der Felder innerhalb der einzelnen Dateien. Die Datensätze werden eingelesen und zu den einzelnen Datengruppen, z. B. zur Datengruppe „Falldaten“, zusammengestellt.

Kann eine Zuordnung nicht erfolgen, z. B. durch fehlerhafte Fallnummern in den ICD-Daten, wird dies als Formatfehler ausgegeben.

Darüber hinaus führen doppelte Fälle in der Datei „Fall“ zu einem Formatfehler, da die Zuordnung der ICD-/OPS-/FAB- und Entgeltdaten sowie die Angabe zu einer fallbezogenen seltenen Erkrankung dann nicht mehr eindeutig möglich ist.

Beim Einlesen wird die Feldanzahl jeder Zeile geprüft. Eine Unterschreitung bzw. Überschreitung der vorgegebenen Feldanzahl wird als Fehler bewertet.

Ein Fehler in der Formatprüfung führt zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung.

6 Kapitel 6: Datenprüfung

Nach erfolgreich durchlaufener Vorprüfung und Formatprüfung werden die Dateien der Datenlieferung dem eigentlichen Fehlerverfahren, der Datenprüfung, unterzogen. Der Aufbau orientiert sich an den einzelnen Datengruppen der Daten nach § 21 KHEntgG.

6.1 Aufbau der Prüftabellen für die Feldprüfungen

In den Prüftabellen zu den Datengruppen in diesem Kapitel sind die Feldprüfungen definiert. Abhängigkeitsprüfungen (feldübergreifende Prüfungen) sind jeweils im Anschluss an die Prüftabellen unter dem Punkt „Sonderprüfungen“ ausgewiesen.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
Muss/Kann/bedingtes Muss	Muss-Felder dürfen nicht leer sein. Kann-Felder dürfen leer sein. Bedingte Muss-Felder müssen unter bestimmten Bedingungen befüllt werden.
Typ	Der angegebene Wert muss dem Typ (AN=Alphanumerisch, NUM=Zahl, Date8=JJJJMMTT, Date12=JJJJMMTTHHMM) entsprechen. Eine explizite Prüfung auf den Typ AN erfolgt nicht.
Werteliste	Der angegebene Wert muss in einer Werteliste enthalten sein. Hinweise zu den Wertelisten befinden sich im Abschnitt „Kodeliste und Hinweise“ der Vereinbarung nach § 21 KHEntgG
Länge-Min	Minimale Länge der Zeichenfolge in diesem Feld. Bei Kann-Feldern wird die Mindestlänge nur bei gefülltem Feld geprüft.
Länge-Max	Maximale Länge der Zeichenfolge in diesem Feld. Bei Kann-Feldern wird die Maximallänge nur bei gefüllten Feldern geprüft.
Anz Komma Min	Angabe der Nachkommastellen, die bei numerischen Feldern mindestens angegeben sein müssen. Dezimaltrennzeichen ist ausschließlich das Komma.
Anz Komma Max	Angabe der Nachkommastellen, die bei numerischen Feldern maximal angegeben sein können. Dezimaltrennzeichen ist ausschließlich das Komma.
Wert Min	Minimaler Wert bei numerischen Feldern. Der angegebene Wert muss größer/gleich diesem Wert sein. Bei Kann-Feldern wird der Mindestwert nur bei gefüllten Feldern geprüft.
Wert Max	Maximaler Wert bei numerischen Feldern. Der angegebene Wert muss kleiner/gleich diesem Wert sein. Bei Kann-Feldern wird der Maximalwert nur bei gefüllten Feldern geprüft.
Auto Cut	Ist dieses Feld mit einem „X“ belegt, werden Angaben in den betroffenen Feldern automatisch auf die maximale Länge (Länge Max) abgeschnitten.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
Kategorie	Klassifizierung der Feldprüfungen zum Feld. Fehler führen zu Abweisungen, Hinweise nur zu Mitteilungen im Importprotokoll. Nicht betroffen von dieser Kategorisierung ist die Spalte „Auto Cut“. Ein Auto Cut führt nie zu einem Fehler und damit auch nie zu einer Abweisung.

6.2 Meldungen der Feldprüfung

Die Meldungen im Importprotokoll, die durch die Feldprüfungen erzeugt werden, sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

Fehler	Text
F0001	Feld muss angegeben werden
F0002	Fehlerhafter Datumswert
F0003	Fehlerhafter numerischer Wert
F0004	Wert nicht in Werteliste
F0005	Mindestlänge unterschritten
F0006	Maximallänge überschritten
F0007	Mindestanzahl Nachkommastellen unterschritten
F0008	Maximale Anzahl Nachkommastellen überschritten
F0009	Mindestwert unterschritten
F0010	Maximalwert überschritten
F0011	Die Angabe von Dezimalstellen ist ungültig

6.3 Allgemeine Hinweise

Die Spalte „Softwarelösung“ muss in der Datei „Info“ enthalten sein und kann, außer für Kalkulationsteilnehmern, ohne Werte übermittelt werden (bedingtes Muss-Feld).

Im Feld „Datenerhebung“ ist der Wert abhängig vom Datenjahr „JJJJ“ zugelassen.

An die im Feld „E-Mail-Adresse2“ der Datei „Info“ eingetragene E-Mail-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, vorausgesetzt es besteht ein Datenportal-Account zu dieser E-Mail-Adresse.

6.4 Besondere Hinweise

6.4.1 Datei „Krankenhaus“

In der Datei „Krankenhaus“ werden für die Entgeltbereiche DRG und PSY jeweils die

im Datenjahr durchschnittlich aufgestellten Betten differenziert nach Betten der Intensivpflege und den übrigen Betten erfasst. Die Anzahl der Intensivbetten ist jeweils eine **Davon**-Angabe.

Beispiel: Für den Entgeltbereich DRG ist im Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Betten (DRG)“ die krankenhausbezogene Gesamtsumme einzutragen. Waren im Datenjahr im Krankenhaus keine Intensivbetten aufgestellt ist im Datenfeld „Anzahl der aufgestellten Intensivbetten (DRG)“ der Wert „0“ (Null) zu übermitteln.

Außerdem werden die im Datenjahr durchschnittlich aufgestellten Betten erfasst, in denen Fälle versorgt wurden, die nach § 115f SGB V vergütet wurden (HYB).

Teilstationäre Behandlungsplätze sind bei der „Anzahl der aufgestellten Betten“ nicht mitzuzählen, sondern werden separat ausgewiesen. Bei Fachabteilungen der Geburtshilfe sind die Betten der Neugeborenen nicht mitzuzählen. Übermittelt wird die Anzahl der im Krankenhaus im Jahresdurchschnitt aufgestellten Betten. Der Jahresdurchschnitt ergibt sich als Mittelwert der jeweils an den Monatsenden vorhandenen Betten. Bei den Intensivbetten sind sowohl die in die Fachabteilungen integrierten als auch die fachabteilungsübergreifend genutzten Intensivbetten unter eigenständiger fachlicher Leitung („Fachabteilung Intensivmedizin“) zu zählen. Die Angaben erfolgen kaufmännisch gerundet auf drei Nachkommastellen.

In den Datenfeldern „Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (DRG)“ und „Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze (PSY)“ sind die im jeweiligen Entgeltbereich im Datenjahr jahresdurchschnittlich vorgehaltenen teilstationären Behandlungsplätze anzugeben. Wurden im Datenjahr in einem Entgeltbereich (oder beiden Entgeltbereichen) keine teilstationären Behandlungsplätze vorgehalten, ist der Wert „0“ (Null) anzugeben. Die Angaben erfolgen kaufmännisch gerundet auf drei Nachkommastellen.

6.4.2 Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)

Die Versicherten-ID ist zwingend original zu übermitteln. Die gesetzlich vorgeschriebene Anonymisierung wird im InEK beim Einlesen der Daten vorgenommen. Die Ziffer ist immer 10-stellig anzugeben.

6.4.3 Fachabteilungsschlüssel bei Beleghebamme

Die Angabe „J“ im Datenfeld „Beleghebamme“ in der Datei „OPS“ ist nur bei einer Haupt- oder Belegabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel „24xx“ (Frauenheilkunde und Geburtshilfe) oder „25xx“ (Geburtshilfe) möglich.

6.4.4 Institutionskennzeichen der Krankenkasse

Bei gesetzlich Versicherten ist zwingend ein gültiges IK anzugeben. Liegt bei nicht gesetzlich Versicherten kein Institutionskennzeichen vor (z.B. bei Selbstzahlern), ist als Wert „0“ (Null) einzutragen. Falls das Feld nicht leer ist, erfolgt eine Prüfung der angegebenen Krankenkassen-IK. Die Prüfung erzeugt einen Hinweis bei unbekannter Nummer.

6.4.5 Entlassender Standort

Das Datenfeld „Entlassender Standort“ ist grundsätzlich mit der zum Zeitpunkt der Entlassung/Verlegung des Patienten gültigen Standortnummer des entlassenden Standortes nach § 293 Absatz 6 SGB V zu füllen. Dies gilt auch, wenn keine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrages vorliegt.

Es kann je Kombination mit IK und KH-internem Kennzeichen nur **einen** einheitlichen entlassenden Standort in allen Datengruppen geben.

6.4.6 Entgeltbereiche „DRG“, „HYB“ und „PSY“

Die Daten des Behandlungsfalls werden einem Entgeltbereich zugeordnet. Entscheidend ist dabei das für den Fall abgerechnete Entgelt („DRG“ für Entgelt nach KHEntgG i.d.R. DRG-Fallpauschale, „HYB“ für ein Entgelt nach § 115 SGB V oder „PSY“ Entgelt nach BPfIV für psychiatrische Einrichtungen und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 1 KHG). Die Kennzeichnung erfolgt stringent in allen dem Fall zugehörigen Dateien: „Fall“, „FAB“, „ICD“, „Seltene_Erkrankungen“, „OPS“, „Entgelte“ und „Kosten“. **Sobald ein Fall unterschiedliche Kennzeichnungen aufweist, erfolgt eine Fehlermeldung mit der Konsequenz der Abweisung der kompletten Datengruppe!** Das Datenfeld „Entgeltbereich“ hat zentrale verfahrenssteuernde Funktionen. Deshalb muss die Kennzeichnung auf Fallebene stringent erfolgen. Für Fälle mit Aufenthalt z.B. in beiden Bereichen „DRG“ und „PSY“ hat das Krankenhaus eine Fallaufteilung in die beiden Bereiche durchzuführen. Dementsprechend werden sogenannte Mischfälle (Aufenthalt in beiden Entgeltbereichen „DRG“ und „PSY“) getrennt. Entscheidendes Zuordnungskriterium ist das für den Fall abgerechnete Entgelt.

6.4.7 Entgeltbereich „PIA“

Für den Entgeltbereich „PIA“ ist nach den Vorgaben der PIA-Doku-Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt der entsprechende Leistungsschlüssel (PIA-11A bis PIA-93Z) zu dokumentieren. Für die Datenlieferung gemäß § 21 KHEntgG ist die Datengruppe Falldaten mit allen zugehörigen Dateien zu übermitteln. Im Entgeltbereich „PIA“ wird bei allen Fällen die

Diagnoseart „ND“ übermittelt. Abweichend davon übermitteln Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V die für die Erkrankung führende Behandlungsdiagnose als Hauptdiagnose (Diagnoseart „HD“) und eine begleitende pathogenetisch verbundene somatische Diagnose als Nebendiagnose (Diagnoseart „ND“).

In der Datei „LEI“ dürfen ausschließlich die in Anlage 1 der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Absatz 1b S. 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) genannten Schlüssel übermittelt werden. Die Zusatzleistungsschlüssel PIA-91Z, PIA-92Z und PIA-93Z werden ausschließlich von Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 3 SGB V übermittelt.

6.4.8 Vorstationär behandelte Fälle

Wird die Aufnahmediagnose angegeben, ist sie als Diagnoseart „HD“ anzugeben. Sollen mehrere Aufnahmediagnosen angegeben werden, ist die erste mit „HD“ und alle weiteren mit „ND“ zu kennzeichnen.

6.4.9 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V

Fälle in stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung werden im Entgeltbereich „PSY“ durch den Aufnahmegrund „10“ gekennzeichnet. Zur Angabe von Zeiträumen ohne direkten Patientenkontakt bei stationsäquivalenter Behandlung ist die Pseudo-Fachabteilung „0004“ zu verwenden. Zeiträume ohne direkten Patientenkontakt, die sich durch Fallzusammenlegungen ergeben, sind durch die Pseudo-Fachabteilungen „0001“ oder „0002“ zu dokumentieren. Fälle in stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung können nur in Verbindung mit dem Entgeltbereich „PSY“ übermittelt werden. Bei Fällen in stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung ist in der Datei FAB als „Standortnummer Behandlungsort“ die Standortnummer des Krankenhausstandortes anzugeben, dem der Behandelnde (Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut oder die Pflegefachperson) zuzuordnen ist. Sind Behandelnde verschiedenen Standorten zuzuordnen, sind mehrere Zeilen anzugeben.

6.4.10 Diagnosenprüfung

Bei Diagnoseangaben sind die Versionen des Datenjahres und des Jahres zuvor (Jahresüberlieger) der ICD-10-GM zugelassen. Unterschiedliche Versionen in einem Fall sind ausschließlich bei Jahresüberliegern erlaubt. In allen anderen Fällen ist nur die für das Datenjahr gültige Version zugelassen; andere Versionen erzeugen einen Fehler.

Je Fall ist genau eine Hauptdiagnose anzugeben. Eine fehlende Hauptdiagnose führt

zu einem Fehler. Ausnahme: Begleitpersonen (Aufnahmeanlass = „B“) und vorstationäre Fälle. Die Angabe von mehr als einer Hauptdiagnose je Fall führt immer zu einem Fehler.

Sekundärdiagnosen werden im DRG-System als Nebendiagnosen behandelt.

Ist mehr als ein Sekundär-Diagnoseschlüssel zu einem Primärschlüssel vorhanden, so ist der Primärschlüssel im nachfolgenden Datensatz (mit Anrechnung auf die Wiederholbarkeit insgesamt) zu wiederholen.

Sonderzeichen („+“, „#“, „*“, „!“) sind analog zur § 301-Vereinbarung anzugeben. Die Sonderzeichen „+“ und „#“ haben die gleiche Bedeutung. Hintergrund: Im § 301-Verfahren war das „+“-Zeichen schon als technisches Trennzeichen definiert, daher ist das Zeichen „#“ als gleichwertiger Ersatz eingeführt worden. Fehlende Sonderzeichen erzeugen keinen Fehler/Hinweis. Der Trennpunkt („.“) kann angegeben werden. Buchstaben können sowohl groß als auch klein angegeben werden.

Beispiele (ICD-10-GM Version 2025):

A32.1+	OK
A41.51	OK
a41.51	OK
A4151	OK
A41.5	Fehler: Nicht terminaler Kode für Diagnose
X77X	Fehler: Diagnose unbekannt

6.4.11 Prozedurenprüfung

Bei Prozedurenangaben sind die Version des Datenjahres und des Jahres davor (Jahresüberlieger) der OPS-Kodes zugelassen. Unterschiedliche Versionen in einem Fall sind ausschließlich bei Jahresüberliegern erlaubt. In allen anderen Fällen ist nur die für das Datenjahr gültige Version zugelassen; andere Versionen erzeugen einen Fehler.

Die Trennzeichen „.“ und „-“ können angegeben oder weggelassen werden. Weitere Sonderzeichen sind nicht zugelassen und erzeugen den Fehler „Prozedur unbekannt“. Buchstaben können sowohl groß als auch klein angegeben werden.

Die Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend der DKR 1001 (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Der Wert „0“ gilt als nicht angegeben.

Beispiele (OPS Version 2025)

5-534.01	OK
553401	OK
8-836.3a	OK
88363a	OK
5-531.3	Fehler: Nicht terminaler Kode für Prozedur
X531	Fehler: Prozedur unbekannt

Die Prozedur 9-990 Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung ist im Rahmen der Datenübermittlung gemäß § 21 Absatz 1 KHEntgG zu übermitteln (OPS-Datumswert = Entlassungsdatum).

Die Lokalisation wird in einem gesonderten Datenfeld angegeben.

Wenn der OPS-Kode die Einstufung in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 bzw. 2 der PsychPV enthält, ist als OPS-Datum der erste Tag anzugeben, für den die dokumentierte Einstufung gilt.

6.4.12 Datei „Seltene_Erkrankungen“

Die Datei „Seltene_Erkrankungen“ ist einmal für jedes Krankenhaus, das der Datenübermittlungsverpflichtung gemäß § 21 KHEntgG unterliegt, zu übermitteln. Diagnosenangaben zu Seltenen Erkrankungen sind fallbezogen zu übermitteln. Es sind nur die Zeilen zu übermitteln, bei denen eine Orpha-Kennnummer vorhanden ist. Falls in dem entsprechenden Datenjahr kein Fall mit einer seltenen Erkrankung behandelt wurde, so ist diese Datei „leer“ (nur mit der Kopfzeile) zu übermitteln. Als Alpha-ID-SE-Version ist die Version des Datenjahres und des Jahres davor (bei Überliegern) zugelassen.

6.4.13 Fachabteilungsprüfung

Die Verwendung der Fachabteilungsschlüssel einer Pseudo-Fachabteilung gemäß Anlage 2 der § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) „0000“, „0001“ und „0002“ ist zulässig. Wurde ein Fall im Entgeltbereich „DRG“ nach den Regelungen der im Datenjahr gültigen Fassung der FPV neu eingestuft, sind die Fachabteilungsangaben für Rückverlegungen und Wiederaufnahmen durch Angabe der Pseudo-Fachabteilungen zeitlich zusammenhängend zu übermitteln. Bei Verwendung des Pseudo-Fachabteilungsschlüssels „0001“ und/oder „0002“ in der Datei „FAB“ ist in der Regel eine entsprechende Angabe in der Datei „Fall“ und in der Datei „Entgelte“ notwendig.

In der Datei „Fall“ ist bei einer Verlegung (intern oder extern) in den BPfIV-Entgeltbereich das Datenfeld „Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich“ mit der entsprechenden Anzahl von Tagen zu füllen. In der Datei „Entgelte“ ist in jedem Fall im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ eine entsprechende Anzahl von Tagen anzugeben.

Pseudo-Fachabteilung „0003“ im Entgeltbereich PSY:

Für Fälle mit externem Aufenthalt mit Abwesenheit über Mitternacht im BPfIV-Bereich ist die Pseudo-Fachabteilung „0003“ anzugeben. Jeder vollständig von der Pseudo-Fachabteilung „0003“ umschlossene Kalendertag löst einen entsprechenden Eintrag im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ aus. Die Zeiten des externen Aufenthalts zwischen wiederaufgenommenen/rückverlegten Fällen werden entsprechend mit der Pseudo-Fachabteilung „0001“ bzw. „0002“ dokumentiert.

Als Fachabteilungspräfix der Pseudo-Fachabteilungen ist einheitlich „HA“ anzugeben.

Nach den Vorgaben des § 21 Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe b) KHEntgG sind bei einer nach Standorten differenzierten Festlegung des Versorgungsauftrags der aufnehmende, weiterbehandelnde und der entlassende Standort anhand der Standortnummer nach § 293 Absatz 6 SGB V zu übermitteln. Entsprechend wurde in der Datei „FAB“ das Datenfeld „Standortnummer Behandlungsort“ integriert. Dabei sind analog zum Datenfeld „Entlassender Standort“ die zum Zeitpunkt der Entlassung/Verlegung des Patienten gültigen Standortnummern nach § 293 Absatz 6 SGB V zu verwenden. Entsprechend können unterschiedliche Werte im Datenfeld „Entlassender Standort“ und „Standortnummer Behandlungsort“ auftreten.

Bei Angabe der Pseudofachabteilungen „0001“, „0002“, „0003“, „0004“, „0005“ und „0006“ ist als Standort der Wert „779999999“ zu verwenden. Ansonsten ist bei Fällen mit Aufnahmegrund „10‘ (stationsäquivalente Behandlung) als „Standortnummer Behandlungsort“ die Standortnummer des Krankenhausstandortes anzugeben, dem der Behandelnde (Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut oder die Pflegefachperson) zuzuordnen ist. Sind Behandelnde verschiedenen Standorten zuzuordnen, sind mehrere Zeilen anzugeben.

Bei der Übermittlung der Datei „FAB“ ist auf eine geschlossene, überschneidungsfreie Kette vom Aufnahme- bis zum Entlassungsdatum zu achten. Eine Ausnahme kann bei teilstationärer Versorgung erfolgen, bei der die Leistungserbringung in bestimmten Zeitintervallen innerhalb des Abrechnungszeitraums liegt; in diesem Fall können die leistungsfreien Zeiten auch durch eine entsprechende Lücke in der FAB-Kette dargestellt werden (vgl. Beispieldatensatz im Muster-Krankenhaus). Bei einem

Krankenhaus mit nur einem Standort sind die Angaben im Datenfeld „Entlassender Standort“ und „Standortnummer Behandlungsort“ stets identisch.

Die Datei „FAB“ ergibt sich nicht mehr als „einfache“ Ausleitung aus dem Rechnungsdatensatz nach § 301 SGB V. Die Daten spiegeln vielmehr den Verlauf des Patienten durch die bettenführenden Fachabteilungen an den verschiedenen Standorten des behandelnden Krankenhauses wider.

Die Pseudofachabteilung „0005“ soll für den Zeitraum ohne direkten Patientenkontakt (bei voll- oder teilstationärer Behandlung im Entgeltbereich „DRG“) verwendet werden. Somit kann der Aufenthalt eines Falles in der Datei FAB lückenlos abgebildet werden.

6.4.14 Datenfeld „Beatmungsstunden“ in der Datei „FAB“

In der Datei „FAB“ sind die tatsächlich erbrachten Beatmungsstunden je Fachabteilung anzugeben. Dabei wird, anders als in der Datei „Fall“, nicht nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) ab 8 Beatmungsstunden auf 24 Stunden aufgerundet, sondern die tatsächlich erbrachten Beatmungsstunden werden übermittelt.

6.4.15 Datenfeld „Pflegetag“ in der Datei „Kosten“

In der Datei „Kosten“ ist das Datenfeld „Pflegetag“ entsprechend zu füllen. An der Kalkulationserhebung teilnehmende Krankenhäuser dokumentieren teilstationäre Fälle mit fallbezogenen Angaben in den Dateien „Fall“, „OPS“, „ICD“, „FAB“, „Entgelte“ und „Seltene_Erkrankungen“. Die Datei „Kosten“ enthält die tagesbezogenen Angaben der teilstationären Behandlungskosten und die Datumsangabe des jeweiligen Behandlungstages im Datenfeld „Pflegetag“. Für einen vollstationären Behandlungsfall im Entgeltbereich „DRG“ (für vollstationäre Fälle, Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle) sowie für Fälle im Entgeltbereich „HYB“ wird im Datenfeld „Pflegetag“ das Aufnahmedatum angegeben. Im Entgeltbereich „PSY“ wird für den Behandlungsfall in der Datei „Kosten“ jeweils das Datum des Behandlungstages angegeben.

6.4.16 Datei „Ausbildung“

Die Lieferung der Datei „Ausbildungskosten“ wird von der Datenstelle nicht verarbeitet. In dem Datenfeld „Personalkosten je examinierte Vollkraft“ in der Datei „Ausbildung“ sind die durchschnittlichen Personalkosten einer examinierten Pflegevollkraft für die jeweiligen Ausbildungsberufe: A05 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, A06 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, AP5 Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann (PflBG), AP6 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (§ 58 PflBG) und A07 Krankenpflegehelferin anzugeben. Für den Ausbildungsberuf A03 Hebamme, Entbindungspfleger sollen die durchschnittlichen Personalkosten einer Hebamme

bzw. eines Entbindungspflegers übermittelt werden. In diesem Datenfeld sollen nicht die durchschnittlichen Personalkosten einer Unterrichtskraft (Ausbildende) für die oben genannten Ausbildungsberufe übermittelt werden. Für alle anderen Ausbildungsberufe wird in dem Muss-Feld „Personalkosten je examinierte Vollkraft“ die Angabe „0“ übermittelt. Hintergrund der Notwendigkeit dieses Datenfeldes ist die Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen gemäß § 17a KHG bzw. § 27 PfIBG in Verbindung mit den gezahlten Ausbildungsvergütungen.

Die Personalkosten für examiniertes Personal im entsprechenden Ausbildungsberuf sind nach den Kontengruppen 60 bis 64 KHBV, bereinigt um die Kosten für Auszubildende und andere „Hilfskräfte“, zugrunde zu legen. Auch sind Personen, die in Leitungspositionen oder Funktionen arbeiten, nicht in die Berechnung einzubeziehen. Zudem dürfen die ermittelten Personalkosten keine Kosten anderer Berufe/Qualifikationen enthalten.

Bei der Zählung der Vollkräfte für die Berechnung des Wertes „je Vollkraft“ ist zu beachten, dass die Vollkräfte, für die keine Kosten berücksichtigt wurden, auch bei der Vollkräftezählung nicht verwendet werden. Des Weiteren sind Vollkräfte bei der Berechnung der Personalkosten je examinierter Vollkraft nicht zu berücksichtigen, wenn sie zwar in der Vollkräftestatistik geführt werden, für diese aber keine Entgeltzahlungen anfallen (z.B. bei ruhendem Arbeitsverhältnis, Freistellung, Zeiten des Bezugs von Lohnersatzleistungen etc.).

Die gesamten Ausbildungsvergütungen (nicht nur die Mehrkosten) im jeweiligen Ausbildungsberuf sind ausschließlich im Datenfeld „Ausbildungsvergütung“ anzugeben. Dabei sind die Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV zu übermitteln.

Das InEK behält sich vor, bei unplausiblen Werten Rückfragen an das übermittelnde Krankenhaus zu stellen.

Der gleiche Sachverhalt ergibt sich bei dem Datenfeld „Ausbildungsplätze insgesamt“. 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. Da das Datenfeld „Ausbildungsplätze insgesamt“ ein Muss-Feld ist, muss bedingt durch die Konstellation des Ausbildungsverbundes das Datenfeld mit dem Wert „0“ gefüllt werden. In den Datenfeldern „Kosten des theoretischen Unterrichts“, „Kosten der praktischen

Ausbildung“, „Sachaufwand der Ausbildungsstätte“ und „Gemeinkosten der Ausbildungsstätte“ sind die Ist-Kosten der jeweiligen Ausbildungsstätte zu übermitteln. Die Umlage für Personal- und Sachkosten ist nur zu übermitteln, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird. Das Datenfeld „Sachaufwand der Ausbildungsstätte“ bleibt ggf. leer. Das Datenfeld „Gemeinkosten der Ausbildungsstätte“ bleibt dann ebenfalls leer.

Mit Inkrafttreten der Pflegeberufe-Ausbildung- und -Prüfungsverordnung - PflAPrV zum 01.01.2020 wird beginnend mit dem Ausbildungsjahr 2020 generalistisch ausgebildet; eine Differenzierung in Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie Altenpflege findet im dritten Ausbildungsdrittel statt. Entsprechend ist für die Datei „Ausbildung“ in der Übergangszeit wie folgt zu verfahren.

Für Ausbildungsstätten mit einer Finanzierung gemäß § 17a KHG werden die Ausbildungsstätten „A01“ bis „A14“ erfasst. Für Ausbildungsträger und Pflegeschulen mit einer Finanzierung nach dem PflBG sind hingegen ausschließlich die Ausbildungsstätten „AP5“ und „AP6“ zu verwenden.

Die Angabe der Anzahl Auszubildender der akademischen Ausbildung nach dem dritten Ausbildungsjahr (ab dem 7. Semester) erfolgt als Summe mit denen im dritten Ausbildungsjahr.

Weitere Hinweise zum Ausfüllen der Datenfelder bei Ausbildung nach dem PflBG entnehmen Sie bitte der [Datensatzbeschreibung](#) für die Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG.

6.4.17 Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“

Zur korrekten Berechnung der Verweildauer ist zwingend erforderlich, dass in der Datei „Fall“ im Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum“ das Datum eingetragen wird, an dem der Patient tatsächlich entlassen bzw. verlegt wurde. Hat sich ein Krankenhaus nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK 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 Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ in der Datei „Entgelte“ bei dem betroffenen Entgelt anzugeben.

Bei teilstationärer Behandlung ist am abgerechneten Entgelt für den durch die Angaben „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ genannten Zeitraum die für diesen Zeitraum geltende Anzahl „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ anzugeben.

Grundsätzlich ist bei Entgeltart „00000000“ zusätzlich die fallbezogene Anzahl der Tage ohne Berechnung/Behandlung oder der Wert „0“ anzugeben. **Die Angabe ist**

wichtig im Zusammenhang mit der Verweildauerermittlung.

Die Anzahl „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ kann sich ggf. auch durch Lücken in der Angabe „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ bei aufeinanderfolgenden Angaben ergeben.

Die Verwendung der Fachabteilungsschlüssel einer Pseudo-Fachabteilung gemäß Anlage 2 der § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) „0000“, „0001“ und „0002“ ist zulässig. Wurde ein Fall im Entgeltbereich „DRG“ nach den Regelungen der im Datenjahr gültigen Fassung der FPV neu eingestuft, sind die Fachabteilungsangaben für Rückverlegungen und Wiederaufnahmen durch Angabe der Pseudo-Fachabteilungen zeitlich zusammenhängend zu übermitteln. Bei Verwendung des Pseudo-Fachabteilungsschlüssels „0001“, „0002“ und/oder „0005“ in der Datei „FAB“ ist in der Regel eine entsprechende Angabe in der Datei „Fall“ und in der Datei „Entgelte“ notwendig. In der Datei „Fall“ ist bei einer Verlegung (intern oder extern) in den BPfIV-Entgeltbereich das Datenfeld „Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich“ mit der entsprechenden Anzahl von Tagen zu füllen. In der Datei „Entgelte“ ist bei fallbezogenen Entgelten im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ eine entsprechende Anzahl von Tagen zu füllen.

6.4.18 Datei „Entgelte“: Übermittlung PKV-Fälle (Beihilfeversicherung)

Der Entgeltbetrag für die Leistungen der PKV ist zu 100% für die DRG-Fallpauschale zu übermitteln.

6.4.19 Datei „Entgelte“: Entgeltart „00PFLEGE“

Im Entgeltbereich „DRG“ ist einmal je Fall die Entgeltart „00PFLEGE“ mit der für die Abrechnung des Pflegeerlöses nach dem Pflegeerlöskatalog relevante Anzahl von Tagen ohne Berechnung/Behandlung im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ anzugeben. Für das Datenfeld „Entgeltbetrag“ ist der Wert „0“ (Null) und im Datenfeld „Entgeltanzahl“ der Wert „1“ anzugeben. Die Angabe im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ weicht für die Entgeltart „00PFLEGE“ nur dann von der entsprechenden Angabe für die Entgeltart „00000000“ ab, wenn im Ergebnis einer MD-Prüfung die Anzahl der Verweildauertage für die Abrechnung des stationären DRG-Falls reduziert wurde.

Führt eine MD-Prüfung nach § 275c SGB V zum Ergebnis, dass keine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat, ist zur Umsetzung der Regelungen in § 8 Absatz 3 KHEntgG in der Datei „Entgelte“ das entsprechende vorstationäre Entgelt zu übermitteln, wenn keine anderweitige Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgte.

6.4.20 Pseudo-Entgeltarten für Sonderfallkonstellationen

Liegt zum Zeitpunkt der Übermittlung für einzelne Fälle ein gültiger Entgeltschlüssel in Verbindung mit dem Entgeltbetrag „0,00“ vor, sollte zur Vermeidung von Fehler-/Hinweismeldungen anstelle des gültigen Entgeltschlüssels eine Pseudo-Entgeltnummer (siehe Aufstellung unten) mit dem Entgeltbetrag „0,00“ und der Entgeltanzahl „1“ übermittelt werden. Eine solche Konstellation entsteht bspw., wenn sich ein Krankenhaus mit den Kostenträgern nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK geeinigt hat. Wenn für einen Fall ein Pseudo-Entgelt übermittelt wird, ist ggf. auch der Entgeltbetrag für die Entgeltart “00000000“ entsprechend anzupassen.

Entgeltbereich „DRG“

70SUMNUL (Fallpauschale)

76SUMNUL (Zusatzentgelt)

Entgeltbereich „PSY“

MDK-Kürzung

0101MDKK (vollstationär)

0103MDKK (teilstationär)

Beurlaubung im Bereich BPfIV

0101URLA

0103URLA

Bei Abrechnung nach PEPP:

ASUMNULL

BSUMNULL

CSUMNULL

6.4.21 Datei „Pflegepersonal“

Die Datei ist von allen Krankenhäusern zu liefern, und damit auch von Krankenhäusern, die ausschließlich Leistungen in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d KHG erbringen.

Beachten Sie bitte die korrekte Angabe der Kopfzeile (siehe § 21-Datensatzbeschreibung ([v21-KHEntgG A-2025_2026_Endfassung_20251215.pdf](#)) unter Punkt 3. (ab Seite 67))!

Die Personalangaben erfolgen einheitlich in Vollkräfte mit einer Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden (Vorgehensweise analog der Krankenhausstatistik) umgerechnet. Pflegekräfte, die fachabteilungsübergreifend eingesetzt werden, sind den entsprechenden Fachabteilungen anteilig nach Inanspruchnahme zuzurechnen. Bei

interdisziplinärer Belegung ist das Personal nach Inanspruchnahme aufzuteilen. Die Angaben erfolgen mit drei Nachkommastellen; ganzzahlige Werte können ohne Nachkommastellen angegeben werden.

Die Angaben erfolgen standortbezogen. Der jeweilige Standort ist mit der im Datenjahr gültigen Standortnummer nach § 293 Absatz 6 SGB V anzugeben. Die Standortnummer nach § 293 Absatz 6 SGB V ist auch dann anzugeben, wenn keine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrags vorliegt. Wurden für das Krankenhaus für das Datenjahr nach einer Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 SGB V oder einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V ein oder mehrere pflegesensitive Bereiche festgelegt, sind die Angaben in der Datei „Pflegepersonal“ auch nach den für das Datenjahr festgelegten pflegesensitiven Bereichen zu differenzieren. D.h. aus der Betrachtungsebene der Fachabteilung heraus wird zwischen den Fachabteilungen, die für das Datenjahr als pflegesensitive Bereiche zu Nachweiszwecken gemäß § 137i SGB V und den übrigen Fachabteilungen unterschieden. **Differenziert wird ausschließlich nach den für das Krankenhaus für das Datenjahr festgelegten pflegesensitiven Bereichen.** Wurde für das Krankenhaus für das Datenjahr kein pflegesensitiver Bereich nach einer Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 SGB V oder einer Rechtsverordnung nach § 137i Absatz 3 SGB V festgelegt, ist keine Differenzierung zwischen pflegesensitiven Bereichen und nicht pflegesensitiven Bereichen vorzunehmen.

Ausländische Pflegekräfte, die sich in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfteeinwanderungsgesetz befinden, sind in der Datei „Pflegepersonal“ insbesondere auch entsprechend der behördlichen Bestätigung in der jeweiligen Berufsgruppe (d.h. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Krankenpflegehelfer/-innen, Altenpfleger/-innen, Altenpflegehelfer/-innen, Akademischer Pflegeabschluss, Medizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Fachangestellte, Anästhesietechnische Assistenten/-innen, Notfallsanitäter/-innen und Rettungsassistent/-innen, Pflegeassistenten/-innen, Sozialassistenten/-innen, Sonstige Berufe, Hebammen und Entbindungspfleger) und bei der Gesamtzahl der Pflegekräfte zu berücksichtigen.

Für jeden Standort ist eine Summenzeile über alle angegebenen Datensätze des jeweiligen Standortes anzugeben. Für die Summenzeile wird die Standortnummer nach § 293 Absatz 6 SGB V und die Fachabteilung „HA9999“ mit der Angabe ‚SUM‘ im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ übermittelt. Zusätzlich ist die krankenhausbezogene Summe über alle Standorte zu übermitteln. Dazu wird im

Datenfeld „Standortnummer“ der Wert „999999999“ und die Fachabteilung „HA9999“ mit der Angabe „SUM“ im Datenfeld „Pflegesensitiver Bereich“ übermittelt. Bei einem Krankenhaus mit lediglich einem Standort entfallen entsprechend die standortbezogenen Summen; in der Summenzeile für das Krankenhaus ist im Datenfeld „Standortnummer“ die Standortnummer nach § 293 Absatz 6 SGB V einzutragen. Die Summenzeile mit der Standortnummer „999999999“ entfällt dann. Krankenhausbezogene Summenangaben über die Fachabteilungen und Standorte hinweg (z.B. Summe der krankenhausbezogenen Angaben zur Fachabteilung „Innere Medizin (HA0100)“ über mehrere Standorte) sind nicht anzugeben.

Werden im Krankenhaus Beleghebammen eingesetzt, sind diese in den entsprechenden Datenfeldern der Datei Pflegepersonal anzugeben. Dabei ist auf die Kongruenz bei den Angaben in der Datei Pflegepersonal und der Datei OPS zu achten. In der Datei OPS ist anzugeben, wenn eine Prozedur durch eine Beleghebamme durchgeführt wurde; entsprechend werden dann auch Angaben zu den Beleghebammen in der Datei Pflegepersonal erwartet.

Zur Erfassung der im Kreißsaal beschäftigten (Beleg-)Hebammen und Entbindungspfleger sind diese in der Datei Pflegepersonal unter dem Fachabteilungsschlüssel „NB2499“ zu übermitteln, sofern der Kreißsaal bzw. die Kreißsäle nicht zu einer bettenführenden Fachabteilung gehören.

Beachten Sie bitte unbedingt auch die weiteren Hinweise in der Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG sowie in den Beispieldateien.

Für jede in der Datei „FAB“ enthaltene Fachabteilung müssen Angaben in der Datei „Pflegepersonal“ übermittelt werden.

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. Für den Entgeltbereich „PIA“ ist im Datenfeld „Fachabteilung“ „NB8000“ wie bei „Merkmal Bettenführend“ der Wert „0“ anzugeben.

Prüfen Sie bitte die Datenübermittlung unbedingt auf Vollständigkeit. Nach der Änderung des § 21 Absatz 5 KHEntgG durch das MDK-Reformgesetz ist jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Datenübermittlung der Datei „Pflegepersonal“ sanktionsbehaftet. Die Sanktion wird standortbezogen im Verhältnis der fehlenden Daten zum zu erwartenden Datenlieferungsumfang ermittelt; sie beträgt je Standort mindestens 20.000 € und maximal 500.000 €.

6.4.22 Dateien „Arztpersonal“, „Arztqualifikation_Leistungsgruppen“ und „Arztqualifikation_Standort“

Gemäß dem Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) vom 22.03.2024 sind Daten zum ärztlichen Personal zu übermitteln. Unter ärztliches Personal fallen die Personen, die gemäß § 2a der Bundesärzteordnung (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. Gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 2 f KHEntgG ist das ärztliche Personal außerdem gegliedert nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu übermitteln.

Ab der ganzjährigen Datenlieferung gemäß § 21 Abs.1 KHEntgG 2026 für das Datenjahr 2025 ist das ärztliche Personal mit einer genormten Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden in den Dateien zum ärztlichen Personal anzugeben und nicht mehr wie zuvor mit einer genormten Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Ein Arzt oder eine Ärztin mit einer vertraglichen Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden entspricht demnach 1 VK.

In der Datei Arztqualifikation_Leistungsgruppen ist das ärztliche Personal unter Beachtung der Anrechnungsregel für bis zu drei Leistungsgruppen anzugeben (siehe [Datensatzbeschreibung](#)). Die Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen sowie die Leistungsgruppen nach Anlage 1 SGB V, die in der Datei Arztqualifikation_Leistungsgruppen übermittelt werden können, sind in der Datensatzbeschreibung aufgeführt.

Beispiel: 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 und Ösophaguseingriffe. Sie trägt damit zur Erfüllung der Mindestvoraussetzung in Bezug auf die ärztliche Personalausstattung nach Anlage 1 SGB V in diesen drei Leistungsgruppen bei.

- Ein Facharzt mit Facharztweiterbildung der Orthopädie und Unfallchirurgie (AQ10) mit 24 Stunden vertraglicher Wochenarbeitszeit (entspricht 0,623 VK) kann mit jeweils 0,623 VK bei drei Leistungsgruppen, beispielsweise Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie und Revision Hüftendoprothese, berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung für eine vierte Leistungsgruppe (z.B. Revision Knieendoprothese) ist nicht möglich.

Entnehmen Sie weitere Hinweise und die korrekte Angabe der Kopfzeile der Datensatzbeschreibung für die Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG ([v21-KHEntgG A-2025 2026 Endfassung 20251215.pdf](#)) unter den Punkten 2 und 3.

6.4.23 Datei „Standorte“

Die Datei „Standorte“ ist einmal für jedes Krankenhaus, das der Datenübermittlungsverpflichtung gemäß § 21 KHEntgG unterliegt, zu liefern. Anzugeben sind die Standorte nach § 293 Absatz 6 SGB V mit stationärer Leistungserbringung. Dies gilt auch für Standorte mit rein teilstationärer Leistungserbringung. Alle Standorte, die in den fallbezogenen Dateien der Datensätze gemäß § 21 KHEntgG übermittelt werden, sind in der Datei „Standorte“ anzugeben, d.h. auch die Standortnummern der PIA-Fälle. **Die Datei „Standorte“ ist Bestandteil der Datengruppe „Falldaten“.**

6.4.24 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. Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V anzugeben.

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. Für jede in der Datei „FAB“ enthaltene Fachabteilung und in jeder in der Datei „Standorte“ enthaltenen Standort müssen

Angaben in der Datei „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“ übermittelt werden. Die Angaben zu Betten und teilstationären Behandlungsplätzen, sowohl im Entgeltbereich DRG als auch im Entgeltbereich PSY, müssen in Summe mit der Bettenanzahl in den Dateien „Krankenhaus“ bzw. „Standorte“ übereinstimmen.

In der Datei „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“ ist zu allen Standorten, die in der Datei „Standorte“ angegeben sind, und auf denen voll- oder teilstationäre Leistungen bzw. Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) erbracht werden, mindestens eine Zeile anzulegen. Werden die PIA-Daten eines Krankenhauses getrennt von den anderen Daten nach § 21 KHEntgG übermittelt, ist die Datei „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“ leer zu übermitteln.

Die Datei „Krankenhausstruktur_Fachabteilungen“ ist auch von Krankenhäusern mit nur einer Fachabteilung bzw. nur einem Standort zu übermitteln.

6.4.25 Datei „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“

In der Datei „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“ sind die Leistungsgruppen aller Standorte des Krankenhauses aufzuführen, für die am jeweiligen Standort Fälle im Rahmen der Datenlieferung übermittelt werden.

In der Datei „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“ ist zu allen Standorten, die in der Datei „Standorte“ angegeben sind, und auf denen voll- oder teilstationäre Leistungen bzw. Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRGs) erbracht werden, mindestens eine Zeile anzulegen. Werden die PIA-Daten eines Krankenhauses getrennt von den anderen Daten nach § 21 KHEntgG übermittelt, ist die Datei „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“ für die PIA-Lieferung nicht oder leer zu übermitteln.

Die Datei „Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen“ ist auch von Krankenhäusern mit nur einer Leistungsgruppe bzw. nur einem Standort zu übermitteln.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der [Datensatzbeschreibung](#).

6.4.26 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. Wenn ein Krankenhaus nicht an der Notfallversorgung teilnimmt, sind entsprechende Angaben zu den Standorten zu

machen. Wie Sie auch der Datensatzbeschreibung entnehmen können, wird die Nichtteilnahme an einer Stufe der Notfallversorgung gemäß § 3 Absatz 1 der G-BA-Notfallstrukturenregelungen ebenfalls gemeldet.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der [Datensatzbeschreibung](#).

6.4.27 Angabe der Leistungsgruppe in den Dateien Fall, Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen und Arztqualifikation_Leistungsgruppen

Neben der fünfstelligen Angabe der Leistungsgruppe (Leistungsgruppenkürzel, z.B. *LG006*) aus der Werteliste der [Datensatzbeschreibung](#) wird ausschließlich für die reguläre Ganzjahreslieferung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG des Datenjahres 2025 auch der Text aus der Werteliste (Bezeichnung der Leistungsgruppe, z.B. *Komplexe Pneumologie*) akzeptiert. Bei Nutzung der Bezeichnung der Leistungsgruppe für die Datenübermittlung ist wie in allen Dateien zwingend auf das Format UTF-8 zu achten, um eine Abweisung wegen falscher Schreibweise zu vermeiden. Auch abweichende Schreibweisen, z.B. Abkürzungen, werden nicht akzeptiert und abgewiesen.

Bei Nutzung der Bezeichnung der Leistungsgruppe ist diese kongruent in den Dateien Fall, Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen und Arztqualifikation_ Leistungsgruppen zu verwenden. D.h. die Nutzung der Leistungsgruppenkürzel in einer Datei und die Nutzung der Bezeichnung der Leistungsgruppen in einer anderen ist nicht möglich.

Ausschließlich in der Datei Fall ist es möglich, statt dem fünfstelligen Leistungsgruppenkürzel, z.B. *LG004*, das sechsstellige Leistungsgruppenkürzel, z.B. *LG004F*, anzugeben, wenn der Leistungsgruppen-Grouper diese Eingruppierung vorsieht. In den Dateien Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen und Arztqualifikation_Leistungsgruppen ist dennoch nur das fünfstellige Kürzel anzugeben, da bspw. *LG004* und *LG004F* zusammen die Leistungsgruppe *Komplexe Gastroenterologie* bilden. Das sechsstellige Leistungsgruppenkürzel ist auch über das Datenjahr 2025 hinaus in der Datei Fall anwendbar.

6.5 Datenübermittlung Entgeltbereich PIA

In Verbindung mit dem Prüfauftrag aus § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG zur Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und der Übermittlungspflicht aus § 295 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind Daten für den Entgeltbereich „PIA“ an die Datenstelle zu übermitteln. Dabei sind aus dem Datensatz gemäß § 21 KHEntgG die in der folgenden Aufstellung genannten Datenfelder zu füllen. Die übrigen Datenfelder werden leer (ohne Inhalt) übermittelt.

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA
Datei: Info	
IK	X
Datenerhebung	X
Datum-der-Erstellung	X
E-Mail-Adresse	X
DRG-Grouper	
Krankenhausinformationssystem	
Softwarelösung	
Versionskennung	X
E-Mail-Adresse2	
Datei: Krankenhaus	
IK	X
Erfassungszeitraum	X
KH-Name	X
KH-Art	X
KH-Träger	X
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	

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA
Datei: Fall	
IK	X
Entlassender-Standort	X
Entgeltbereich	X
KH-internes-Kennzeichen	X
Krankenversichertenummer (Versicherten-ID)	X
Vertragskennzeichen-64b-Modellvorhaben	X
IK-der-Krankenkasse	X
Geburtsjahr	X
Geburtsmonat	X
Geschlecht	X
PLZ	X
Wohnort	X
Aufnahmedatum	X
Aufnahmeanlass	
Aufnahmegrund	
Fallzusammenführung	
Fallzusammenführungsgrund	
Aufnahmegewicht	
Entlassungsdatum	X
Entlassungsgrund	
Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag	X
Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag	X
Patientennummer	X
Interkurrente-Dialysen	
Beatmungsstunden	
Behandlungsbeginn-vorstationär	
Behandlungstage-vorstationär	
Behandlungsende-nachstationär	
Behandlungstage-nachstationär	
IK-Verlegungs-KH	
Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich	
Beurlaubungstage-PSY	

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA	
Kennung-Besonderer-Fall-Modellvorhaben		
Verweildauer-Intensiv		
LG-Bezug		
Leistungsgruppe		
Datei: FAB		Datei leer übermitteln (*)
Datei: ICD		
IK	X	
Entlassender-Standort	X	
Entgeltbereich	X	
KH-internes-Kennzeichen	X	
Diagnoseart	X	
ICD-Version	X	
ICD-Kode	X	
Lokalisation	X	
Diagnosensicherheit	X	
Sekundär-Kode	X	
Lokalisation	X	
Diagnosensicherheit	X	
Standortnummer-Behandlungsort		
Datei: Seltene_Erkrankungen		Datei leer übermitteln (*)
Datei: OPS		Datei leer übermitteln (*)
Datei: Entgelte		
IK	X	
Entlassender-Standort	X	
Entgeltbereich	X	
KH-internes-Kennzeichen	X	
IK-Krankenkasse	X	
Entgeltart	X	
Entgeltbetrag	X	
Abrechnung-von		
Abrechnung-bis		
Entgeltanzahl	X	

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA
Tage-ohne-Berechnung-Behandlung	
Tag der Behandlung	X
Datei: LEI	
IK	X
Entlassender-Standort	X
Entgeltbereich	X
KH-internes-Kennzeichen	X
PIA-Leistungsschlüssel	X
PIA-Leistungstag	X
Datei: Standorte	
IK	X
Erfassungszeitraum	X
Standortnummer	X
Standortname	X
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-Kinder-intensivmedizin	
Merkmal-Komplexbehandlung-Schlaganfall	
Anzahl-der-aufgestellten-Betten-HYB	
Datei: Notfallstrukturen	Datei muss nicht übermittelt werden (*)
Datei: Krankenhausstruktur_Fachabteilungen	Datei leer übermitteln (*)
Datei: Krankenhausstruktur_Leistungsgruppen	Datei muss nicht übermittelt werden (*)

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA	
Datei: Arztqualifikation_Standort		Datei muss nicht übermittelt werden (*)
Datei: Arztqualifikation_Leistungsgruppen		Datei muss nicht übermittelt werden (*)
Datei: Arztpersonal		Datei muss nicht übermittelt werden (*)
Datei: Pflegepersonal		
IK	X	
Standortnummer	X	
Merkmal-Bettenführend	X	
Merkmal-Beschäftigungsverhältnis	X	
Entgeltbereich	X	
Fachabteilung	X	
Pflegesensitiver-Bereich	X	
Merkmal-Teilstationäre-Behandlung	X	
Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(alle)	X	
Gesundheits-und-Kinderrankenpfleger/-innen-(alle)	X	
Krankenpflegehelfer/-innen-(alle)	X	
Altenpfleger/-innen-(alle)	X	
Altenpflegehelfer/-innen-(alle)	X	
Akademischer-Pflegeabschluss-(alle)	X	
Medizinische- (alle)	X	
Zahnmedizinische-Fachangestellte-(alle)	X	
Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(alle)	X	
Notfallsanitäter/-innen-und-Rettungsassistent/-innen-(alle)	X	
Pflegeassistenten/-innen- (alle)	X	
Sozialassistenten/-innen-(alle)	X	
Sonstige-Berufe-(alle)	X	
Ohne-Berufsabschluss-(alle)	X	
PflegepersonalGesamt-(alle)	X	

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA
Gesundheits-und-Krankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Gesundheits-und-Kinderkrankenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Krankenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Altenpfleger/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Altenpflegehelfer/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Akademischer-Pflegeabschluss-(Pflege-am-Bett)	X
Medizinische- Fachangestellte-(Pflege-am-Bett)	X
Zahnmedizinische-Fachangestellte-(Pflege-am-Bett)	X
Anästhesietechnische-Assistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Notfallsanitäter/-innen-und-Rettungsassistent/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Pflegeassistenten/-innen -(Pflege-am-Bett)	X
Sozialassistenten/-innen-(Pflege-am-Bett)	X
Sonstige-Berufe-(Pflege-am-Bett)	X
Ohne-Berufsabschluss-(Pflege-am-Bett)	X
PflegepersonalGesamt-(Pflege-am-Bett)	X
Auszubildende	X
Hebammen und Entbindungspleger (Kreißsaal)	
Hebammen und Entbindungspleger (bettenführende Stationen)	
Hebammen und Entbindungspleger (insgesamt)	
Beleghebammen (Kreißsaal)	
Beleghebammen (bettenführende Stationen)	
Beleghebammen (insgesamt)	

(*) "Datei leer übermitteln" bedeutet:

Alle Kopfzeilen gemäß Datensatzbeschreibung des §21-Datensatzes **übermitteln**, aber **keine weiteren Datenzeilen** (Begründung: Datengruppe Falldaten sonst unvollständig).

6.6 Datenübermittlung Modellvorhaben

Für Patienten, die in ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V einbezogen sind, ist bei voll- oder teilstationärer Versorgung ein Datensatz für den Entgeltbereich „PSY“ unter Angabe des Vertragskennzeichens des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zu übermitteln; bei ambulanter Versorgung durch eine Psychiatrische Institutsambulanz ist ein Datensatz für den Entgeltbereich „PIA“ unter Angabe des Vertragskennzeichens des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zu übermitteln. Die spezifischen Leistungen des Modellvorhabens sind durch Angaben in der separaten Datei „Modellvorhaben“ zu übermitteln.