

Fehlerverfahren

für die Datenübermittlung in 2013 gemäß § 21 KHEntgG

Version 11.0

31. Januar 2013

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Kapitel 1: Übersicht	4
Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung	9
Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung	14
Kapitel 4: Vorprüfung	16
Kapitel 5: Formatprüfung	17
Kapitel 6: Datenprüfung	18

Zusammenfassung

Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen zum Datenübermittlungsverfahren § 21 KHEntgG 2013 (Datenjahr 2012).

Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)

Krankenversichertennummer (Versicherten-ID) als neues Datenfeld (Mussfeld) nach dem Datenfeld „KH-internes Kennzeichen“ eingefügt (aufgrund Artikel 7 Nr. 2 des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22.12.2011).

Prozedurenangaben (Datei OPS):

999-mal wiederholbar

Weitere Änderungen:

Für die „Versionskennung“ ist nur der Wert „20130101“ zugelassen.

Kontaktinformationen der Datenstelle:

InEK GmbH

- Datenstelle -

Auf dem Seidenberg 3

53721 Siegburg

Die Telefonnummer der Hotline: **02241-9382-38**.

Die Mailadresse für Datenlieferungen lautet: **Datenlieferung@datenstelle.de**

Bitte verwenden Sie für Anfragen (auch Supportanfragen) an die Datenstelle ausschließlich die Mailadresse: **Anfragen@datenstelle.de**

Bitte richten Sie Faxanfragen an: **02241-9382-36**.

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.

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)
- Zusatzlieferungen an die Datenstelle: Ergänzende Datenabfrage zu medizinischen Besonderheiten für Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung

Die Daten des Behandlungsfalls werden eindeutig einem Entgeltbereich zugeordnet. Entscheidend ist dabei das für den Fall abgerechnete Entgelt. („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 Institutsambulanzen gem. § 118 SGB V ist seit dem Datenjahr 2011 verpflichtend zu übermitteln.

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.



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

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



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

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

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

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

Das Krankenhaus erhält zu jeder bei der Datenstelle eingegangenen Datenlieferung eine Bestätigungsmail. Für jede verarbeitete Datenlieferung wird darüber hinaus von der Datenstelle eine Antwortmail versendet.

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 (02241/9382-38) 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 gezielte 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 Hinweis auf eine festgestellte Auffälligkeit oder einen möglichen Fehler mitgeteilt. Aufgrund der Hinweismeldungen kann das Krankenhaus seine Daten dann gezielt überprüfen und ggf. eine Korrekturlieferung an die Datenstelle übermitteln.

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

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.

Folgende Ausprägungen sind möglich:

1. Krankenhäuser ohne Kalkulationsvereinbarung liefern die Datengruppen
Krankenhauskopf, Fusionen, Ausbildung, Falldaten, Abrechnung
2. Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung liefern die Datengruppen
Krankenhauskopf, Fusionen, Ausbildung, 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 Daten der entsprechenden Datengruppen aus einer früheren Lieferung vollständig. Ausnahme: Für den Entgeltbereich „PIA“ gilt die folgende Besonderheit: Die Falldaten für den Entgeltbereich „PIA“ können bei Bedarf separat, d.h. unabhängig von den Falldaten der Entgeltbereiche „PSY“ und „DRG“ geliefert werden. Wenn eine Datenlieferung ausschließlich Fälle mit dem Entgeltbereich „PIA“ enthält, werden durch diese Lieferung nur die „PIA“-Falldaten ersetzt, ohne dass ggf. schon vorhandene Falldaten aus den Entgeltbereichen „PSY“ oder „DRG“ gelöscht werden. Analog werden bei einer Datenlieferung, die keine Falldaten mit dem Entgeltbereich „PIA“ enthält, ggf. vorhandene „PIA“-Falldaten nicht gelöscht. Bitte beachten Sie, dass diese Sonderregel ausschließlich für den Entgeltbereich „PIA“ gilt. Eine separate Lieferung der Falldaten für die Entgeltbereiche „PSY“ und „DRG“ ist NICHT möglich. Wird zunächst nur für einen Entgeltbereich übermittelt, müssen die Daten für den fehlenden Entgeltbereich über Korrekturlieferungen mit den Daten für beide Entgeltbereiche nachgeliefert werden.

Reihenfolge der Datenlieferungen

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

Namensgebung der Dateien

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

- INFO.CSV
- KRANKENHAUS.CSV
- FUSIONEN.CSV
- AUSBILDUNG.CSV
- FALL.CSV
- FAB.CSV
- ICD.CSV
- OPS.CSV
- ENTGELTE.CSV
- KOSTENMODUL.CSV

- KOSTEN.CSV
- ABRECHNUNG.CSV

Übersicht der übermittlungspflichtigen Dateien:

Datenübermittlung	alle KH	vertraglich vereinbarte zusätzliche Kostendaten (DRG+PSY)
INFO.CSV	x	
KRANKENHAUS.CSV	x	
AUSBILDUNG.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. § 17d Abs. 1 KHG: Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei, wenn das Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 Satz 4 KHG genannten Einrichtungen erfolgt. Im Übrigen werden in der Datei die DRG-Daten des Krankenhauses für die Behandlungsfälle übermittelt, die dem Entgeltbereich des KHEntgG unterliegen.		

Wie funktionieren Korrekturlieferungen?

Eine Korrekturlieferung ersetzt einzelne Datengruppen vollständig. Sie ist nur zulässig, wenn zu einem früheren Zeitpunkt bereits eine vollständige Lieferung zumindest für einen Entgeltbereich (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 neu gelieferten Daten eingelesen.

Achtung: Obwohl die Kostendaten (im Rahmen einer Korrekturlieferung) unabhängig von den Falldaten übermittelt werden können, müssen die Fallnummern (KH-internes-Kennzeichen) in den Datengruppen Falldaten und Kostendaten übereinstimmen. Ein Krankenhausfall in der Datei „Fall“ muss in der gleichen Datenlieferung auch in der Datei „FAB“, „ICD“ und „Entgelte“ vorhanden sein. 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 dazu führt, dass der Fall (KH-internes-Kennzeichen) in allen Dateien der Datengruppe entfernt wird, d.h. aus allen Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“ und „Entgelte“ **nicht übernommen** wird.

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

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

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:

- „2012.DRG“: Wenn eine Korrekturlieferung in dem Feld „Datenerhebung“ den Wert „2012.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.
- „2012.PSY“: Wenn eine Korrekturlieferung in dem Feld „Datenerhebung“ den Wert „2012.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 zu 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 Fällen mit dem Entgeltbereich „DRG“ und „PSY“ nicht möglich. Eine Korrekturlieferung der Datengruppe „Falldaten“ umfasst immer alle Entgeltbereiche „DRG“, „PSY“ und „PIA“ (soweit im Krankenhaus vorhanden).

Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung

Wie sind die Daten zu übermitteln und zu verschlüsseln?

Die Übermittlung der § 21-Daten erfolgt vorzugsweise auf elektronischem Wege per E-Mail, per DropBox-Verfahren oder über den „InEK-DatenDienst“. Während das DropBox-Verfahren und der „InEK-DatenDienst“ für beliebig große Datenmengen genutzt werden können, ist eine Lieferung per E-Mail nur für Datenmengen von maximal 10 MB möglich. In Ausnahmefällen ist auch die Übersendung einer CD/DVD auf dem Postwege möglich. 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 abgewiesen. Der Datenabsender wird hierüber per E-Mail informiert. Die Datenlieferung gilt in diesem Fall als nicht geliefert und ist vom Krankenhaus erneut verschlüsselt zu übermitteln.

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

Wie können die Daten komprimiert werden?

Bei Nutzung des „InEK-DatenDienst“, werden die Daten vor der Übertragung automatisch komprimiert. Andernfalls besteht die Möglichkeit, die Daten vor der Übermittlung zu komprimieren. Unterstützt werden die Komprimierungsverfahren ZIP und RAR. Für die Verarbeitung können die Dateien einzeln oder gemeinsam komprimiert werden. Die Reihenfolge von Komprimierung und Verschlüsselung kann individuell erfolgen.

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

Das Programm „InEK-DatenDienst“

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

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

Kapitel 4: Vorprüfung

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

- Ist die empfangene Datenlieferung eine § 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. Dies erfolgt über die Kopfzeilen und die Anzahl der Felder innerhalb der einzelnen Dateien. Die Datensätze werden eingelesen und zu den einzelnen Datengruppen, z. B. zur Datengruppe „Falldaten“, zusammengestellt.

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

Darüber hinaus führen doppelte Fälle in der Datei „Fall“ zu einem Formatfehler, da die Zuordnung der ICD-/OPS-/FAB- und Entgeltdaten 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=JJJMMTT, Date12=JJJMMTTHHMM) 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.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
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.
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“ muss in der Datei „Info“ enthalten sein, kann aber ohne Werte übermittelt werden (Kann-Feld).

Im Feld „Versionskennung“ ist nur der Wert „20130101“ 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: Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)

Der unveränderliche Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Abs. 1 Satz 2 SGB V (10-stellige „Versicherten-ID“ der Krankenversichertenkarte) ist anzugeben. Liegt keine Versicherten-ID vor, ist gemäß § 1 Abs. 5 Satz 4 FPV 2012 die für die Abrechnung der Fallpauschale eines gesunden Neugeborenen auf der Rechnung für das Neugeborene ausgewiesene Versicherten-ID der Mutter anzugeben; im Übrigen (z.B. bei Selbstzahlern) ist als Versicherten-ID der Wert „9999999999“ anzugeben.

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

Besonderer Hinweis: Fachabteilungsschlüssel bei Beleghebamme

Die Angabe „J“ ist nur bei einer Haupt- oder Belegabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel „24xx“ (Frauenheilkunde und Geburtshilfe) oder „25xx“ (Geburtshilfe) möglich.

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

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 beiden Entgeltbereichen „DRG“ und „PSY“) getrennt. Entscheidendes Zuordnungskriterium ist das für den Fall abgerechnete Entgelt.

Besonderer Hinweis: Entgeltbereich „PIA“

Für den Entgeltbereich „PIA“ ist die Leistungsdokumentation ab dem 01.01.2013 vorzunehmen. Dabei ist für jeden Tag mit einem unmittelbaren Patientenkontakt der entsprechende Leistungsschlüssel zu dokumentieren. Die Datei „LEI“ ist zum 31.03.2013 (Datenjahr 2012) nicht zu übermitteln. Wenn Entgeltdaten für den Entgeltbereich „PIA“ in elektronischer Form vorliegen und in 2013 bereits übermittelt werden sollen, wird um Rückmeldung an die Datenstelle zur weiteren Abstimmung der Datenübermittlung gebeten.

Besonderer Hinweis: Datenfeld „PLZ“

Die Postleitzahl der Anschrift des Versicherten ist vollständig mit 5 Ziffern anzugeben. Falls für einen Patienten keine PLZ aus Deutschland vorliegt (z.B. Wohnsitz im Ausland), ist der Wert „00000“ zu kodieren.

Besonderer Hinweis: Begleitpersonen

Bei Begleitpersonen (Aufnahmeanlass = „B“) sind die Felder „Geburtsjahr“, „Geschlecht“, „Aufnahmegrund“, „Entlassungsgrund“ und „Alter“ nicht zu füllen. Ebenso entfallen Fachabteilungs-, Diagnose- und Prozedurenangaben. Das Datenfeld „PLZ“ wird mit „00000“ gefüllt. Nur die Datensätze der medizinisch veranlassten Begleitpersonen sind zu übermitteln.

Vorstationär behandelte Fälle

Wird die Aufnahme-diagnose angegeben, ist als Diagnoseart „HD“ anzugeben. Sollen mehrere Aufnahme-diagnosen angegeben werden, ist die erste mit „HD“ und alle weiteren mit „ND“ zu kennzeichnen.

Besonderer Hinweis: Datenfeld „Diagnosensicherheit“

Das Datenfeld „Diagnosensicherheit“ darf ausschließlich für Fälle des Entgeltbereichs „PIA“ gefüllt übermittelt werden. In den Entgeltbereichen „DRG“ und „PSY“ ist das Datenfeld immer ohne Angabe (leer) zu übermitteln.

Besonderer Hinweis: Diagnosenprüfung

Bei Diagnoseangaben sind die Versionen ICD-10-GM Version 2011 und ICD-10-GM Version 2012 zugelassen. Die Version ICD-10-GM Version 2011 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2011, Entlassung in 2012) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der ICD-10-GM Version 2011 für Patienten, die im Jahr 2012 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 (Aufnahmearbeit = „B“). Die Angabe von mehr als einer Hauptdiagnose je Fall führt immer zu einem Fehler.

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 2012):

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

Besonderer Hinweis: Prozedurenprüfung

Bei Prozedurenangaben sind die OPS Version 2011 und OPS Version 2012 zugelassen. Die OPS Version 2011 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2011, Entlassung in 2012) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der OPS Version 2011 für Patienten, die im Jahr 2012 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 Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend der DKR 1001 (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Der Wert „0“ gilt als nicht angegeben.

Beispiele (OPS Version 2012)

5-534.01	OK
553401	OK
8-836.3a	OK
88363a	OK
5531.3	Fehler: Nicht terminaler Code 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.

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 2012 neu eingestuft, sind die Fachabteilungsangaben für Rückverlegungen und Wiederaufnahmen durch Angabe der Pseudo-Fachabteilungen zeitlich zusammenhängend zu übermitteln. Bei Verwendung des Pseudo-Fachabteilungsschlüssels „0001“ und/oder „0002“ in der Datei „FAB“ ist in der Regel eine entsprechende Angabe in der Datei „Fall“ und in der Datei „Entgelte“ notwendig. In der Datei „Fall“ ist bei einer Verlegung (intern oder extern) in den BPfIV-Entgeltbereich das Datenfeld „Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich“ mit der entsprechenden Anzahl von Tagen zu füllen. In der Datei „Entgelte“ ist in jedem Fall im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ eine entsprechende Anzahl von Tagen 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 Datenfeld „Pflegetag“ entsprechend zu füllen. An der Kalkulationserhebung teilnehmende Krankenhäuser dokumentieren teilstationäre 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“. 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“ wird für den Behandlungsfall in der Datei „Kosten“ jeweils das Datum des Behandlungstages angegeben.

Besonderer Hinweis: Datei „Ausbildung“

Die Lieferung der Datei „Ausbildungskosten“ wird von der Datenstelle nicht verarbeitet.

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“ übermittelt. 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. Dabei sind die Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV zu übermitteln.

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

Der gleiche Sachverhalt ergibt sich bei dem Datenfeld „Ausbildungsplätze insgesamt“. Bei einem Ausbildungsverbund, bei dem die Ausbildungsstätte einem Verbund-Krankenhaus zugeordnet ist, dürfen die übrigen Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) keine Ausbildungsplätze angeben. Da das Datenfeld „Ausbildungsplätze insgesamt“ ein Mussfeld ist, muss bedingt durch die

Konstellation des Ausbildungsverbundes das Datenfeld mit dem Wert „0“ gefüllt werden. In den Datenfeldern „Kosten des theoretischen Unterrichts“, „Kosten der praktischen Ausbildung“, „Sachaufwand der Ausbildungsstätte“ und „Gemeinkosten der Ausbildungsstätte“ sind die Ist-Kosten der jeweiligen Ausbildungsstätte zu übermitteln. Die Umlage für Personal- und Sachkosten ist nur zu übermitteln, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird. Das Datenfeld „Sachaufwand der Ausbildungsstätte“ bleibt ggf. leer. Das Datenfeld „Gemeinkosten der Ausbildungsstätte“ bleibt dann ebenfalls leer.

Besonderer Hinweis: Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“

Zur korrekten Berechnung der Verweildauer ist zwingend erforderlich, dass in der Datei „Fall“ im Datenfeld „Entlassungs-/Verlegungsdatum“ das Datum eingetragen wird, an dem der Patient tatsächlich entlassen bzw. verlegt wurde. Hat sich ein Krankenhaus nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf geeinigt, dass ein Krankenhausfall mit einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, sind diese Tage im Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ in der Datei „Entgelte“ bei dem betroffenen Entgelt anzugeben.

Bei Entgeltart „00000000“ ist stets 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.

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

Wichtig für die Verweildauerberechnung ist die Angabe der insgesamt für den Fall angefallenen Tage ohne Berechnung/Behandlung bei der Entgeltart „00000000“. Die Anzahl „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ kann sich ggf. durch Lücken in der Angabe „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ bei aufeinanderfolgenden Angaben ergeben.

Besonderer Hinweis: Datenfeld „Abrechnung von“ / „Abrechnung bis“

Die Angaben entsprechen den Angaben im Rechnungssatz gem. § 301 SGB V. Die Angaben „Abrechnung von“ und „Abrechnung bis“ müssen zu den Angaben in der Falldatei passen. Liegen ausnahmsweise die Angaben nicht vor, ist für Fälle im Entgeltbereich „DRG“ für die DRG-Fallpauschale im Datenfeld „Abrechnung von“ das vollstationäre Aufnahmedatum und im Datenfeld „Abrechnung bis“ das Entlassdatum einzutragen. Die Angabe entfällt für den Entgeltbereich „PIA“.

Besonderer Hinweis: Datenfeld „Tag der Behandlung“

Für die Entgeltbereiche „DRG“ und „PSY“ ist das Datenfeld „Tag der Behandlung“ leer zu übermitteln.

Besonderer Hinweis: Datei Entgelte hier: Übermittlung PKV-Fälle (Beihilfeversicherung)

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

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	0	1						Fehler

Datengruppe: Fusion

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma a Min	Anz Komma 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								Fehler
Fall	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Fall	Krankenversichertennummer (Versicherten-ID)	M	AN		10	10						Fehler
Fall	IK-der-Krankenkasse	K ^{*4)}	AN	X								Hinweis
Fall	Geburtsjahr	K ^{*1)}	NUM		4	4	0	0	1884	2012		Fehler
Fall	Geburtsmonat	K	NUM		1	2	0	0	1	12		Fehler
Fall	Geschlecht	K ^{*1)}	A	X								Fehler
Fall	PLZ	M ^{*1)}	AN		5	5						Fehler
Fall	Aufnahmedatum	M	DATE12									Fehler
Fall	Aufnahmearnass	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

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	Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag	K	NUM		1	3	0	0	0	128		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
Fall	Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich	K	NUM		1	2	0	0	0			Fehler
Fall	Beurlaubungstage-PSY	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
FAB	IK	M	AN	X								Fehler
FAB	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
FAB	Entgeltbereich	M	AN	X								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								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	X								Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
ICD	Diagnosensicherheit	K* ⁵	A	X								Fehler
ICD	Sekundär-Kode	K	AN	X								Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	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
ICD	Diagnosensicherheit	K	A	X								Fehler
OPS	IK	M	AN	X								Fehler
OPS	Entlassender-Standort	K	N			2	0	0				Fehler
OPS	Entgeltbereich	M	AN	X								Fehler
OPS	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
OPS	OPS-Version	M	AN	X								Fehler
OPS	OPS-Kode	M	AN	X								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								Fehler
Entgelte	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Entgelte	IK-Krankenkasse	K	AN	X								Hinweis
Entgelte	Entgeltart	M	AN	X								Fehler
Entgelte	Entgeltbetrag	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Entgelte	Abrechnung-von	K ^{*5}	DATE8									Fehler
Entgelte	Abrechnung-bis	K ^{*5}	DATE8									Fehler
Entgelte	Entgeltanzahl	M	NUM		1	3	0	0	0			Hinweis
Entgelte	Tage-ohne-Berechnung- Behandlung	K	NUM		1	3	0	0	0			Hinweis
Entgelte	Tag der Behandlung	K ^{*6}	DATE8									Fehler

*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) Muss-Feld für DRG/PSY

*6) Muss-Feld für PIA

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

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								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	Date8									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

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 sind Daten für den Entgeltbereich „PIA“ an die Datenstelle zu übermitteln. Dabei sind aus dem Datensatz gem. § 21 KHEntgG die in der folgenden Aufstellung genannten Datenfelder zu füllen. Die übrigen Datenfelder werden leer (ohne Inhalt) übermittelt.

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

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA
Datei: Info	
IK	X
Datenerhebung	X
Datum-der-Erstellung	X
E-Mail-Adresse	X
DRG-Groupier	
Softwarelösung	
Versionskennung	X

Datei: Krankenhaus	
IK	X
KH-Name	X
KH-Art	X
KH-Träger	X
Betten-DRG	
Betten-PSY	
Merkmal-Zu-Abschläge	
Regionale Versorgungsverpflichtung	

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

Datei / Feld	Zu füllende Datenfelder für den Entgeltbereich PIA	
Datei: FAB		Datei leer übermitteln (*)
Datei: ICD		
IK	X	
Entlassender-Standort	X	
Entgeltbereich	X	
KH-internes-Kennzeichen	X	
Diagnoseart	X	
ICD-Version	X	
ICD-Kode	X	
Lokalisation	X	
Diagnosensicherheit	X	
Sekundär-Kode	X	
Lokalisation	X	
Diagnosensicherheit	X	
Datei: OPS		Datei leer übermitteln (*)
Datei: Entgelte		Datei mit den markierten Feldern oder leer (*) übermitteln
IK	X	
Entlassender-Standort	X	
Entgeltbereich	X	
KH-internes-Kennzeichen	X	
IK-Krankenkasse		
Entgeltart	X	
Entgeltbetrag	X	
Abrechnung-von		
Abrechnung-bis		
Entgeltanzahl	X	
Tage-ohne-Berechnung-Behandlung		
Tag der Behandlung	X	

(*) "Datei leer übermitteln" bedeutet:

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

Die Datei „LEI“ wird 2013 nicht übermittelt.