

Fehlerverfahren

für die Datenerhebung 2009 gemäß § 21 KHEntgG

Version 8.0

datenlieferung@datenstelle.de*

(*diese E-Mailadresse ist ab dem 01.02.2010 aktiviert)

29. Januar 2010

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	3
Kapitel 1: Übersicht	5
Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung	11
Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung	20
Kapitel 4: Vorprüfung	21
Kapitel 5: Formatprüfung	22
Kapitel 6: Datenprüfung	23

Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen zum Datenübermittlungsverfahren § 21 KHEntgG 2010 (Datenjahr 2009)

- **Trennung der Entgeltbereiche „DRG“ und „PSY“ auf Fallebene**

Für die Datenlieferung zum 31.03.2010 ist auf Fallebene ein neues Datenfeld zur Kennzeichnung des behandelnden Entgeltbereichs anzugeben. 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 Fallteilung in die jeweiligen Bereiche durchzuführen.

- **Neues Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ in der Datei „Entgelte“**

Das neue Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ in der Datei „Entgelte“ dient der Verweildauerermittlung. Es ist ausschließlich für die von der Reduktion der Verweildauer betroffene Entgeltart anzugeben. Zur korrekten Verweildauerberechnung ist die korrekte Angabe des Aufnahme- und Entlassungsdatums erforderlich (= bei Verweildauerkürzungen erfolgt keine Anpassung des tatsächlichen Aufnahme- und Entlassungsdatums).

- **Übermittlungspflicht der Daten für Besondere Einrichtungen gem. VBE an die Datenstelle**

Neben dem § 21 KHEntgG regelt auch die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) in § 5 die Übermittlungspflicht der Datensätze für Fälle der Besonderen Einrichtung an die Datenstelle. Die Übermittlungspflicht besteht, für alle voll- und teilstationären Behandlungsfälle, die dem KHEntgG unterliegen.

- **Übermittlung einer konsistenten Patientenummer notwendig**

Die Patientenummer dient im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems u.a. der Überprüfung der Fallzusammenführung (mit unterschiedlichen KH-internen Kennzeichen). Im Rahmen der Datenübermittlung ist dieses Datenfeld sorgfältig zu füllen.

- **Übermittlung der Datei „Ausbildungskosten“ für Krankenhäuser mit Ausbildungskalkulationsvereinbarung**
Erstmalig kann für das Datenjahr 2009 neben der Datei „Ausbildung“ (Übermittlungspflicht für alle Krankenhäuser) eine Datei „Ausbildungskosten“ übermittelt werden. Die Übermittlung der Datei „Ausbildungskosten“ erfolgt nur von Krankenhäusern/Ausbildungsstätten, die an der Ausbildungskostenkalkulation teilnehmen und eine entsprechende Vereinbarung mit dem InEK geschlossen haben. Die Datensatzbeschreibung der CSV-Datei wird in dem Dokument „Kalkulation der Ausbildungskosten“ auf Seite 58 ff. näher beschrieben. Der Kalkulationsleitfaden ist unter www.g-drg.de im Bereich Kalkulation unter Ausbildungskosten §17a KHG erhältlich.
- **Informationen zur Fallzusammenführung in der Datei „Fall“**
Die Datenfelder mit den Angaben zur Fallzusammenführung sind ab dem Datenjahr 2009 in der Datei „Fall“ einzufügen. Die Übermittlung der Angaben zur Fallzusammenführung in der Datei „Entgelte“ entfällt.

Bitte beachten Sie die geänderte E-Mailadresse* der Datenstelle:

datenlieferung@datenstelle.de

* Diese E-Mailadresse ist ab 01.02.2010 aktiviert.

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. Definiert sind 13 verschiedene Dateien; eine Datenlieferung im Jahr 2010 (Datenerhebung 2009) besteht aus bis zu 10 Dateien, an der Kalkulation teilnehmende Krankenhäuser übermitteln insgesamt bis zu 13 Dateien.

Neu ab der Datenübermittlung zum 31.03.2010:

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.

Wie ist das Fehlerverfahren aufgebaut?

Das Fehlerverfahren für die § 21-Daten ist modular aufgebaut. Die Daten werden von drei hintereinanderliegenden 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 sind
oder
- b.) bei Hinweisen und Fehlern in der Datenlieferung die Fallzahl mit allen
Meldungen aufgeführt ist.

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
Krankenhauskopf	Info	Abweisung der kompletten Datenlieferung
	Krankenhaus	Abweisung der kompletten Datenlieferung
	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	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	ICD	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	OPS	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	Entgelte	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, 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 (die Datei „Fusionen“ ist hiervon ausgenommen), da die Informationen in diesen Dateien für die Steuerung des Verfahrens eine zentrale Rolle spielen. Die Daten gelten im Fall der fehlerhaft gefüllten Datengruppe Krankenhauskopf **als nicht übermittelt**. Die Datei „Fusionen“ beinhaltet Informationen für den Fall, dass ein Krankenhaus für Krankenhäuser, die mit ihm im

Datenjahr fusionierten, Daten übermittelt.

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 ist erforderlich, da die Möglichkeit von Teillieferungen (z. B. nur Kostendaten) existiert und nicht alle Krankenhäuser alle Datengruppen übermitteln müssen.

Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung

Die Datenerhebung umfasst alle entlassenen Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres.

Welche Datenlieferungsarten sind möglich?

Die Datenlieferungsarten lassen sich folgendermaßen unterteilen:

- **Vollständige Lieferung (Regelfall)**
Alle Daten einer Datenerhebung werden in einem Paket übermittelt. Dies gilt auch für Kalkulationskrankenhäuser.
- **Teillieferung**
Teillieferungen für einen unterjährigen Zeitraum (bspw. erstes Halbjahr eines Datenjahres) sind nicht zulässig. Datenlieferungen, bei denen nicht alle Falldaten komplett übermittelt werden, sind im Rahmen des Korrekturverfahrens weiterhin möglich. Aufgeteilt werden können Datenlieferungen zwischen den fallbezogenen Datengruppen. Beispielsweise können die Kalkulationskrankenhäuser ihre Kalkulationsdaten getrennt von den medizinischen Falldaten übermitteln.
- **Storno-Lieferung Fall**
Einzelne Fälle werden gezielt storniert. **Wichtig! Die Stornierung ist Voraussetzung für eine Korrekturlieferung.** Die Stornokennzeichnung ist in der Datei „Info“ zu übermitteln (für die Stornierung einer vorausgegangenen Datenübermittlung des Datenjahres 2009 lautet die Stornokennzeichnung „2009.S“).
- **Korrekturlieferung**
Wichtig! Übermittlung korrigierter Daten, die vorher durch eine Storno-Lieferung storniert wurden.

Storno-Lieferung Datenerhebung

Eine komplette Datenerhebung wird storniert.

Mit Ausnahme der Datenübermittlungsart Storno ist im § 21-Datensatz keine Kennzeichnung der Übermittlungsart vorgesehen.

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)	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)		

* 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.

* 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.

Wie funktionieren Stornolieferungen?

Stornolieferungen werden im Fehlerverfahren gesondert behandelt und müssen zwingend einer Korrekturlieferung als eigenständige Lieferung vorangestellt werden. Stornolieferungen sind Datenlieferungen, die im Feld „Datenerhebung“ der Datei „Info“ explizit mit dem Kennzeichen „2009.S“ gekennzeichnet sind.

Drei Varianten sind vorgesehen:

- a.) Stornierung sämtlicher Daten
- b.) Stornierung einer Datengruppe
- c.) Stornierung einzelner Fälle innerhalb einer Datengruppe

a.) **Stornierung sämtlicher Daten einer Datenerhebung**

Für die Stornierung **aller** Daten einer Datenerhebung genügt die Übermittlung einer Datei „Info“ mit einer entsprechenden Kennzeichnung im Feld „Datenerhebung“ („2009.S“).

Konsequenz: Alle bereits übermittelten Daten werden gelöscht (auch die Datei „Ausbildung“)!

b.) **Stornierung einer Datengruppe**

Für die Stornierung einer Datengruppe erfolgt die Übermittlung der Datei „Info“ mit einer entsprechenden Kennzeichnung im Feld „Datenerhebung“ („2009.S“) sowie die zu stornierende **leere** Datei der Datengruppe (**nur mit Kopfzeile**). Die Datei „Fall“ ohne Dateninhalt bewirkt bspw. eine Stornierung der kompletten Datengruppe „Falldaten“. Komplette storniert werden können die Datengruppen „Falldaten“ und „Kosten“, daher ergeben sich die folgenden möglichen Konstellationen von zu liefernden Storno-Informationen:

- „Info“ und „Fall“
- „Info“ und „Kosten“
- „Info“ und „Fall“ und „Kosten“

Die Datengruppen „Ausbildung“, „Ausbildungskosten“, „Abrechnung“, „Fusionen“ und „Kostenmodul“ sind aus Vereinfachungsgründen vom Stornierungsverfahren ausgenommen. Hier ersetzt eine Neulieferung immer die letzte Lieferung.

c.) Stornierung einzelner Fälle innerhalb der Datengruppen

Gemäß den Datengruppen werden Fall- und Kostendaten getrennt behandelt. Die Stornierung eines Falls in den Kostendaten führt nicht zu einer Stornierung der medizinischen Daten des Falls, da diese einer anderen Datengruppe zugeordnet sind.

Die übermittelten Dateien werden nur auf die für das Stornoverfahren relevanten Felder geprüft. Bei der fallbezogenen Stornierung sind dies die Felder „IK“, „Entlassender Standort“ und „KH-internes-Kennzeichen“ in den Dateien „Fall“ bzw. „Kosten“. Die Fallnummer (KH-internes-Kennzeichen) muss identisch mit der Fallnummer in der Originallieferung sein. Bei einer Stornolieferung ist der gleiche Formataufbau wie bei einer regulären Datenlieferung zu wählen. Werden einzelne Fälle der Datengruppe „Falldaten“ storniert, werden die entsprechenden Falldaten auch aus den Dateien „Fall“, „ICD“, „OPS“, „FAB“ und „Entgelte“ gelöscht.

Für die Stornierung einzelner Fälle ist die Datei „Info“ mit entsprechender Kennzeichnung im Feld Datenerhebung („2009.S“) und der fallbezogenen Datei der Datengruppe, in der Fälle gelöscht werden sollen, zu übermitteln. Mögliche Konstellationen sind:

- „Info“ und „Fall“
- „Info“ und „Kosten“
- „Info“ und „Fall“ und „Kosten“

Wie funktionieren Korrekturlieferungen?

Alle Fälle einer Korrekturlieferung müssen zunächst durch das Krankenhaus im Rahmen einer Stornolieferung gelöscht worden sein. **Korrekturlieferungen sind nicht explizit zu kennzeichnen. Bei einer Korrekturlieferung dürfen nur bereits stornierte Fälle geliefert werden.**

Um versehentliche Verdrehungen von Stornierung und Korrekturlieferung während des Versands über das Internet zu vermeiden, sollte die Korrekturlieferung mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 30 Minuten nach der Stornierung erfolgen, besser noch sollte die Bestätigung des Empfangs der Stornierung durch die Datenstelle abgewartet werden.

Werden in einer Korrekturlieferung teilweise neue oder nicht stornierte Daten geliefert, wird die betroffene Datengruppe der Korrekturlieferung abgelehnt. Gleiches gilt für Stornolieferungen, die noch nicht gelieferte Daten stornieren (siehe auch Abb. 1 – 3).

Grundsätzlich werden jeweils alle Daten der entsprechenden Fälle in der gesamten Datengruppe ersetzt.

Datengruppen sind:

- Krankenhauskopf: Datei „Info“ und „Krankenhaus“ (zwingender Bestandteil der Datenübermittlung) und Datei „Fusionen“ (optionaler Bestandteil)
- Falldaten: Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“ und „Entgelte“
- Ausbildung: Alle Ausbildungsstätten zusammen
- Ausbildungskosten: Ausbildungskosten im Rahmen der Kalkulation
- Kostenmodul: Alle Kostenmodule zusammen
- Kosten: Alle Kostensätze eines Falls
- Abrechnung: Abrechnungsdaten des Krankenhauses

Achtung: Obwohl die Kostendaten unabhängig vom Fall übermittelt werden können, müssen die Fallnummern (KH-internes-Kennzeichen) in der Datengruppe Falldaten und in den 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.

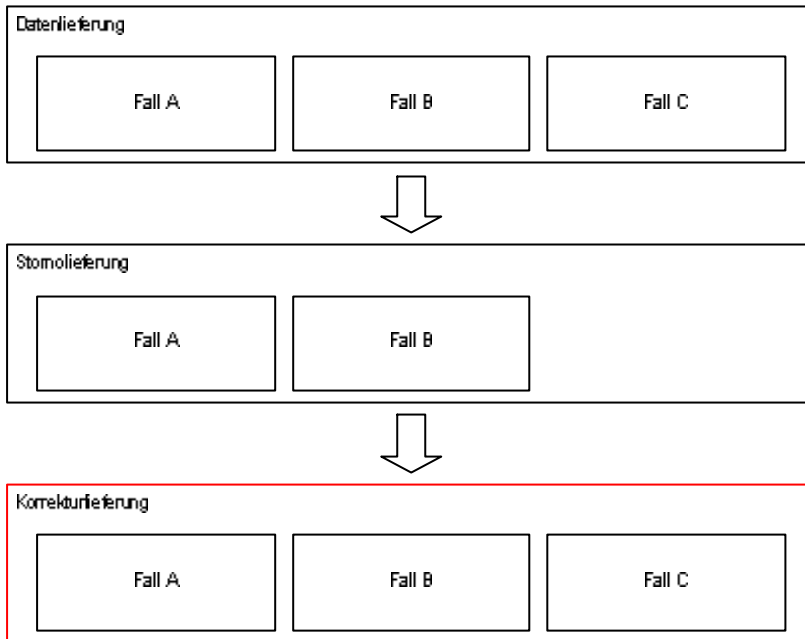
Die fallbezogenen Kostendaten werden autark behandelt. Die fallbezogenen Kostendaten können somit getrennt von der Datengruppe „Falldaten“ übermittelt werden. Ein Fehler in der Datei „Kosten“ führt zur Abweisung aller Datensätze der Datei „Kosten“ mit der gleichen Fallnummer (KH-internes-Kennzeichen),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

Bei jeder Korrekturlieferung müssen die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“ übermittelt werden. Bei Stornolieferungen wird hingegen lediglich die Datei „Info“ übermittelt. Innerhalb dieser Dateien ist keine Aufteilung in Teillieferungen möglich. In einer Korrekturlieferung dürfen keine bereits gelieferten Fälle wiederholt geliefert werden. Bestehende Fälle werden nicht ersetzt oder aktualisiert. Diese müssen im Rahmen des Storno- und Korrekturverfahrens behandelt werden.

Beispiel:

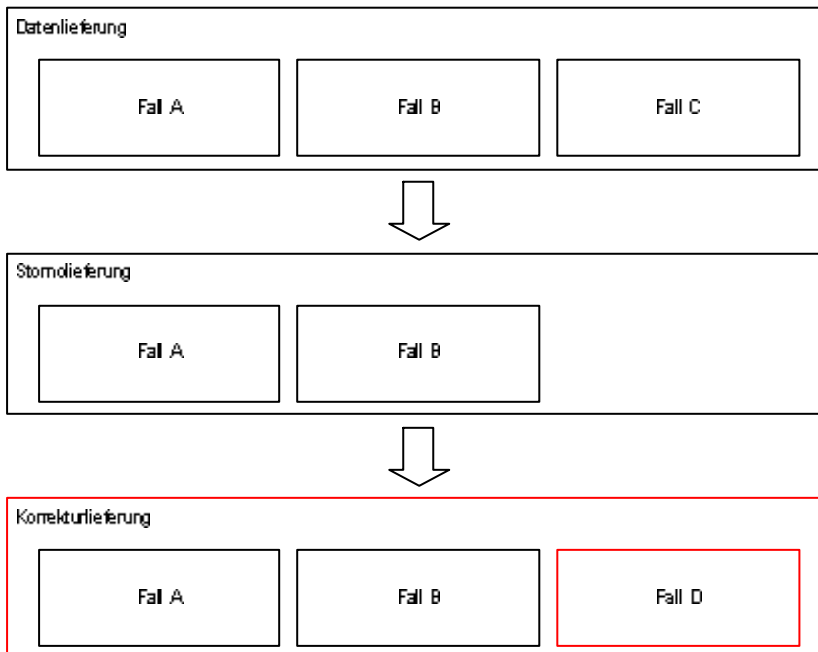
Zunächst werden durch eine Stornolieferung eines Krankenhauses die medizinischen Daten eines Falls (im Storno gelieferte Dateien: „Info“ (mit Stornokennzeichen), „Fall“) gelöscht. Im Rahmen einer Korrekturlieferung werden diese Dateien neu geliefert (Dateien in der Korrekturlieferung: „Krankenhaus“, „Info“, „Fall“, „ICD“, „OPS“, „FAB“ und „Entgelte“) und für das Krankenhaus in der Datenstelle in die Datenbank eingefügt.

Szenario 1



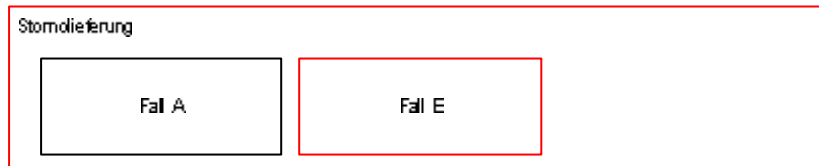
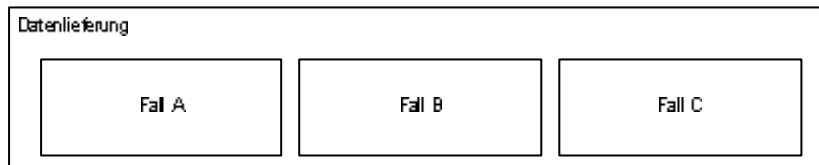
Datengruppe wird abgelehnt, da 'Fall C' nicht storniert wurde.

Szenario 2



Datengruppe wird abgelehnt, da 'Fall D' neu geliefert wurde und damit nicht in eine Korrekturlieferung gehört.

Szenario 3



Datengruppe wird abgelehnt,
da ‚Fall E‘ storniert wurde,
obwohl er vorher nicht geliefert
wurde.

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 (beispielsweise OpenPGP: www.gnupp.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 Webseiten des InEK (www.g-drg.de) unter dem Punkt „Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG“.

Wie können die Daten komprimiert werden?

Zur Komprimierung einer Datenlieferung darf das gängige Komprimierungsverfahren ZIP verwendet werden. Im Zusammenspiel mit einer Verschlüsselung führt eine Komprimierung jedoch zu keiner weiteren Verkleinerung der Dateigröße. Grundsätzlich werden aber auch Kombinationen aus Verschlüsselung und Komprimierung verarbeitet. Die Reihenfolge kann dabei frei gewählt werden.

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 nicht korrekt erfolgen kann.

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.

Die Auswirkungen der Fehler sind in der Tabelle auf Seite 9 aufgeführt.

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).

Im Feld „Versionskennung“ ist nur der Wert „20100101“ 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 unbekanntem IK.

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.

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.

Besonderes Verfahren: Entgeltbereich „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 Fallteilung in die jeweiligen Bereiche durchzuführen. Deswegen werden sogenannte Mischfälle (Aufenthalt in dem Bereich DRG und Psychiatrie) getrennt. Entscheidendes Zuordnungskriterium ist das für den Fall abgerechnete Entgelt.

Besonderer Hinweis: Aufnahmegrund „03 Krankenhausbehandlung, teilstationär“ für Kalkulationskrankenhäuser

Kalkulationskrankenhäuser legen bei der Übermittlung von teilstationären Fällen für jeden Tag, an dem eine teilstationäre Behandlung im Krankenhaus durchgeführt wird, einen eigenständigen Falldatensatz mit einem eigenen KH- internen Kennzeichen an. Dieser Falldatensatz umfasst ebenfalls die Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“ und „Entgelte“. Die Zusammenfassung zu einem Behandlungsfall ist über die Patientennummer sicherzustellen.

Wurde für die teilstationäre Behandlung gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG ein tagesbezogenes Entgelt vereinbart, ist der in Rechnung gestellte **Entgeltbetrag** (Tagessatz) in jedem Datensatz in der Datei „Entgelte“ anzugeben.

Wurde gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG ein fallbezogenes Entgelt vereinbart, ist die abgerechnete **Entgeltart** mit dem entsprechenden Entgeltbetrag in jedem Datensatz anzugeben.

Die Prüfungen E0001, E0002 und ggf. P0011, P0012 für Fälle mit Aufnahmegrund „03“ bei Kalkulationshäusern entfallen.

Besonderes Verfahren: Begleitpersonen/Vorstationär behandelte Fälle

Bei Begleitpersonen (Aufnahmegrund = „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 sowie die Prüfung A0021.

Besonderes Verfahren: Diagnosenprüfung

Bei Diagnoseangaben sind die Versionen ICD-10-GM Version 2008 und ICD-10-GM Version 2009 zugelassen. Die Version ICD-10-GM Version 2008 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2008, Entlassung in 2009) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der ICD-10-GM Version 2008 für Patienten, die im Jahr 2009 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:

- Sekundär Diagnosen 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 2009):

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

Besonderes Verfahren: Prozedurenprüfung

Bei Prozedurenangaben sind die Versionen OPS Version 2008 und OPS Version 2009 zugelassen. Die Version OPS Version 2008 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2008, Entlassung in 2009) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der OPS Version 2008 für Patienten, die im Jahr 2009 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 1001h (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Der Wert „0“ gilt als nicht angegeben.

Beispiele (OPS Version 2009)

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.

Besonderes Verfahren: 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 2009 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.

Besonderes Verfahren: Fallzusammenführung

Die Datenfelder mit den Angaben zur Fallzusammenführung sind ab dem Datenjahr 2009 in der Datei „Fall“ einzufügen. Die Übermittlung in der Datei „Entgelte“ entfällt.

Besonderes Verfahren: 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 Abs. 2 Satz 2 KHG in Verbindung mit den gezahlten Ausbildungsvergütungen.

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.

Besonderes Verfahren: Datei „Ausbildungskosten“

Die Datei „Ausbildungskosten“ wird von Krankenhäusern übermittelt, die mit dem InEK eine Kalkulationsvereinbarung (Teilnahme an der Kalkulation von Ausbildungskosten) abgeschlossen haben. 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 A entspricht Ausbildungsstätten-Typ (Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG) 1+2

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

Ausbildungsstättentyp_Kalk C entspricht Ausbildungsstätten-Typ (Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG) 5+6

Besonderes Verfahren: 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.

Besonderer Hinweis für Kalkulationskrankenhäuser (DRG):

Kalkulationskrankenhäuser geben in der Datei „Abrechnung“ die Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wurden und für die tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen abgerechnet wurden, je Quartal als einen Fall an.

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
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	K	AN	X								Hinweis
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
Fall	Patientennummer	M	AN		1	15						Fehler
Fall	interkurrente-Dialysen	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Beatmungstunden	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

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz a Min	Anz a Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
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	Sekundär-Kode	K	AN									Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
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

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
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

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* ⁵ - Ausbildungsstätte	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Vereinbarte- Gesamtkosten- Ausbildungsstätte	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildungs- kosten	IK* ⁶	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 Komm a Min	Anz Komm a 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

*5) Datei Ausbildung

Korrektur der Feldbezeichnung für Datenfeld: „Gemeinkosten-Ausbildungsstätte“ (Vereinbarung nach § 21 KHEntgG Beschreibung Aufbau der CSV-Datei auf Seite 21)

*6) Datei Ausbildungskosten

Ausbildungsstätten von Typ C, die kein IK haben, nehmen vor der Datenübermittlung mit dem InEK Kontakt auf, um die Zuordnung eines Pseudo-IK für die Datenübermittlung abzustimmen.

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

Das Leerfeld <> in der CSV-Datei „Kostenmodul“ für das Datenfeld „Kalkulationsverfahren“ ist für das Datenjahr 2009 nicht mehr zu übermitteln.

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

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