

Fehlerverfahren

für die Datenerhebung 2010 gemäß § 21 KHEntgG

Version 9.0

31. Januar 2011

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	3
Kapitel 1: Übersicht	4
Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung	10
Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung	15
Kapitel 4: Vorprüfung	16
Kapitel 5: Formatprüfung	17
Kapitel 6: Datenprüfung	18

Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen zum Datenübermittlungsverfahren § 21 KHEntgG 2011 (Datenjahr 2010)

Abschaffung des Stornierungsverfahrens

Ab dem Datenjahr 2010 ist aus Vereinfachungsgründen das Stornierungsverfahren nicht mehr notwendig. Eine neue Datenlieferung innerhalb einer Datengruppe ersetzt die vorherige Datenlieferung.

Teilstationäre Behandlung

Krankenhäuser, die an der Kalkulationserhebung teilnehmen, dokumentieren die teilstationären Fälle mit fallbezogenen Angaben in den Dateien: „Fall“, „OPS“, „ICD“, „FAB“, „Entgelte“. Die Datei „Kosten“ enthält die tagesbezogenen Angaben der teilstationären Behandlungskosten und die Datumsangabe des jeweiligen Behandlungstages im Datenfeld „Pflegetag“. Die bisherige kontaktbezogene Übermittlung von teilstationären Fällen im Entgeltbereich DRG entfällt.

Kostendaten Entgeltbereich PSY

Ab dem Datenjahr 2010 übermitteln Krankenhäuser mit einer Kalkulationsvereinbarung auch die Kostendaten in der Datei „Kosten“. Das Datenfeld „Pflegetag“ mit der Datumsangabe des Behandlungstages ist mit entsprechender Sorgfalt zu füllen.

Kapitel 1: Übersicht

Das Fehlerverfahren ist ein zentraler Bestandteil im Prozess der Annahme der § 21-Daten bei der Datenstelle. Mit diesem Dokument werden das Fehlerverfahren und wichtige Aspekte des Datenannahmeverfahrens detailliert beschrieben. Damit ist das Fehlerverfahren für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar. Krankenhäuser erhalten Hintergrundinformationen, um das Fehlerprotokoll der Datenstelle besser verstehen zu können. Herstellern von Krankenhaus-Software wird damit die Einrichtung der Schnittstellen für den Export der § 21-Daten erleichtert.

Bei den § 21-Daten handelt es sich um große Datenmengen in einer komplexen Struktur. Die komplexe Struktur spiegelt sich in der Vielzahl der Dateien, die für eine einzige Datenübermittlung zu verwenden sind, wider.

Folgende Konstellationen können sich bei der Datenübermittlung ergeben:

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

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 oder „PSY“ Entgelt nach BPfIV für psychiatrische Einrichtungen und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG). Das Datenfeld enthält verfahrenssteuernde Informationen und ist mit entsprechender Sorgfalt zu füllen. Der Entgeltbereich „PIA“ für psychiatrische Institutsamublanzen gem. § 118 SGB V ist ab dem Datenjahr 2011 (Datenübermittlung im März 2012) vorgesehen.

Wie ist das Fehlerverfahren aufgebaut?

Das Fehlerverfahren für die § 21-Daten 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.

ß

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.

ß

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. Es erfolgt eine Rückmeldung von der Datenstelle an das Krankenhaus mit dem Nachrichttext über die Abweisung der kompletten Datenlieferung. Die Daten gelten als nicht geliefert. **Das Krankenhaus muss in diesem Fall die Datenlieferung wiederholen.**

Die detaillierten Angaben über Fehler und Hinweise im Fehlerprotokoll stammen aus dem dritten Modul der Datenprüfung.

Das Krankenhaus erhält nach durchgeführter Datenlieferung in jedem Fall eine Antwortmail durch die Datenstelle!

Die Antwortmail enthält ein Fehlerprotokoll in der

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

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 Antwortmail** nach spätestens 10 Werktagen zu überprüfen. Hierzu kann die Hotline der Datenstelle (02131-142840) kontaktiert werden.

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

Eine Antwortmail ist nicht als Quittung für eine erfolgreiche Verarbeitung der Daten anzusehen, da auch die Übermittlung von unverschlüsselten Daten eine Antwortmail mit dem Hinweis auf einen erfolglosen Übermittlungsversuch erzeugt.

Erfahrungsgemäß sollte das Krankenhaus den **Inhalt der Antwortmail** mit Blick auf die Bestätigung einer **erfolgreichen Verarbeitung der Datenlieferung** überprüfen (Fehlerprotokoll mit Anzahl der Fälle). Gegebenenfalls ist zeitnah eine erneute Datenlieferung vorzunehmen.

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

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

Einstufung der Fehler aus der Datenprüfung

Das Fehlerverfahren unterscheidet zwischen Fehlern und Hinweisen. Bei Fehlern werden die betroffenen Datensätze – gegebenenfalls sogar die ganze Datenlieferung – abgewiesen. Bei Hinweisen werden die Daten regulär übernommen, dem Absender aber ein entsprechender Hinweis mitgeteilt. Mit den Hinweismeldungen kann das Krankenhaus seine Daten gezielt überprüfen und korrigiert an die Datenstelle übermitteln.

Auswirkungen der Fehler

Datengruppe	Fehler in Datei	Folge des Fehlers
Krankenhaus-Kopf	Info	Abweisung der kompletten Datenlieferung
	Krankenhaus	Abweisung der kompletten Datenlieferung
Fusionen	Fusionen	Abweisung der kompletten Datei Fusionen
Ausbildung	Ausbildung	Abweisung der kompletten Datei Ausbildung
Ausbildungskosten	Ausbildungskosten	Abweisung der kompletten Datei Ausbildungskosten
Falldaten	Fall	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	FAB	
	ICD	
	OPS	
	Entgelte	
Abrechnung	Abrechnung	Abweisung der kompletten Datei Abrechnung
Kostenmodul	Kostenmodul	Abweisung der kompletten Datei Kostenmodul
Kosten	Kosten	Abweisung des betroffenen Falls in Kosten

Ein Fehler wirkt sich innerhalb seiner Datengruppe aus. Die einzige Ausnahme davon bilden die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“, die quasi 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**.

Die Datei „Fusionen“ wurde aus Vereinfachungsgründen in eine eigene Datengruppe überführt.

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 zu beachten, dass eine Datengruppe, die aus mehreren Dateien besteht, immer komplett übertragen werden muss.

Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung

Die Datenerhebung umfasst alle entlassenen Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres.

Welche Datenlieferungsarten sind möglich?

Die Datenlieferungsarten lassen sich folgendermaßen unterteilen:

Initiallieferung

Alle Daten einer Datenerhebung werden in einem Paket übermittelt. Dies gilt auch für Kalkulationskrankenhäuser.

Es sind folgende Ausprägungen möglich:

1. Reine Ausbildungsstätten (ohne Falldaten eines Krankenhauses) liefern nur die Datengruppen Krankenhauskopf, Ausbildung und ggf. Ausbildungskosten
2. Krankenhäuser ohne Kalkulationsvereinbarung (Entgeltbereich DRG bzw. PSY) liefern die Datengruppen Krankenhauskopf, Fusionen, Ausbildung, Falldaten, Abrechnung
3. Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung liefern die Datengruppen Krankenhauskopf, Fusionen, Ausbildung, Ausbildungskosten (optional), Falldaten, Abrechnung, Kostenmodul (optional) und Kosten (optional).

Die als optional gekennzeichneten Datengruppen müssen nur von Häusern mit einer entsprechenden Kalkulationsvereinbarung übermittelt werden. Sie dürfen in der Initiallieferung entfallen und erst im Rahmen einer späteren Korrekturlieferung nachgeliefert werden.

Hinweis: Die Datei „Fusionen“ muss nur bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen übermittelt werden.

Korrekturlieferung

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

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. über in der Datei „Info“, ist daher nicht erforderlich. Alle späteren Lieferungen gelten als Korrekturlieferungen.

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
- AUSBILDUNGSKOSTEN.CSV
- FALL.CSV
- FAB.CSV
- ICD.CSV
- OPS.CSV
- ENTGELTE.CSV
- KOSTENMODUL.CSV
- KOSTEN.CSV
- ABRECHNUNG.CSV

Datenübermittlung	alle KH	vertraglich vereinbarte zusätzliche Kostendaten (DRG+ PSY)	vertraglich vereinbarte zusätzliche Ausbildungskosten
INFO.CSV	x		
KRANKENHAUS.CSV	x		
AUSBILDUNG.CSV	x		
AUSBILDUNGSKOSTEN.CSV			x
FALL.CSV	x		
FAB.CSV	x		
ICD.CSV	x		
OPS.CSV	x		
ENTGELTE.CSV	x		
KOSTENMODUL.CSV		x	
KOSTEN.CSV		x	
ABRECHNUNG.CSV*	x		
FUSIONEN.CSV	(x)		
<p>* Hinweis zu besonderen Einrichtungen gem. § 17 Abs. 1 KHG: Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei Abrechnung, wenn das Krankenhaus insgesamt besondere Einrichtung ist. Im Übrigen werden in der Datei Abrechnung die DRG-Daten für den Teil des Krankenhauses übermittelt, der nicht besondere Einrichtung ist.</p> <p>* Hinweis zu Einrichtungen gem. § 17 d Abs. 1 KHG: Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei, wenn das Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17 d Abs. 1 Satz 4 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.</p>			

Wie funktionieren Korrekturlieferungen?

Eine Korrekturlieferung ersetzt einzelne Datengruppen vollständig. Sie ist nur zulässig, wenn zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine vollständige Lieferung (Initiaallieferung) 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 sollte eine Korrekturlieferung erst erfolgen, wenn durch die Datenstelle eine Empfangsbestätigung der vorhergehenden Lieferung erfolgt ist.

Grundsätzlich werden bei Korrekturlieferungen die bestehenden Daten aller gelieferten Datengruppen gelöscht und die neugelieferten 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, so dass eine Zuordnung möglich ist.

Ein Krankenhausfall in der Datei „Fall“ muss in der gleichen Datenlieferung auch in der Datei „FAB“, „ICD“ und „Entgelte“ auftreten. In der Datei „OPS“ muss ein Fall nicht zwingend enthalten sein, da Krankenhausfälle ohne dokumentierte Prozeduren möglich sind. Ausnahmen gelten für vorstationäre Fälle und Begleitpersonen.

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

Die fallbezogenen Kostendaten werden autark behandelt. 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 bei den medizinischen Falldaten.

Es ist zu beachten, dass bei jeder Lieferung die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“ übermittelt werden müssen.

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:

- „2010.DRG“: Wenn eine Korrekturlieferung in dem Feld „Datenerhebung“ den Wert „2010.DRG“ enthält, dürfen in der Datei KOSTEN.CSV nur Kosten für den Entgeltbereich „DRG“ geliefert werden. Im Rahmen einer solchen Korrekturlieferung werden alle Kostendaten für den Entgeltbereich „DRG“ gelöscht und durch die neu gelieferten Kostendaten ersetzt. Alle zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Kostendaten für den Entgeltbereich „PSY“ bleiben unverändert erhalten.
- „2010.PSY“: Wenn eine Korrekturlieferung in dem Feld „Datenerhebung“ den Wert „2010.PSY“ enthält, 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 diesem Zeitpunkt vorhandenen Kostendaten für den Entgeltbereich „DRG“ bleiben unverändert erhalten.

Bitte beachten Sie, dass die besondere Kennzeichnung im Feld Datenerhebung nur für die Datei KOSTEN.CSV gilt. Für alle anderen Dateien ist eine getrennte Lieferung von DRG und PSY Fällen nicht möglich!

Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung

Wie sind die Daten zu übermitteln und zu verschlüsseln?

Die Übermittlung der § 21-Daten erfolgt per Mail und ist auch für Datenmengen mit einem Volumen von über 5 MB möglich. Alternativ wird für große Datenmengen die Nutzung einer Drop-Box angeboten. Die Übermittlung kann ausnahmsweise auch per Post erfolgen. Eine Datenlieferung per Post wird nur verarbeitet, wenn sie auf gesichertem Transportweg mit einem beiliegenden Datenträgerbegleitzettel verschickt wurde. Der Datenträgerbegleitzettel kann bei der Datenstelle angefordert werden.

Das Verwenden einer Verschlüsselung ist Pflicht. Unverschlüsselte § 21-Daten dürfen von der Datenstelle nicht verarbeitet werden und werden vernichtet. Der Datenabsender wird hierüber per E-Mail informiert. Die Datenlieferung ist vom Krankenhaus erneut verschlüsselt zu übermitteln.

Als Verschlüsselungsverfahren ist PGP oder ein entsprechendes OpenSource-Produkt z.B. OpenPGP (www.gnupp.de) oder Gpg4win (www.gpg4win.de) zugelassen. Die Dateien sind mit dem öffentlichen Schlüssel der Datenstelle zu verschlüsseln. Damit kann die verschlüsselte Datenlieferung nur noch von der Datenstelle entschlüsselt werden. Detaillierte Informationen zum Thema Verschlüsselung finden Sie auf den Web-Seiten des InEK (www.g-drg.de) unter dem Punkt „Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG“.

Wie können die Daten komprimiert werden?

Zur Komprimierung einer Datenlieferung darf eines der Komprimierungsverfahren ZIP oder RAR verwendet werden. Für die Verarbeitung spielt es keine Rolle, ob die Dateien einzeln oder gemeinsam komprimiert werden. Des Weiteren spielt es keine Rolle, ob die Daten erst komprimiert und dann verschlüsselt werden oder umgekehrt.

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

Kapitel 4: Vorprüfung

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

- Bei postalischer Übermittlung (CD oder DVD): Liegt ein Datenträgerbegleitzettel bei?
- Ist die empfangene Datenlieferung eine § 21-Datenlieferung?
- 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 Mailadresse enthält, wird eine entsprechende Benachrichtigung an diese Adresse geschickt, sonst an die Absenderadresse der Datenlieferung.

Das Krankenhaus erhält nach durchgeführter Datenlieferung in jedem Fall (auch bei fehlerfreier Vorprüfung) eine Antwortmail durch die Datenstelle.

Kapitel 5: Formatprüfung

Die Dateien werden analysiert und die Datenformate überprüft. Dieses 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 diese Zuordnung nicht erfolgen, z. B. durch fehlerhafte Fallnummern in den ICD-Daten, wird dieses als Formatfehler ausgegeben.

Darüber hinaus führen doppelte Fälle in der Datei „Fall“ zu einem Formatfehler, da die Zuordnung der ICD-/OPS-/FAB- und Entgeltdaten 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.

Kapitel 6: Datenprüfung

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

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	Muss-Felder dürfen nicht leer sein
Typ	Der angegebene Wert muss dem Typ (AN=Alphanumerisch, NUM=Zahl, Date8=JJJJMMTT, Date12=JJJJMMTTHHMM) entsprechen. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein. 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. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Länge-Min	Minimale Länge der Zeichenfolge in diesem Feld. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Länge-Max	Maximale Länge der Zeichenfolge in diesem Feld. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Anz Komma Min	Angabe der Nachkommastellen, die bei numerischen Feldern mindestens angegeben sein müssen. Dezimaltrennzeichen ist ausschließlich das Komma. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Anz Komma Max	Angabe der Nachkommastellen, die bei numerischen Feldern maximal angegeben sein können. Dezimaltrennzeichen ist ausschließlich das Komma. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
Wert Min	Minimaler Wert bei numerischen Feldern. Der angegebene Wert muss größer/gleich diesem Wert sein. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Wert Max	Maximaler Wert bei numerischen Feldern. Der angegebene Wert muss kleiner/gleich diesem Wert sein. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Auto Cut	Ist dieses Feld mit einem „X“ belegt, werden Angaben in den betroffenen Feldern automatisch auf die maximale Länge (Länge Max) abgeschnitten.
Kategorie	Klassifizierung der Feldprüfungen zum Feld. Fehler führen zu Abweisungen, Hinweise nur zu Mitteilungen im Fehlerprotokoll. 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.

Meldungen der Feldprüfung

Die Meldungen im Fehlerprotokoll, 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

Allgemeine Hinweise

Die Spalte „Softwarelösung“ der Datei „Info“ ist in der Datensatzbeschreibung als geklammertes Feld angegeben. Dieses Feld ist nicht optional, es muss in der Datei „Info“ enthalten sein, kann aber ohne Werte übermittelt werden (Kann-Feld). Die Klammern sind nicht zu übermitteln.

Im Feld „Versionskennung“ ist nur der Wert „20110102“ zugelassen. Mit diesem wird die Version des verwendeten § 21-Datensatzes angegeben. Nach jeder Fortschreibung des § 21-Datensatzes wird ein neuer Wert definiert. Die Datenstelle kann an diesem Wert erkennen, welches Fehlerverfahren anzuwenden ist.

Besonderer Hinweis: IK-der-Krankenkasse

Dieses Feld muss bei GKV-Patienten angegeben werden. Falls das Feld nicht leer ist, erfolgt eine Prüfung der angegebenen Krankenkassen-IK. Die Prüfung erzeugt einen Hinweis bei unbekannter Nummer.

Besonderer Hinweis: IK-des-Krankenhauses bei Ausbildungsstätten Typ C, die an der Ausbildungskostenkalkulation teilnehmen

Ausbildungsstätten, die an der Kalkulation der Ausbildungskosten teilnehmen und kein Institutionskennzeichen des Krankenhauses haben (Ausbildungsstätten Typ C), nehmen vor Datenübermittlung Kontakt mit dem InEK auf, um die Zuordnung eines Pseudo-Institutionskennzeichens für die Datenübermittlung abzustimmen. Die Datei „Ausbildung“ und die Datei „Ausbildungskosten“ sind, ggf. mit den zusammengeführten Daten mehrerer Standorte, jeweils mit der identischen Pseudo-IK, in einer Datenlieferung zu übermitteln.

Besonderer Hinweis: Entlassender Standort

Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrages vor, ist das Datenfeld leer zu übermitteln.

Krankenhäuser, auf die der o. g. Sachverhalt zutrifft, übermitteln eine Aufstellung der unterschiedlichen Standorte mit der jeweils vergebenen laufenden Nummer (numerisches Datenfeld) an die Datenstelle.

Besonderer Hinweis: Entgeltbereiche „DRG“ 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 oder „PSY“ Entgelt nach BPfIV für psychiatrische Einrichtungen und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG). Die Kennzeichnung erfolgt stringent in allen dem Fall zugehörigen Dateien: „Fall“, „FAB“, „ICD“, „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 in beiden Bereichen „DRG“ und „PSY“ hat das Krankenhaus eine Fallaufteilung in die beiden Bereiche durchzuführen. Dementsprechend werden sogenannte Mischfälle (Aufenthalt in dem Bereich DRG und Psychiatrie) getrennt. Entscheidendes Zuordnungskriterium ist das für den Fall abgerechnete Entgelt.

Besonderer Hinweis: Entgeltbereich „PIA“

Erst ab dem Jahr 2012 sind Fälle des Entgeltbereichs „PIA“ (psychiatrische Institutsambulanzen) übermittlungspflichtig. Das Datenfeld „Diagnosensicherheit“ ist für das Datenjahr 2010 ohne Angabe (leer) zu übermitteln.

Besonderer Hinweis: Datenfeld „PLZ“

Das Datenfeld „PLZ“ ist ab dem Datenjahr 2010 ein Mussfeld. Falls für einen Patienten keine PLZ aus Deutschland vorliegt (z.B. Wohnsitz im Ausland), ist der Wert „00000“ zu kodieren.

Besonderer Hinweis: Begleitpersonen/Vorstationär behandelte Fälle

Bei Begleitpersonen (Aufnahmeanlass = „B“) sind die Felder „Geburtsjahr“, „Geschlecht“, „PLZ“, „Aufnahmegrund“, „Entlassungsgrund“ und „Alter“ nicht zu füllen. Ebenso entfallen Fachabteilungs-, Diagnose- und Prozedurenangaben.

Es sind nur die Datensätze der medizinisch veranlassten Begleitpersonen zu übermitteln.

Bei vorstationär behandelten Fällen (Aufnahmegrund beginnt mit „04“) entfällt die Prüfung auf Existenz einer Hauptdiagnose.

Besonderer Hinweis: Diagnosenprüfung

Bei Diagnoseangaben sind die Versionen ICD-10-GM Version 2009 und ICD-10-GM Version 2010 zugelassen. Die Version ICD-10-GM Version 2009 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2009, Entlassung in 2010) verwendet werden.

Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der ICD-10-GM Version 2009 für Patienten, die im Jahr 2010 aufgenommen wurden, sind nicht zugelassen und erzeugen einen Fehler.

Je Fall ist genau eine Hauptdiagnose anzugeben. Eine fehlende Hauptdiagnose führt zu einem Fehler. Ausnahme: Begleitpersonen (Aufnahmeanlass = „B“) und vorstationäre Fälle (Aufnahmegrund beginnt mit „04“). Die Angabe von mehr als einer Hauptdiagnose je Fall führt immer zu einem Fehler.

Es wird je Fall geprüft, ob eine Nebendiagnose doppelt vorkommt. Gegebenenfalls wird für die erste doppelte Nebendiagnose eine Hinweismeldung generiert.

Hinweis:

- 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 2010):

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

Besonderer Hinweis: Prozedurenprüfung

Bei Prozedurenangaben sind die Versionen OPS Version 2009 und OPS Version 2010 zugelassen. Die Version OPS Version 2009 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2009, Entlassung in 2010) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der OPS Version 2009 für Patienten, die im Jahr 2010 aufgenommen wurden, sind nicht zugelassen und 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 Beatmungstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend der DKR 1001 (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Der Wert „0“ gilt als nicht angegeben.

Beispiele (OPS Version 2010)

5-534.01	OK
553401	OK
8-836.3a	OK
88363a	OK
5531.3	Fehler: Nicht terminaler Kode für Prozedur
X531	Fehler: Prozedur unbekannt

Die Prozedur 9-990 *Klinische Obduktion bzw. Obduktion zur Qualitätssicherung* unterliegt nicht der Übermittlungspflicht gemäß § 21 KHEntgG.

Die Lokalisation wird in einem gesonderten Datenfeld angegeben.

Hinweis für die Datenübermittlung im März 2011 (Erhebung ab dem 1. Januar 2010): 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.

Besonderer Hinweis: 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 FPV 2010 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 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 zu füllen.

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

Besonderer Hinweis: Datenfeld „Pflegetag“ in der Datei „Kosten“

In der Datei „Kosten“ ist das neue Datenfeld „Pflegetag“ entsprechend zu füllen. Es ist für jeden Behandlungstag eine Kostenmatrix zu übermitteln.

Krankenhäuser, die an der Kalkulationserhebung teilnehmen, dokumentieren die teilstationären Fälle mit fallbezogenen Angaben in den Dateien: Fall, OPS, ICD, FAB, Entgelte. Die Datei „Kosten“ enthält die tagesbezogenen Angaben der teilstationären Behandlungskosten und die Datumsangabe des jeweiligen Behandlungstages im Datenfeld „Pflegetag“. Die bisherige kontaktbezogene Übermittlung von teilstationären Fällen im Entgeltbereich DRG entfällt.

Für einen vollstationären Behandlungsfall im Entgeltbereich DRG (für vollstationäre Fälle, Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle) wird im Datenfeld „Pflegetag“ das Aufnahmedatum angegeben.

Im Entgeltbereich PSY (vollstationär oder teilstationär) sowie für den Entgeltbereich DRG (teilstationär) wird für den Behandlungsfall in der Datei „Kosten“ jeweils das

Datum der Leistungserbringung angegeben.

Besonderer Hinweis: Datei „Ausbildung“ und „Ausbildungskosten“

In dem Datenfeld „Personalkosten je examinierte Vollkraft“ sind die durchschnittlichen Personalkosten einer examinierten Pflegevollkraft für die jeweiligen Ausbildungsberufe: A05 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, A06 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in 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 Mussfeld „Personalkosten je examinierte Vollkraft“ die Angabe „0“ gemacht. Hintergrund der Notwendigkeit dieses Datenfeldes ist die Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen gem. § 17a KHG in Verbindung mit den gezahlten Ausbildungsvergütungen.

Wichtig: 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" zu Grunde 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.

Wichtig: 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.).

Wichtig: Die gesamten Ausbildungsvergütungen (nicht nur die Mehrkosten) im jeweiligen Ausbildungsberuf sind ausschließlich im Datenfeld „Ausbildungsvergütung“ anzugeben. Es sind die Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 46 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 Mussfeld ist, muss bei dem Sonderfall von fehlenden Ausbildungsplätzen insgesamt 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.

Besonderer Hinweis: Datei „Ausbildungskosten“

Die Datei „Ausbildungskosten“ wird von Krankenhäusern übermittelt, die mit dem InEK eine Kalkulationsvereinbarung (Teilnahme an der Kalkulation von Ausbildungskosten) abgeschlossen haben. Die Datei „Ausbildungskosten“ kann nur verarbeitet werden, wenn eine entsprechende Kalkulationsvereinbarung mit dem InEK vorliegt.

Die Kennzeichnung des Ausbildungsstättentyps (Ausbildungsstättentyp_Kalk und/oder Ausbildungsstätten-Typ gem. Datenübermittlung § 21 KHEntgG) orientiert sich an der zu übermittelnden Datei und ist entsprechend zu berücksichtigen:

Ausbildungsstättentyp_Kalk	entspricht Ausbildungsstätten-Typ (Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG)
A	1+2
B	3+4

Besonderer Hinweis: Tage ohne Berechnung/Behandlung

Zur korrekten Berechnung der Verweildauer ist es zwingend erforderlich, dass in der Datei „Fall“ in das 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 Entgeltart „00000000“ ist zusätzlich die fallbezogene Anzahl der Tage ohne Berechnung/Behandlung oder der Wert ‚0‘ anzugeben. Die Angabe dient der Verweildauerermittlung und muss daher entsprechend sorgfältig gefüllt werden.

Datengruppe: Krankenhauskopf

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Info	IK	M	AN	X								Fehler
Info	Datenerhebung	M	AN	X								Fehler
Info	Datum-der-Erstellung	M	DATE12									Fehler
Info	E-Mail-Adresse	M	AN		0	50						Fehler
Info	DRG-Groupier	K	AN		0	25					X	Hinweis
Info	Softwarelösung	K	AN		0	25					X	Hinweis
Info	Versionskennung	M	AN	X								Hinweis
Krankenhaus	IK	M	AN	X								Fehler
Krankenhaus	KH-Name	M	AN		0	50						Fehler
Krankenhaus	KH-Art	M	AN	X	0	1						Hinweis
Krankenhaus	KH-Träger	M	AN	X	0	1						Hinweis
Krankenhaus	Betten-DRG	M	NUM		1	4	0	0	0			Fehler
Krankenhaus	Betten-PSY	M	NUM		1	4	0	0	0			Fehler
Krankenhaus	Merkmal-Zu-Abschläge	K	AN		1	6						Hinweis
Krankenhaus	Regionale-Versorgungs- verpflichtung	M	AN	x	1	1						Fehler

Datengruppe: Fusion

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komm a Min	Anz Komm a Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Fusionen	IK	M	AN	X								Fehler
Fusionen	IKF	M	AN	X								Fehler
Fusionen	Falldaten-von	M	DATE8									Fehler
Fusionen	Falldaten-bis	M	DATE8									Fehler

Datengruppe: Falldaten

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Fall	IK	M	AN	X								Fehler
Fall	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
Fall	Entgeltbereich	M	AN	X	3	3						Fehler
Fall	KH-internes -Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Fall	IK-der-Krankenkasse	K ^{*4)}	AN	X								Hinweis
Fall	Geburtsjahr	K ^{*1)}	NUM		4	4	0	0	1884	2009		Fehler
Fall	Geburtsmonat	K	NUM		1	2	0	0	1	12		Fehler
Fall	Geschlecht	K ^{*1)}	A	X								Fehler
Fall	PLZ	M	AN	X								Fehler
Fall	Aufnahmedatum	M	DATE12									Fehler
Fall	Aufnahmearbeit	M	AN	X								Fehler
Fall	Aufnahmegrund	K ^{*3)}	AN	X								Fehler
Fall	Fallzusammenführung	M	AN	X								Fehler
Fall	Fallzusammenführungsgrund	K	AN	X								Fehler
Fall	Aufnahmegewicht	K	NUM		1	5	0	0	0			Fehler
Fall	Entlassungsdatum	M	DATE12									Fehler
Fall	Entlassungsgrund	K ^{*2)}	AN	X								Fehler
Fall	Alter-in-Tagen-am- Aufnahmetag	K	NUM		1	3	0	0	0	366		Fehler
Fall	Alter-in-Jahren-am- Aufnahmetag	K	NUM		1	3	0	0	0	124		Fehler

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komm a Min	Anz Komm a Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Fall	Patientennummer	M	AN		1	15						Fehler
Fall	interkurrente-Dialysen	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Beatmungsstunden	K	AN		1	4	0	0	0			Fehler
Fall	Behandlungsbeginn- vorstationär	K	DATE8									Fehler
Fall	Behandlungstage-vorstationär	K	NUM		1	1	0	0	0			Fehler
Fall	Behandlungsende- nachstationär	K	DATE8									Fehler
Fall	Behandlungstage- nachstationär	K	NUM		1	2	0	0	0			Fehler
Fall	IK-Verlegungs-KH	K	AN	X								Hinweis
Fall	Belegungstage-in-anderem- Entgeltbereich	K	NUM		1	2	0	0	0			Fehler
Fall	Beurlaubungstage-PSY	K	NUM		1	2	0	0	0			Fehler
FAB	IK	M	AN	X								Fehler
FAB	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
FAB	Entgeltbereich	M	AN	X	3	3						Fehler
FAB	KH-internes -Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
FAB	FAB	M	AN	X								Fehler
FAB	FAB-Aufnahmedatum	M	DATE12									Fehler
FAB	FAB-Entlassungsdatum	M	DATE12									Fehler
ICD	IK	M	AN	X								Fehler
ICD	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
ICD	Entgeltbereich	M	AN	X	3	3						Fehler
ICD	KH-internes -Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
ICD	Diagnoseart	M	AN	X								Fehler
ICD	ICD-Version	M	AN	X								Fehler
ICD	ICD-Kode	M	AN									Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
ICD	Diagnosensicherheit	K* ⁵	A	X	1	1						Hinweis
ICD	Sekundär-Kode	K	AN									Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
ICD	Diagnosensicherheit	K* ⁵	A	X	1	1						Hinweis

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komm a Min	Anz Komm a Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
OPS	IK	M	AN	X								Fehler
OPS	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
OPS	Entgeltbereich	M	AN	X	3	3						Fehler
OPS	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
OPS	OPS-Version	M	AN	X								Fehler
OPS	OPS-Kode	M	AN									Fehler
OPS	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
OPS	OPS-Datum	M	DATE12									Fehler
OPS	Belegoperator	K	AN	X								Fehler
OPS	Beleganästhesist	K	AN	X								Fehler
OPS	Beleghebamme	K	AN	X								Fehler
Entgelte	IK	M	AN	X								Fehler
Entgelte	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
Entgelte	Entgeltbereich	M	AN	X	3	3						Fehler
Entgelte	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Entgelte	IK-Krankenkasse	K	AN	X								Hinweis
Entgelte	Entgeltart	M	AN	X	8	8						Fehler
Entgelte	Entgeltbetrag	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Entgelte	Entgeltanzahl	M	NUM		1	3	0	0	0	999		Hinweis
Entgelte	Tage-ohne-Berechnung- Behandlung	K	NUM		1	2	0	0	0			Hinweis

*1) Muss-Feld, falls keine Begleitperson

*2) Muss-Feld, falls keine Begleitperson und kein vorstationärer Fall

*3) Muss-Feld, falls keine Begleitperson

*4) Muss-Feld, falls GKV-Patient

*5) für das Datenjahr 2010 Datenfeld leer

Datengruppe: Ausbildung

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Ausbildung	IK	M	AN	X								Fehler
Ausbildung	Ausbildungsstätte	M	AN	X								Fehler
Ausbildung	Ausbildungsstätten-Typ	M	AN	X								Fehler
Ausbildung	Ausbildungsplätze insgesamt	M	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildungsplätze des- KH	K	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildungsplätze für andere-KH	K	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildende	M	NUM		1	6	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Auszubildende im- eigenen-KH	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubis-J1	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubis-J2	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubis-J3	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Auszubildende an- anderen-KH	K	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildungsvergütungen	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Personalkosten-je-VK	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Kosten-Unterricht	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Kosten-praktische- Ausbildung	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Sachaufwand- Ausbildungsstätte	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Gemeinkosten Ausbildungsstätte	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Vereinbarte- Gesamtkosten- Ausbildungsstätte	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildungs- kosten	IK	M	AN	X								Fehler
Ausbildungs- kosten	Ausbildungsstätte	M	AN	X								Fehler
Ausbildungs- kosten	Ausbildungsstättentyp- Kalk	M	A	X								Fehler

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Ausbildungs- kosten	Finanzierungstatbestand	M	N	X	3	3	0	0	0			Fehler
Ausbildungs- kosten	Kostenwert	M	N		1	10	0	2	0			Fehler

Datengruppe: Kostenmodul

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Kostenmodul	IK	M	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Kostenstellengruppe	M	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Kostenartengruppe	M	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Leistungsart	M	AN		2	50						Fehler

Datengruppe: Kosten

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Kosten	IK	M	AN	X								Fehler
Kosten	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
Kosten	Entgeltbereich	M	AN	X	3	3						Fehler
Kosten	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Kosten	Kostenstellengruppe	M	AN	X								Fehler
Kosten	Kostenartengruppe	M	AN	X								Fehler
Kosten	Kostenwert	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Kosten	Pflegetag	M	AN		8	8						Fehler

Datengruppe: Abrechnung

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
Abrechnung	IK	M	AN	X								Fehler
Abrechnung	DRG-Fälle-vereinbart	M	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Abrechnung	DRG-Fälle-abgerechnet	M	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Abrechnung	Bewertungsrelationen- vereinbart	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Abrechnung	Bewertungsrelationen- abgerechnet	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Abrechnung	Erlösausgleich-§4-Abs-3	K	NUM		1	11	0	2				Fehler

Datenübermittlung Entgeltbereich PIA ab dem Datenjahr 2011

Ab dem Datenjahr 2011 sind in Verbindung mit dem Prüfauftrag aus § 17d Abs. 1 Satz 3 KHG zur Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V) und der Übermittlungspflicht aus § 295 Abs. 1 Satz 3 SGB V Daten für den Entgeltbereich „PIA“ an die Datenstelle zu übermitteln. Dabei sind nach aktueller Einschätzung aus dem Datensatz gem. § 21 KHEntgG die in der folgenden Aufstellung genannten Datenfelder zu füllen. Die übrigen Datenfelder werden leer (ohne Inhalt) übermittelt.

Nachfolgende Aufstellung stellt eine Orientierungshilfe dar und ersetzt nicht eine abschließende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene.

Übersicht zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA (ab dem Datenjahr 2011)

Datei: Info

Datenerhebung
Datum der Erstellung
E-Mail-Adresse
Versionskennung

Datei: Krankenhaus

Institutionskennzeichen der Krankenhauses
Name des Krankenhauses
Art des Krankenhauses
Art der Trägerschaft

Datei: Fall

Entgeltbereich
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls
Institutionskennzeichen der Krankenkasse
Geburtsjahr
Geburtsmonat*
Geschlecht
PLZ
Aufnahmedatum (erster Kontakt im Quartal)
Entlassungsdatum (letzter Kontakt im Quartal)
Alter in Tagen am Aufnahmetag*
Alter in Jahren am Aufnahmetag
Patientennummer

Datei: ICD

ICD-Version
Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)
Lokalisation
Diagnosensicherheit
Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)
Lokalisation
Diagnosensicherheit

Datei: Entgelte

Entgeltart
Entgeltbetrag
Entgeltanzahl

* bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres