

**Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG:**

**DRG-Daten für § 21 KHEntgG**

Inhalt:

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

nachrichtlich: Kalkulationsdaten (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)

**Stand:** [20.2.2003](#) [17.12.2004 \(Spitzengespräch GKV, PKV – DKG\)](#)

**Bearbeitungshinweise:**

~~Korrekturen entsprechend Stellungnahme BfD, BSI, Anfragen und Hinweisen von Krankenhäusern, InEK und Interimsdatenstelle.~~

~~Wesentliche Änderungen:~~

- ~~1. Neugeborene entsprechend KFPV und DKR 1601 (stets ein Fall)~~
- ~~2. Angaben zu vor- und nachstationärer Behandlung~~
- ~~3. Überarbeitung Ausbildungsstätten (s. § 17a KHG)~~
- ~~4. Fachabteilungen- und Fallangaben für DRG-Fachabteilungen~~
- ~~5. HDx-Wegfall aufgrund Votums der KIS-Hersteller (s. a. strukturiertes Pflegeverfahren)~~
- ~~6. Einarbeitung § 301-Nachtrag vom 15.11.2002~~
- ~~7. Überarbeitung Entgeltaten (Anpassung an § 301-Rechnungssatz)~~
- ~~8. Überarbeitung des Stornoverfahrens~~

~~20.2.2003~~

~~Fall-Entlassungs-/Verlegungsgrund:~~

~~,179' ————— Hinweis ergänzt~~

~~,189' ————— entfällt~~

~~14.3.2003~~

~~Ausbildungsstätten:~~

~~wiederholbar, max. 12 Ausbildungsstätten, ggf. mehrere Ausbildungsstätten-Typen je Ausbildungsstätte~~

~~Fall-Entlassungs-/Verlegungsgrund~~

~~,149' ————— geändert in ,14x'~~

~~,159' ————— geändert in ,15x'~~

**17.12.2004**

S. 4, 12, 20ff. neu: Entlassender Standort als Ergänzung zu Institutionskennzeichen

**(Anpassung in allen fallbezogenen Dateien, Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte, Kosten)**

S. 4, 12 **PLZ fünfstellig**

S. 3, 11 Vorzeichen bei Erlösausgleichen, Änderung von Datentyp und Länge

S. 4, 14 gestrichen: Versorgungstage des Neugeborenen

S. 4, 15 neu: Beatmungstunden in Datei Fall

S. 4, 18 gestrichen: Beatmungstunden in Datei OPS

S. 4, 18 neu: Lokalisation zu OPS-Kode in Datei OPS

S. 4, 19 neu: Entgeltanzahl in Datei Entgelte

S. 11 neu: Hinweise zu Datei Abrechnung

S. 12 Änderung bei Hinweisen zu Neugeborenen

S. 13 Aufnahmeanlass ‚V‘ (Verlegung) nur dann anzugeben, wenn die Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden betrug

S. 13, 14 Aufnahme von Kostenträgerwechsel bei tagesbezogenen Entgelten (Aufnahmegrund und Entlassungsgrund)

S. 14 Alter in Tagen am Aufnahmetag bei Neugeborenen = 1 (entsprechend Grouperspezifikation)

S. 15 Ergänzung der Hinweise zu Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung

S. 16 Änderung der Hinweis zur Datei FAB

Änderung der Hinweis zu Fachabteilung: bei besonderen Einrichtungen BE0010 bis BE0091 nicht mehr zulässig

S. 17 Sekundär-Diagnoseschlüssel: Hinweis auf Anrechnung von Wiederholungen

S. 21 Änderung der Dateistruktur bei Datei Fall

Änderung der Dateistruktur bei Datei OPS

S. 22 Änderung der Dateistruktur bei Datei Entgelte

S. 23 Änderungen bei Korrekturverfahren und Storno

S. 24 Änderung der Dateistruktur bei Datei Kosten

## 1. Daten und Formate

### Verfahrensinformationen

Datenerhebung	M	an..9	
Datum der Erstellung	M	an12	JJJJMMTTTHMM
E-Mail-Adresse	M	an.. 50	Konto@Maildomäne
DRG-Groupier	K	an..25	
(Kostendaten von)	K	an8	nur für Kalkulationserhebung
(Kostendaten bis)	K	an8	nur für Kalkulationserhebung
(Softwarelösung)	K	an..25	nur für Kalkulationserhebung
Versionskennung	M	an8	<a href="#">2002120420041217</a>

### Krankenhausbezogene Daten

Institutionskennzeichen des Krankenhauses	M	an9	
Name des Krankenhauses	M	an..50	
Art des Krankenhauses	M	an1	
Art der Trägerschaft	M	an1	
Anzahl der aufgestellten Betten	M	n..4	
Merkmal Zu-Abschläge	K	an..6	

### Ausbildungsstätten(/Ausbildungsberufe)

(wiederholbar, max. 12 Ausbildungsstätten, ggf. mehrere unterschiedliche Ausbildungsstätten-Typen je Ausbildungsstätte):

Ausbildungsstätte/Ausbildungsberuf	M	an3	999
Ausbildungsstätten-Typ	M	an1	[1]..[6]
Ausbildungsplätze insgesamt	M	n..9	999999999
Ausbildungsplätze des eigenen Krankenhauses	K	n..9	999999999
Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser	K	n..9	999999999
Ausbildende	M	n..6	9999,99
Auszubildende im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende im 1. Jahr im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende im 2. Jahr im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende im 3. Jahr im eigenen Krankenhaus	M	n..9	9999999,99
Auszubildende an anderen Krankenhäusern	K	n..9	9999999,99
Gesamtkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Personalkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Ausbildungsvergütungen	M	n..10	99999999,99
Personalkosten je examinierte Vollkraft	M	n..10	99999999,99

### Abrechnungsdaten:

DRG-Fälle, vereinbart	M	n..9	999999999
DRG-Fälle, abgerechnet	M	n..9	999999999
Bewertungsrelationen, vereinbart	M	n..9	9999999,99
Bewertungsrelationen, abgerechnet	M	n..9	9999999,99
Erlösausgleich § 3 Abs. 6 KHEntgG	K	n..911	<a href="#">(-)999999999,99</a>
Erlösausgleich § 4 Abs. 9 KHEntgG	K	n..911	<a href="#">(-)999999999,99</a>

**Medizinische Daten des Behandlungsfalls**Falldaten

<u>Entlassender Standort</u>	K	n2	'01' ff.
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	K	an9	Muss-Angabe bei GKV-Patienten
Geburtsjahr	M	n4	JJJJ
Geburtsmonat *	K	n2	MM
Geschlecht	M	a1	
<u>PLZ-3</u>	K	an35	
Aufnahmedatum	M	an12	JJJJMMTTTHMM
Aufnahmeanlass	M	a1	
Aufnahmegrund	K	an4	
Aufnahmegewicht *	K	n..5	99999, in Gramm
Entlassungs-/Verlegungsdatum	M	an12	JJJJMMTTTHMM
Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	
Alter in Tagen am Aufnahmetag *	K	n..3	
Alter in Jahren am Aufnahmetag	K	n..3	
Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung	K	n..3	
Patientennummer	K	an..15	
Anzahl interkurrenter Dialysen	K	n..3	
<del>Versorgungstage des Neugeborenen</del>	<del>K</del>	<del>n..3</del>	
<u>Beatmungstunden</u>	K	an..4	
Behandlungsbeginn vorstationär	K	an8	JJJJMMTT
Behandlungstage vorstationär	K	n1	
Behandlungsende nachstationär	K	an8	JJJJMMTT
Behandlungstage nachstationär	K	n..2	
Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses	K	an9	
Belegungstage außerhalb KHEntgG	K	n..2	

\* bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres

Fachabteilungsangaben (wiederholbar)

fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen

Fachabteilung	M	an6	
Datum der Aufnahme in die Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTTHMM
Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTTHMM

Diagnosenangaben (wiederholbar max. 50)

fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen

Diagnoseart	M	an..3	HD ND
ICD-Version	M	an..6	
Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)	M	an..9	
Lokalisation	K	a1	
Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)	K	an..9	
Lokalisation	K	a1	

Prozedurenangaben (wiederholbar max. 100)

fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen

OPS-Version	M	an..6	
Prozedureschlüssel (OPS-Kode)	M	an..11	
<u>Lokalisation</u>	K	a1	(für Aufnahmen ab 1.1.2005)
OPS-Datum	K	an12	JJJJMMTTTHMM
<del>Beatmungstunden</del>	<del>K</del>	<del>n..4</del>	<del>HHHH</del>
Belegoperateur	K	an1	J N
Beleganästhesist	K	an1	J N
Beleghebamme	K	an1	J N

**Entgeltangaben des Behandlungsfalls** (wiederholbar, max. 31)

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Institutionskennzeichen der Krankenkasse	K	an9	Muss-Angabe bei GKV-Patienten
Entgeltart	M	an8	
Entgeltbetrag	M	n..10	99999999,99
<u>Entgeltanzahl</u>	M	n..3	999

## 2. Hinweise und Kodeliste

Die fallbezogenen Angaben sind jeweils in Abhängigkeit vom Beginn ihrer Gültigkeit vorzunehmen; eine rückwirkende Anpassung bereits erfasster fallbezogener Daten ist nicht erforderlich. Soweit sich die Angaben auf die Abrechnung nach KHEntgG beziehen, ist für eine Erfassung entsprechend den Hinweisen mit Beginn der Abrechnung nach KHEntgG Sorge zu tragen.

Numerische Daten werden bei variabler Länge (z.B. n..9) ohne führende Nullen, bei fester Länge (z.B. n2) mit führenden Nullen übermittelt. Das Dezimalzeichen (Komma) wird bei der Angabe der maximalen Länge nicht mitgezählt, muss aber übermittelt werden.

Alphabetische und alphanumerische Daten werden linksbündig übermittelt, Leerstellen bis zur maximalen Länge können entfallen.

### Datei Info

#### Datenerhebung

Test.D	Test-Daten
<del>D1.2002</del>	<del>DRG-Daten 1. Halbjahr 2002, (Daten nach § 21 KHEntgG)</del>
<a href="#">20022004</a>	DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) <a href="#">20022004</a> , Übermittlung März <a href="#">20032005</a>
<a href="#">2003JJJJ</a>	DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) <a href="#">für das Berichtsjahr JJJJ2003</a> , Übermittlung März <a href="#">2004JJJJ</a>
<del>D1.2002.S</del>	<del>Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung D1.2002</del>
<a href="#">20022004.S</a>	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung <a href="#">20022004</a>
<a href="#">2003JJJJ.S</a>	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung <a href="#">2003für das Berichtsjahr JJJJ</a>

#### Datum der Erstellung

Es ist das Datum der Erstellung der Datei Info anzugeben

#### DRG-Groupier

Kurzbezeichnung des eingesetzten zertifizierten DRG-Groupiers, ggf. mehrere werden mit Komma getrennt

#### E-Mail-Adresse

Es ist die E-Mail-Adresse des Ansprechpartners im Krankenhaus anzugeben. Die E-Mail-Adresse wird zur Kommunikation verwendet., z.B. Übermittlung eines Fehlerprotokolls.

*(Kostenangaben von) nur für Kalkulationserhebung*

*(Kostenangaben bis)*

Es ist der Zeitraum anzugeben, der den Kostenangaben zugrunde liegt. Bei Übermittlung der Jahresdaten z.B. für das vorangegangene Jahr 2004 ist bei ‚Kostenangaben von‘ ‚20040101‘ und bei ‚Kostenangaben bis‘ ‚20041231‘ anzugeben.

*(Softwarelösung) nur für Kalkulationserhebung*

Kurzbezeichnung der Softwarelösung zur Kalkulation

#### Versionskennung

Als Versionskennung für den DRG-Datensatz ist [,20021201‘,20041217‘](#) anzugeben.

**Datei Krankenhaus**

## Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Das Institutionskennzeichen dient der eindeutigen Identifikation des Krankenhauses (Primärschlüssel). Es wird das IK-Verzeichnis aus dem § 301-Verfahren verwendet, das vom VdAK und der DKG autorisiert ist („§ 301-IK-Verzeichnis“). Es ist das am Datum der Erstellung gültige Institutionskennzeichen anzugeben. Bei Zusammenlegung von Krankenhäusern im Vorjahr sollen die gesamten Daten des Vorjahrs über das rechtlich fortgeführte Krankenhaus übermittelt werden.

## Name des Krankenhauses

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

## Art des Krankenhauses

B	Bundeswehrkrankenhaus
H	Hochschulklinik/Universitätsklinikum
P	Plankrankenhaus
U	Krankenhaus in Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung
V	Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag (nach § 18 Nr. 3 SGB V)

## Art der Trägerschaft

F	Freigemeinnützig
P	Privat
O	Öffentlich

## Anzahl der aufgestellten Betten

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

## Merkmal Zu-Abschläge

noch zu definieren (s. § 17b Abs. 1 Satz 4 und 8 KHG)

**Datei Ausbildung**

~~Die Daten für Ausbildungsstätten müssen erstmals zum 31.3.2003 für das Berichtsjahr 2002 übermittelt werden.~~ Krankenhäuser, die eine oder mehrere Abteilungen vorhalten, die nicht dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, geben die Daten für das gesamte Krankenhaus an. Datenfelder, die für das einzelne Krankenhaus nicht relevant sind, sind mit ‚0‘ zu besetzen.

Abweichend vom Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff., sind die Angaben für verschiedene Ausbildungsstätten nicht in einer Gesamtsumme für Ausbildungsstätten zu übermitteln, sondern gesondert für jede einzelne Ausbildungsstätte (Ausbildungsberuf).

Die Anzahl und die Kosten für Praxisanleiter/Mentoren im Krankenhaus ohne eigene Ausbildungsstätten sind bei dem Krankenhaus, bei dem die Praxisanleiter/Mentoren mit Arbeitsvertrag beschäftigt sind, zu berücksichtigen.

Unterhält ein Krankenhaus eine Ausbildungsstätte in einem Ausbildungsverbund, sind von dem den Verbund führenden Krankenhaus nur die eigenen Personal- und Sachkosten für die Ausbildungsstätte anzugeben.

Wird bei einem Krankenhaus die schulische (theoretische) Ausbildung durch ein zentrales Ausbildungsinstitut eines Trägers (z.B. als zentraler Dienst einer GmbH oder einer Kommune) oder durch eine staatliche Schule durchgeführt, so ist dieses Krankenhaus als ein Krankenhaus mit eigener Ausbildungsstätte zu betrachten, sofern die Voraussetzungen des § 2 Nr. 1a KHG erfüllt sind (s. Ausbildungsstätten-Typ 5 oder 6). Die Felder im Datensatz sind mit den anteiligen Ausbildungsplätzen, anteiligen Auszubildenden, anteiligen Gesamtkosten, anteiligen Personalkosten und anteiligen Ausbildungsvergütungen am zentralen Ausbildungsinstitut oder der staatlichen Schule für das Krankenhaus zu füllen, soweit sie durch das Krankenhaus zu finanzieren sind. Zusätzlich einzubeziehen sind die darüber hinaus am Krankenhaus anfallenden Daten (Personal, Kosten).

**Ausbildungsstätte(/Ausbildungsberuf)**

A01	Ergotherapeut/-in
A02	Diätassistent/-in
A03	Hebamme, Entbindungspfleger, Wochenpflegerin
A04	Krankengymnast/-in, Physiotherapeut/-in
A05	Krankenschwester, Krankenpfleger
A06	Kinderkrankenschwester, Kinderkrankenpfleger
A07	Krankenpflegehelfer/-in
A08	med.-techn. Laboratoriumsassistent/-in
A09	med.-techn. Radiologieassistent/-in
A10	Logopäde/Logopädin
A11	Orthoptist/-in
A12	med.-techn. Assistent/-in für Funktionsdiagnostik

**Ausbildungsstätten-Typ**

- 1 mit dem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätte  
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und nur Auszubildende des eigenen Krankenhauses ausbildet.)  
Als Kosten sind zu übermitteln:
  - sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
  - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
  - Kosten Praxisanleiter/Mentoren
- 2 mit dem Krankenhaus verbundene Ausbildungsstätte, Auszubildende im Landesdienst  
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und nur Auszubildende des eigenen Krankenhauses ausbildet und Auszubildende im Landesdienst)  
Als Kosten sind zu übermitteln:
  - sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte  
Soweit die Auszubildenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
  - Ausbildungsvergütungen der Auszubildenden
  - Kosten Praxisanleiter/Mentoren
- 3 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, dem eigenen Krankenhaus zugeordnet  
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und neben den eigenen Auszubildenden auch Auszubildende anderer Krankenhäuser ausbildet.)  
Als Kosten sind zu übermitteln:
  - sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
  - Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
  - eigene Praxisanleiter/Mentoren

- 4 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, dem eigenen Krankenhaus zugeordnet  
Ausbildende im Landesdienst  
(Ausbildungsstätte, die vom Krankenhaus selbst betrieben wird und neben den eigenen Auszubildenden auch Auszubildende anderer Krankenhäuser ausbildet und Ausbildende im Landesdienst)  
Als Kosten sind zu übermitteln:  
- sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte  
Soweit Ausbildende Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.  
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden  
- eigene Praxisanleiter/Mentoren
- 5 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, nicht dem eigenen Krankenhaus zugeordnet  
(Ausbildungsstätte, die von einem Dritten, z.B. GmbH, Kommune oder anderes Krankenhaus, betrieben wird; nur die praktische Ausbildung findet im eigenen Krankenhaus statt.)  
Als Kosten sind zu übermitteln:  
- Umlage für Personal- und Sachkosten nur, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird  
- Umlage für Ausbildungsvergütung, wenn die Ausbildungsverträge durch die Ausbildungsstätte geschlossen werden und die Ausbildungsstätte kein anderes Krankenhaus ist.  
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden  
- eigene Praxisanleiter/Mentoren
- 6 Ausbildungsstätte im Ausbildungsverbund, nicht dem eigenen Krankenhaus zugeordnet  
Ausbildende im Landesdienst  
(Ausbildungsstätte, die von einem Dritten, z.B. GmbH, Kommune oder anderes Krankenhaus, betrieben wird; nur die praktische Ausbildung findet im eigenen Krankenhaus statt und Auszubildende im Landesdienst).  
Als Kosten sind zu übermitteln:  
- Umlagen für Personal- und Sachkosten nur, wenn die Ausbildungsstätte nicht von einem anderen Krankenhaus geführt wird.  
Soweit die Auszubildenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.  
- Umlage für Ausbildungsvergütung, wenn die Ausbildungsverträge durch die Ausbildungsstätte geschlossen werden und die Ausbildungsstätte kein anderes Krankenhaus ist  
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden  
- eigene Praxisanleiter/Mentoren

#### Ausbildungsplätze insgesamt

Die im Berichtszeitraum in der Ausbildungsstätte durchschnittlich vorgehaltenen Ausbildungsplätze sind anzugeben. Vorgehaltene Ausbildungsplätze sind die im Krankenhausplan ausgewiesenen oder durch Genehmigungsbescheid der zuständigen Landesbehörde(n) genehmigte Anzahl von Ausbildungsplätzen, soweit sie im Berichtsjahr auch tatsächlich ganz oder teilweise durch einen entsprechenden Ausbildungsgang genutzt worden sind.

Bei einem Krankenhaus, das im Rahmen eines Ausbildungsverbundes eine Ausbildungsstätte für sich und andere Krankenhäuser unterhält, ist die Gesamtzahl aller Ausbildungsplätze im Ausbildungsverbund anzugeben (Ausbildungsstätten-Typen 3 oder 4).

Bei einem Ausbildungsverbund, bei dem die Ausbildungsstätte einem Verbund-Krankenhaus zugeordnet ist, dürfen die übrigen Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) keine Ausbildungsplätze angeben. Ist bei einem Verbund-Krankenhaus die Ausbildungsstätte keinem der Verbund-Krankenhäuser zugeordnet, übermitteln alle Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) ihre anteiligen Ausbildungsplätze.

#### Ausbildungsplätze des eigenen Krankenhauses

Die im Berichtszeitraum in der Ausbildungsstätte durchschnittlich vorgehaltenen Ausbildungsplätze für Auszubildende im eigenen Krankenhaus (Nur bei Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4).

#### Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser

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

#### Ausbildende

Die durchschnittliche Anzahl Ausbildender ist anzugeben (nicht: Honorarkräfte). Anzugeben ist die im Berichtszeitraum durchschnittlich beschäftigte Anzahl der Ausbildenden in Vollkräften (VK). Zu den Ausbildenden gehören hauptamtlich angestellte Lehrkräfte und Praxisanleiter/Mentoren, nicht jedoch am Krankenhaus beschäftigte Personen, die im Rahmen einer genehmigten Nebentätigkeit in den Ausbildungsstätten Unterricht erteilen (Honorarkräfte). Eine Vollkraft (VK) ist eine mit Arbeitsvertrag und tariflicher Arbeitszeit ganzjährig beschäftigte Person.

Bei Ausbildungsstätten-Typ 3 sind Lehrkräfte der Ausbildungsstätte und die Praxisanleiter/Mentoren des eigenen Krankenhauses anzugeben.

Bei Ausbildungsstätten-Typ 4 sind die Praxisanleiter/Mentoren des eigenen Krankenhauses anzugeben.

Bei Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6 sind die Auszubildenden, die am zentralen Ausbildungsinstitut beschäftigt sind, nicht anzugeben, sondern nur die Praxisanleiter/Mentoren des eigenen Krankenhauses.

#### Auszubildende im eigenen Krankenhaus

Anzugeben ist die im Berichtszeitraum beschäftigte durchschnittliche Anzahl der Auszubildenden in Ausbildungskräften (AK); dies gilt auch für Verbundkrankenhäuser Typ 5 und 6. Eine Ausbildungskraft (AK) ist eine mit Ausbildungsvertrag und tariflicher Arbeitszeit ganzjährig beschäftigte Person ohne Berücksichtigung des Anrechnungsverhältnisses.

Ist bei einem Ausbildungsverbund die Ausbildungsstätte keinem der Verbund-Krankenhäuser zugeordnet, übermitteln alle Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) ihre anteiligen oder entsprechend der Kostenumlage zugerechneten Auszubildenden.

Die Anzahl korrespondiert mit dem Datenfeld ‚Ausbildungsvergütung‘.

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

Die durchschnittliche Anzahl Auszubildender im eigenen Krankenhaus im jeweiligen Ausbildungsjahr ist anzugeben.

#### Auszubildende an anderen Krankenhäusern

Hier ist ausschließlich bei Verbund-Krankenhäusern Typ 3 und 4 die durchschnittliche Anzahl der Auszubildenden anzugeben, die von den anderen Verbund-Krankenhäusern direkt (im Feld ‚Auszubildende im eigenen Krankenhaus‘) gemeldet werden.

#### Gesamtkosten der Ausbildungsstätte

Die Gesamtkosten (Ist-Kosten) der theoretischen und praktischen Ausbildung sind anzugeben (mit anteiliger Belastung mit den Kosten vorgelagerter Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur entsprechend Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff.). Im Rahmen eines Ausbildungsverbundes sind die anteiligen Gesamtkosten der theoretischen und die Gesamtkosten der praktischen Ausbildung anzugeben

Die Gesamtkosten setzen sich zusammen aus den Personalkosten der Ausbildenden und den Sachkosten der Ausbildungsstätten. Eventuelle Mittelzuweisungen des Landes bleiben als Abzugsposition unberücksichtigt. Diese werden bei der Festlegung des Ausbildungszuschlags auf Landesebene berücksichtigt.

Die Personalkosten der Ausbildenden (angestellte Lehrkräfte, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag haben – eventuell anteilig, einschließlich Praxisanleiter/Mentoren) umfassen die Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV der entsprechenden Bediensteten.

Sachkosten sind die Betriebskosten der Ausbildungsstätten einschl. der anteiligen Belastung der Kostenstelle Ausbildungsstätte mit den Kosten vorgelagerter Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur (vgl. Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff.) und der Aufwandsentschädigungen für nebenamtlich tätige Unterrichtskräfte des Krankenhauses oder Externer. Darunter fallen u.a. auch Kosten für Fort- oder Weiterbildung der Auszubildenden und Praxisanleiter/Mentoren, Miete für Schulräume, nicht jedoch Investitionskosten für die Ausbildungsstätten.

**Ausbildungsstätten-Typ 1:**

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

**Ausbildungsstätten-Typ 2:**

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für Praxisanleiter/Mentoren anzugeben. Nicht zu berücksichtigen sind die Kosten für Bedienstete des Landes, soweit sie vom Land getragen werden.

**Ausbildungsstätten-Typ 3:**

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

**Ausbildungsstätten-Typ 4:**

Hier sind sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben. Nicht zu berücksichtigen sind die Kosten für Bedienstete des Landes, soweit sie vom Land getragen werden.

**Ausbildungsstätten-Typ 5:**

Hier sind die dem Krankenhaus zugerechneten Umlagen für Personalkosten (ohne Ausbildungsvergütung) und Sachkosten von Ausbildungsstätten auszuweisen, die nicht von einem anderen Krankenhaus geführt werden, sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

**Ausbildungsstätten-Typ 6:**

Hier sind die dem Krankenhaus zugerechneten Umlagen für Personalkosten (ohne Ausbildungsvergütung) und Sachkosten von Ausbildungsstätten auszuweisen, die nicht von einem anderen Krankenhaus geführt werden, sowie die Kosten für die eigenen Praxisanleiter/Mentoren anzugeben.

**Personalkosten der Ausbildungsstätte**

Die Hinweise zu den Personalkosten bei den Gesamtkosten gelten analog, Umlagen (Typ 5 und 6) sind Sachkosten und deshalb hier nicht auszuweisen.

**Ausbildungsvergütungen**

Die gesamten Ausbildungsvergütungen im jeweiligen Ausbildungsberuf sind anzugeben. (Aufwendungen der Kontengruppen 60 bis 64 KHBV).

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

Bei einem Ausbildungsverbund, bei dem die Ausbildungsstätte einem Verbund-Krankenhaus zugeordnet ist und die Ausbildungsstätte alle Ausbildungsverträge geschlossen hat, dürfen die übrigen Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) keine Ausbildungsvergütungen übermitteln.

Ist bei einem Verbund die Ausbildungsstätte keinem der Verbund-Krankenhäuser zugeordnet und hat die Ausbildungsstätte alle Ausbildungsverträge geschlossen, übermitteln alle Verbund-Krankenhäuser (Ausbildungsstätten-Typ 5 und 6) ihre anteiligen Ausbildungsvergütungen (Umlage).

**Personalkosten je examinierte Vollkraft**

Zur Ermittlung der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (§ 17a Abs. 2 Satz 2 KHG, in Verbindung mit den gezahlten Ausbildungsvergütungen) sind die durchschnittlichen Personalkosten (Ist-Kosten) für eine examinierte Vollkraft in dem entsprechenden Ausbildungsberuf anzugeben. Nur anzugeben für Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe.

Der Ermittlung der Personalkosten des examinieren Personals in den entsprechenden Berufen sind die Kosten nach den Kontengruppen 60 bis 64 KHBV, bereinigt um die Kosten für Auszubildende und andere ‚Hilfskräfte‘ zu Grunde zu legen.

**Besonderer Hinweis zur Kalkulationserhebung:**

Bei der Kalkulationserhebung ist das Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 67 ff., zu beachten.

**Hinweise:**

[Die Daten für die Ausbildungsstätten werden im Rahmen der nächsten Fortschreibung überarbeitet.](#)

[Bei der Kalkulationserhebung sind die Aktualisierungen und Ergänzungen zum Kalkulationshandbuch \(Version 2.0\) vom 17.12.2004 \(Abschnitt 3.4.6\) zu beachten.](#)

**Datei Abrechnung****DRG-Fälle, vereinbart**

Es ist die für das Berichtsjahr vereinbarte Summe an DRG-Fällen anzugeben. Fälle mit Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG werden nicht einbezogen.

**DRG-Fälle, abgerechnet**

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

Bei Neueinstufung aufgrund Wiederaufnahme oder Rückverlegung ist ausschließlich der neu eingestufte DRG-Fall in die Summe einzubeziehen, sofern der Fallabschluss im Berichtsjahr erfolgt ist. ~~Fälle mit Entlassungsgrund „169“ (externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen ... mit Rückverlegung) oder „21x“ (Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme), werden nicht berücksichtigt.~~

**Bewertungsrelationen, vereinbart**

Es ist die Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen nach der Anlage 1 zum KHEntgG (KHEntgG Anlage 1, Formular B1 Zeile 22 Spalte 4) anzugeben.

**Bewertungsrelationen, abgerechnet**

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

**Erlösausgleich § 3 Abs. 6 KHEntgG**

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

**Erlösausgleich § 4 Abs. 9 KHEntgG**

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

**Hinweis zu besonderen Einrichtungen gem. FPVBE 2004:**

Krankenhäuser mit einer Vereinbarung für besondere Einrichtungen gem. FPVBE 2004 übermitteln ebenfalls ihre Daten an die DRG-Datenstelle. Die Übermittlung der Datei Abrechnung entfällt, 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.

**Datei Fall****Entlassender Standort**

Wenn eine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrags vorliegt (§ 21 Abs. 2 Nummer 2 KHEntg i.d.F. des 2. FPÄndG vom 15. Dezember 2004, BGBl. I, Nr. 69 vom 20.12.2004, S. 2429 ff.), ist bei fallbezogenen Angaben (Dateien Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte, Kosten) der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit ‚01‘, anzugeben. Die Aufschlüsselung der laufenden Nummern mit der Zuordnung der Standorte ist der DRG-Datenstelle schriftlich mitzuteilen. Liegt keine Differenzierung vor, ist das Datenfeld leer zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet.

**KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls**

Das KH-interne Kennzeichen des Behandlungsfalls dient der eindeutigen Identifikation des Behandlungsfalls (Primärschlüssel).

Das KH-interne Kennzeichen darf von der Datenstelle nicht weiter übermittelt werden.

**Besondere Behandlungsfälle/Konstellationen:**

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

~~Bei Abrechnung nach BpflV sind gesunde Neugeborene, die nicht zu einem eigenständigen Behandlungsfall werden, unter einem eigenen Identifikationskennzeichen ohne Aufnahmegrund und mit dem Aufnahmearlass „G“ zu dokumentieren. Wenn das Neugeborene wegen eines krankhaften Zustands behandelt (verlegt) wird, sind alle Daten für das Neugeborene unter einem KH-internen Kennzeichen anzugeben. Für das Neugeborene ist der Aufnahmearlass „G“ beizubehalten, der Aufnahmegrund kann entfallen. Wird ein erkranktes Neugeborenes aufgenommen, ist es als regulärer Fall mit Aufnahmegrund und ohne Aufnahmearlass „G“ zu dokumentieren.~~

~~Wenn die im Krankenhaus eingesetzte Software eine eigenständige Dokumentation für das gesunde Neugeborene unabhängig vom Fall der Mutter noch nicht ermöglicht, sind ersatzweise die Versorgungstage für das gesunde Neugeborene beim Fall der Mutter anzugeben (siehe Versorgungstage).~~

~~Bei Abrechnung nach KHEntg, ab 2003 für Options-Krankenhäuser (s. § 301-Nachtrag vom 15.11.2002):~~

Für Neugeborene ist bei gemeinsamer Entlassung mit der Mutter ‚0601‘ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmearlass ‚G‘ anzugeben.

Wird das Neugeborene nicht gemeinsam mit der Mutter entlassen oder verlegt, sind bei dem Neugeborenen der Aufnahmegrund ‚01..‘ (siehe Aufnahmegrund) und der Aufnahmearlass ‚G‘ anzugeben.

Zur Kodierung der Diagnosen bei Neugeborenen siehe DKR-1604.

**Begleitpersonen**, die im § 301-Verfahren kein KH-internes Kennzeichen erhalten, sind mit einem eindeutigen Kennzeichen und mit dem Aufnahmearlass „B“ zu dokumentieren. Die Angabe von Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ-3, Aufnahmegrund, Entlassungs-/Verlegungsgrund, Alter, von Fachabteilungs-, Diagnosen- und Prozedurenangaben entfällt.

**Nur vorstationär behandelte Fälle:**

Für nur vorstationär behandelte Fälle werden von den Falldaten das KH-interne Kennzeichen, Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ-3, Aufnahmearlass, Aufnahmegrund, Fachabteilung und ggf. Diagnose- und Prozedurenangaben übermittelt. Für das Aufnahmedatum ist der erste, für das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag anzugeben.

**Institutionskennzeichen der Krankenkasse**

Tritt während der Behandlung ein Wechsel des Kostenträgers ein, ist das Institutionskennzeichen der am Aufnahmetag zuständigen Krankenkasse anzugeben.

**Geburtsjahr**

Das Geburtsjahr ist im Format JJJJ anzugeben.

**Geburtsmonat**

Der Geburtsmonat ist nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs anzugeben.

**Geschlecht**

m	männlich
w	weiblich
u	unbekannt

**PLZ-3**

Die Postleitzahl ist ~~verkürzt, ohne die letzten vollständig mit 2-5~~ Ziffern, anzugeben. Bei ausländischen Patienten: ‚0000‘.

## Aufnahmedatum

Es ist das Aufnahmedatum (Aufnahmetag und Aufnahmeuhrzeit) zur vollstationären oder teilstationären Behandlung in einer Fachabteilung anzugeben, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegt. Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist das Aufnahmedatum der erste vorstationäre Behandlungstag.

## Aufnahmearbeit

E	Einweisung durch einen Arzt
Z	Einweisung durch einen Zahnarzt
N	Notfall
R	Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung
V	Verlegung ( <a href="#">mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden</a> )
K	Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation
<u>Zusatzschlüssel für besondere Kalkulationsanforderungen:</u>	
G	Geburt (siehe Hinweis Neugeborene)
B	Begleitperson

Hinweise:

Einweisung durch einen Arzt ist im § 301-Aufnahmesatz im Segment Aufnahme durch die Arztnummer des einweisenden Arztes, Einweisung durch einen Zahnarzt durch die Zahnarzt Nummer des einweisenden Zahnarztes dokumentiert.

Verlegung ist im § 301-Aufnahmesatz durch das IK des die Aufnahme veranlassenden Krankenhauses dokumentiert; [Sie ist nicht anzugeben, wenn die Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden betrug; dann ist als Aufnahmearbeit ‚E‘ anstelle von ‚V‘ anzugeben.](#) Als Sonderfall ist bei Bestehen einer Kooperation der Aufnahmearbeit ‚K‘ anzugeben.

Die Aufnahmearbeit ‚R‘ und ‚K‘ werden in der § 301-Datenübermittlung nicht abgebildet, sie sollen übermittelt werden, wenn die Patientendatenhaltung diese Zusatzmerkmale enthält.

[Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:](#)

Interne Verlegung mit Wechsel [vom Geltungsbereich der BpflV aus einem Entgeltbereich \(Erstaufnahme\) in den Geltungsbereich des KHEntgG einen anderen Entgeltbereich](#) wird durch das eigene IK als IK des veranlassenden Krankenhauses dokumentiert

Für DRG-Fälle, bei denen nach Rückverlegung eine Neueinstufung anhand der Daten beider Krankenhausaufenthalte [entsprechend § 2 Abs. 3 KFPV](#) durchgeführt wird, ist der Aufnahmearbeit bei Behandlungsbeginn in einer Fachabteilung, die [dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegt zu dem Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen zählt](#), anzugeben.

## Aufnahmegrund

vollstationär:

01xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär
02xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
03xx	<a href="#">Krankenhausbehandlung, teilstationär</a>
04xx	<a href="#">vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung</a>
05xx	stationäre Entbindung
06xx	<a href="#">Geburt</a>
07xx	Wiederaufnahme wegen Komplikation <a href="#">en</a> (Fallpauschale) <a href="#">nach KFPV 2003</a>
08xx	<a href="#">Stationäre Aufnahme zur Organentnahme</a>
03xx	<del>Krankenhausbehandlung, teilstationär</del>
04xx	<del>vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung</del>

Hinweise:

Es ist der Aufnahmegrund entsprechend Schlüssel 1 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung anzugeben. Als 3. und 4. Stelle (xx) sind die nach Schlüssel 1 möglichen Werte (01 bis 07, [bei tagesbezogenen Entgelten auch 21 bis 27](#)) anzugeben!

Der Aufnahmegrund kann [bei Neugeborenen mit Aufnahmearbeit „G“ und bei Begleitpersonen \(Aufnahmearbeit „B“\)](#) entfallen. In allen anderen Fällen ist der Aufnahmegrund eine Muss-Angabe.

[Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:](#)

~~0601 Geburt (wenn Neugeborenes und Mutter gemeinsam entlassen werden)~~  
~~(siehe § 301 Nachtrag vom 15.11.2002):~~

## Aufnahmegericht

In Gramm, nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres.

Bei Neugeborenen [mit Aufnahmearbeit „G“](#) ist als Aufnahmegericht das Geburtsgewicht anzugeben.

## Entlassungs-/Verlegungsdatum

Es ist das Entlassungs-/Verlegungsdatum (Tag und Uhrzeit) aus der vollstationären oder teilstationären Behandlung in einer Fachabteilung anzugeben, die dem Geltungsbereich des KHEntg unterliegt. (Bei interner Verlegung in ~~den Geltungsbereich der BpflV einen anderen Entgeltbereich~~ ohne nachfolgende Rückverlegung wird das Verlegungsdatum ~~in den BpflV-Geltungsbereich~~ angegeben; die Behandlungsepisode ~~im BpflV-Geltungsbereich~~ in einem anderen Entgeltbereich wird ~~dann~~ nicht dokumentiert.)

Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag.

## Entlassungs-/Verlegungsgrund

- 01x Behandlung regulär beendet
- 02x Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03x Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04x Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- [059](#) [Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers \(bei tagesbezogenen Entgelten\)](#)
- 069 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 079 Tod
- 089 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation
- 099 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 109 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 119 Entlassung in ein Hospiz
- 139 externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14x Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15x Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- [Bei Abrechnung nach KHEntg, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:](#)
- 179 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den [Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntg oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG](#)

## Hinweise:

Es ist der Entlassungs-/Verlegungsgrund entsprechend Schlüssel 5 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung anzugeben. Als 3. Stelle (,x') sind die nach Schlüssel 5 möglichen Werte (,1', ,2' oder ,9') anzugeben. Der Entlassungs-/Verlegungsgrund kann entfallen bei Begleitpersonen (Aufnahmeanlass „B“). In allen anderen Fällen ist der Entlassungs-/Verlegungsgrund eine Muss-Angabe (bei Neugeborenen mit Aufnahmeanlass „G“ ist z.B. „019“ anzugeben).

Der Entlassungsgrund ,179' (interne Verlegung mit Wechsel ...) ~~ist anzugeben, wenn eine interne Verlegung aus dem Geltungsbereich des KHEntg in den Geltungsbereich der BpflV erfolgte. Der Entlassungsgrund ,179' dokumentiert, dass der Krankenhausfall als DRG-Fall abgeschlossen ist.~~ (siehe § 301-Nachtrag vom 15.11.2002):

## Alter in Tagen am Aufnahmetag

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

## Alter in Jahren am Aufnahmetag

Die Altersangabe wird für die DRG-Zuordnung benötigt.

## Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung

Es sind ggf. Tage der Beurlaubung bzw. ohne Berechnung anzugeben.  
[Weiter sind hier bei Neueinstufung eines DRG-Falls in Folge einer externen Verlegung mit nachfolgender Rückverlegung oder in Folge einer Wiederaufnahme die externen Belegungs-/Aufenthaltstage anzugeben.](#)

## Patientennummer

Die Patientennummer dient im Rahmen der Kalkulation der Zusammenführung von Fällen (mit unterschiedlichen KH-internen Kennzeichen) zu einem Behandlungsblock. Sie kann zur Zusammenführung von teilstationären „Tagesfällen“ verwendet werden.

[Bei Neugeborenen soll sie zur Zusammenführung von zwei Datensätzen für ein Neugeborenes mit „Versorgungsphase“ und „Behandlungsphase“ verwendet werden \(s.o. KH-internes Kennzeichen\).](#)

[Bei Abrechnung nach KHEntg, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:](#)

[Die Angabe entfällt aufgrund der in § 1 Abs. 4 und § 9 KFPV enthaltenen Regelungen zu teilstationären Leistungen und Neugeborenen.](#)

**Anzahl interkurrenter Dialysen**

Bei Patientenaufnahme zur stationären Behandlung einer Erkrankung und zusätzlicher Dialysebehandlung aufgrund chronischer Niereninsuffizienz ist die Anzahl interkurrenter Dialysen anzugeben (siehe auch: Kalkulationshandbuch, Version 2.0, S. 132 f.).

**Versorgungstage des Neugeborenen**

~~Die Zahl der Versorgungstage der gesunden Neugeborenen sind dem Fall der Mutter zuzuordnen, wenn das gesunde Neugeborene nicht als eigenständiger Fall dokumentiert werden kann. Kann das gesunde Neugeborene als eigenständiger Fall dokumentiert werden, entfällt die Angabe. Bei Mehrlingen ist die Summe der Versorgungstage anzugeben.~~

**Beatmungsstunden**

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

**Behandlungsbeginn vorstationär**

Bei vorstationärer Behandlung ist der erste vorstationäre Behandlungstag anzugeben. (Bei nur vorstationär behandelten Fällen ist die Angabe identisch mit dem Aufnahmetag (JJJJMMTT) im Aufnahmedatum.)

**Behandlungstage vorstationär**

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

**Behandlungsende nachstationär**

Bei nachstationärer Behandlung ist der letzte nachstationäre Behandlungstag anzugeben

**Behandlungstage nachstationär**

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

**Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses**

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

**Belegungstage außerhalb KHEntgG (in einem anderen Entgeltbereich des Krankenhauses)**

~~Die Angabe erfolgt bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser~~

~~Bei externer Verlegung mit nachfolgender Rückverlegung und Neueinstufung anhand der Daten beider Aufenthalte einer Neueinstufung eines DRG-Falls in Folge einer internen Verlegung mit einem Wechsel zwischen den Entgeltbereichen sind die externen Belegungstage in dem anderen Entgeltbereich (BPfIV oder besondere Einrichtung) im rückverlegenden Krankenhaus anzugeben.~~

Bei einem Fall, für den ein fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG berechnet wird, sind Aufenthalte in einem anderen Entgeltbereich (BPfIV oder DRG-Fallpauschalenbereich) ebenfalls in dem Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“ anzugeben.

~~Bei interner Verlegung mit einem Wechsel aus dem Geltungsbereich des KHEntgG in den Geltungsbereich der BPfIV sind die Belegungstage im BPfIV-Geltungsbereich nur dann anzugeben, wenn sich eine Rückverlegung in den Geltungsbereich des KHEntgG angeschlossen hat.~~

Zu den Belegungstagen zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Aufenthalts im BPfIV-Geltungsbereich anderen Entgeltbereich ohne den Verlegungstag.

**Hinweis:**

Die Angaben für teilstationäre Patienten werden im Rahmen der nächsten Fortschreibung überarbeitet.

**Datei FAB****Bei Abrechnung nach KHEntgG, ab 2003 für Options-Krankenhäuser:**

Die Fachabteilungsangaben sind nur für Aufenthalte in Fachabteilungen anzugeben, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen. Sie sind folglich bei einem neu eingestuften Fall externer Verlegung mit nachfolgender Rückverlegung oder bei interner Verlegung in den Geltungsbereich der BpflV und nachfolgender Rückverlegung in den Geltungsbereich des KHEntgG zeitlich nicht zusammenhängend. Die internen Belegungstage sind im Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“, die externen Belegungs-/Aufenthaltstage im Datenfeld „Tage der Beurlaubung/ ohne Behandlung“ anzugeben.

Für die Daten des Jahres 2002 ist abweichend davon bei Aufnahmen/Verlegungen von DRG-Fällen in Fachabteilungen für Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (Fachabteilungsschlüssel: 29xx, 30xx, 31xx) die Angabe der Fachabteilung, des FAB-Aufnahmedatums und FAB-Entlassungsdatums zur Ermittlung der DRG-relevanten Verweildauer erforderlich, weitere Angaben zum Behandlungsfall (Datei ICD und Datei OPS) in den o.a. Fachabteilungen dürfen nicht übermittelt werden.

**Fachabteilung (FAB)**

Die behandelnde Fachabteilung oder besondere Einrichtung ist mit dem Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 der § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) anzugeben. Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das mit dem Präfix ‚HA‘ (Hauptabteilung) oder ‚BA‘ (Belegabteilung), bei besonderen Einrichtungen das Präfix ‚BE‘ voranzustellen anzugeben. Besondere Einrichtungen sind nach dem Schlüssel 4 bzw. Anhang B der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung (5.-8. Stelle) mit BE0010 – BE0091 anzugeben.

**Datum der Aufnahme in die Fachabteilung**

Bei vorstationärer Behandlung ist der erste vollstationäre Behandlungstag (Aufnahmedatum) anzugeben. Der Wechsel von vorstationär zu vollstationär innerhalb der gleichen Fachabteilung muss nicht durch eine gesonderte Wiederholung der Fachabteilungsangabe dokumentiert werden.

**Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung**

Bei nachstationärer Behandlung ist der letzte vollstationäre Behandlungstag (Entlassungsdatum) anzugeben. Der Wechsel von vollstationär zu nachstationär innerhalb der gleichen Fachabteilung muss nicht durch eine gesonderte Wiederholung der Fachabteilungsangabe dokumentiert werden. (Die nachstationären Behandlungstage sind bei den Falldaten gesondert anzugeben.)

**Datei ICD**

Diagnosenangaben sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zu übermitteln.

**Diagnoseart**

HD Hauptdiagnose, nach DKR [D002](#)  
ND Nebendiagnose(n), nach DKR [D003](#)

Die Diagnosen sind entsprechend den Deutschen Kodierichtlinien (DKR) anzugeben.

Für Fälle mit Aufenthalten in „Nicht-DRG-Fachabteilungen“ dürfen sich die Angaben zu Hauptdiagnose und Nebendiagnosen nur auf die Behandlung in Fachabteilungen beziehen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.

**ICD-Version**

[2-02004](#) ~~zur Zeit ab 1.1.2004~~ gültige ICD-10-~~SGB-VGM~~-Version  
[2005](#) ~~ab 1.1.2005~~ gültige ICD-10-GM-Version

**Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)**

Diagnoseschlüssel sind in der gültigen ICD-10-~~SGB-VGM~~-Version analog zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln: d.h. mit Sonderzeichen.

Als erste Diagnose soll die Hauptdiagnose (Diagnoseart: ‚HD‘) übermittelt werden.

**Lokalisation**

Zusatzinformation zum Diagnoseschlüssel.

R rechts  
L links  
B beidseitig

**Sekundär-Diagnoseschlüssel (Sekundär-Kode)**

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

**Lokalisation**

Zusatzinformation zum Sekundär-Diagnoseschlüssel.  
siehe oben

**Datei OPS**

Prozedurangaben sind fallbezogen nur für Aufenthalte in Fachabteilungen, die künftig dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, zu übermitteln.

**OPS-Version**

~~2.0~~ (~~bis 31.12.2001 gültige OPS-301-Version, nur für Überlieger 2001 nach 2002 zulässig~~)  
~~2.1~~2004 ab 1.1.2002-2004 gültige OPS-301-Version  
2005 ab 1.1.2005 gültige OPS-301-Version

**Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)**

Prozedurenschlüssel sind in der gültigen OPS-301-Version analog zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln: d.h. ohne Sonderzeichen.  
Zur Reihenfolge der Prozedurenschlüssel siehe DKR, P002x (Hauptprozedur)

**Lokalisation**

Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel (für Aufnahmen ab 1.1.2005)

R        rechts  
L        links  
B        beidseitig

**OPS-Datum**

Es ist der Beginn der Prozedur anzugeben. Bei Prozeduren, für die keine Startzeit (HHMM) erfasst ist, kann „JJJJMMTT0000“ angegeben werden.

**Beatmungsstunden**

~~Die Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend DKR 1001 (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Zur Ermittlung der Stundenanzahl siehe ebenfalls DKR 1001. Die Beatmungsstunden dürfen nur einmal in Verbindung mit einem korrespondierenden Kode aus 8-718 angegeben werden.~~

**Belegoperator**

Bei belegärztlicher Versorgung des Falls durch einen Belegoperator ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.  
~~Die Angabe ‚J‘ ist bei einer Belegabteilung möglich.~~

**Beleganästhesist**

Bei belegärztlicher Versorgung des Falls durch einen Beleganästhesisten ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.  
~~Die Angabe ‚J‘ ist bei einer Belegabteilung möglich.~~

**Beleghebamme**

Bei Versorgung durch eine Beleghebamme ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.  
Die Angabe ‚J‘ ist nur bei einer Haupt- oder einer Belegabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel ‚2400‘ (Frauenheilkunde und Geburtshilfe) oder ‚2500‘ (Geburtshilfe) möglich.

**Datei Entgelte**

[Alle für den Krankenhausfall nach KHEntgG/KFPV abgerechneten Entgelte sind mit Angabe ihrer jeweiligen Entgeltart zu übermitteln. Entgelte für Wahlleistungen sind nicht einzubeziehen.](#)

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls  
Institutionskennzeichen der Krankenkasse  
Siehe: Datei **Fall**

**Entgeltart**

Es ist die in Rechnung gestellte Entgeltart anzugeben. Die Angabe entspricht der im § 301-Rechnungssatz abgerechneten Entgeltart im Segment ENT. Die Entgeltarten sind entsprechend Schlüssel 4 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln.

Zusätzlich ist die „Entgeltart“ ‚00000000‘ für den insgesamt abgerechneten Rechnungsbetrag anzugeben.

**Entgeltbetrag**

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

Zusätzlich ist mit der „Entgeltart“ ‚00000000‘ der für den Fall insgesamt abgerechnete Rechnungsbetrag anzugeben. Der Betrag entspricht dem im § 301-Rechnungssatz abgerechneten Rechnungsbetrag im Segment REC.

[Hinweis: Ergänzung vorgemerkt für nächste Version](#)

**Entgeltanzahl**

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

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

### 3. Übermittlungsdateien und -formate

Die Daten werden im csv-Format in verschiedenen physischen Dateien übermittelt.  
Als Trennzeichen zwischen Datenfeldern wird das Semikolon verwendet.  
Die erste Zeile der Datei enthält die Feldbezeichner (im Folgenden kursiv dargestellt).

#### **Verfahrensinformationen**

Datei: **Info**

*IK;Datenerhebung;Datum-der-Erstellung;E-Mail-Adresse;DRG-Groupier;  
(Kostendaten-von);(Kostendaten-bis);(Softwarelösung);Versionskennung*

<IK>;<Datenerhebung>;<Datum-der-Erstellung>;<E-Mail-Adresse>;<DRG-Groupier>;  
<>;<>;<>;<Versionskennung>

#### **DRG-Daten (§ 21 KHEntgG)**

##### **Krankenhausbezogene Daten**

*Krankenhausinformationen*

Datei: **Krankenhaus**

*IK;KH-Name;KH-Art;KH-Träger;Betten;Merkmal-Zu-Abschläge*

<IK>;<KH-Name>;<KH-Art>;<KH-Träger>;<Betten>;<Merkmal-Zu-Abschläge>

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

Datei: **Ausbildung**

*IK;Ausbildungsstätte;Ausbildungsstätten-Typ;Ausbildungsplätze-insgesamt;  
Ausbildungsplätze-des-KH;Ausbildungsplätze-für-andere-KH;Ausbildende;  
Auszubildende-im-eigenen-KH;Azubis-J1;Azubis-J2;Azubis-J3;Auszubildende-an-anderen-KH;  
Gesamtkosten;Personalkosten;Ausbildungsvergütungen;Personalkosten-je-VK*

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

...

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

*Abrechnungsdaten (ab 2004 bei „Option 2003“ / 2005)*

Datei: **Abrechnung**

*IK;DRG-Fälle-vereinbart;DRG-Fälle-abgerechnet;Bewertungsrelationen-vereinbart;  
Bewertungsrelationen-abgerechnet;Erlösausgleich-§3-Abs-6;Erlösausgleich-§4-Abs-9*

<IK>;<DRG-Fälle-vereinbart>;<DRG-Fälle-abgerechnet>;<Bewertungsrelationen-vereinbart>;  
<Bewertungsrelationen-abgerechnet>;<Erlösausgleich-§3-Abs-6>;<Erlösausgleich-§4-Abs-9>

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

IK; Entlassender-Standort; KH-internes-Kennzeichen; IK-der-Krankenkasse; Geburtsjahr;  
 Geburtsmonat; Geschlecht; PLZ-3; Aufnahmedatum; Aufnahmeanlass; Aufnahmegrund;  
 Aufnahmegewicht; Entlassungsdatum; Entlassungsgrund; Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag;  
 Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag; Beurlaubungstage; Patientenummer; Interkurrente-Dialysen;  
Versorgungstage; Beatmungsstunden; Behandlungsbeginn-vorstationär; Behandlungstage-vorstationär;  
 Behandlungsende-nachstationär; Behandlungstage-nachstationär;  
 IK-Verlegungs-KH; Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG

<IK>; <Entlassender-Standort>; <KH-internes-Kennzeichen-1>; <IK-der-Krankenkasse>; <Geburtsjahr>;  
 <Geburtsmonat>; <Geschlecht>; <PLZ-3>; <Aufnahmedatum>; <Aufnahmeanlass>; <Aufnahmegrund>;  
 <Aufnahmegewicht>; <Entlassungsdatum>; <Entlassungsgrund>; <Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;  
 <Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>; <Beurlaubungstage>; <Patientenummer>; <Interkurrente-Dialysen>;  
 <Versorgungstage>; <Beatmungsstunden>; <Behandlungsbeginn-vorstationär>; <Behandlungstage-vorstationär>;  
 <Behandlungsende-nachstationär>; < Behandlungstage-nachstationär>;  
 <IK-Verlegungs-KH>; <Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG>

...

<IK>; <Entlassender-Standort>; <KH-internes-Kennzeichen-n>; <IK-der-Krankenkasse>; <Geburtsjahr>;  
 <Geburtsmonat>; <Geschlecht>; <PLZ-3>; <Aufnahmedatum>; <Aufnahmeanlass>; <Aufnahmegrund>;  
 <Aufnahmegewicht>; <Entlassungsdatum>; <Entlassungsgrund>; <Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;  
 <Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>; <Beurlaubungstage>; <Patientenummer>; <Interkurrente-Dialysen>;  
 <Versorgungstage>; <Beatmungsstunden>; <Behandlungsbeginn-vorstationär>; <Behandlungstage-vorstationär>;  
 <Behandlungsende-nachstationär>; < Behandlungstage-nachstationär>;  
 <IK-Verlegungs-KH>; <Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG>

*Fallbezogene Fachabteilungsangaben*Datei: **FAB**

IK; Entlassender-Standort; KH-internes-Kennzeichen; FAB; FAB-Aufnahmedatum;  
 FAB-Entlassungsdatum

<IK>; <Entlassender-Standort>; <KH-internes-Kennzeichen>; <FAB-1>; <FAB-Aufnahmedatum>;  
 <FAB-Entlassungsdatum>

...

<IK>; <Entlassender-Standort>; <KH-internes-Kennzeichen>; <FAB-n>; <FAB-Aufnahmedatum>;  
 <FAB-Entlassungsdatum>

*Fallbezogene Diagnosenangaben*Datei: **ICD**

IK; Entlassender-Standort; KH-internes-Kennzeichen; Diagnoseart; ICD-Version;  
 ICD-Kode; Lokalisation; Sekundär-Kode; Lokalisation

<IK>; <Entlassender-Standort>; <KH-internes-Kennzeichen>; <Diagnoseart>; <ICD-Version>;  
 <ICD-Kode-1>; <Lokalisation>; <Sekundär-Kode-1>; <Lokalisation>

...

<IK>; <Entlassender-Standort>; <KH-internes-Kennzeichen>; <Diagnoseart>; <ICD-Version>;  
 <ICD-Kode-n>; <Lokalisation>; <Sekundär-Kode-n>; <Lokalisation>

*Fallbezogene Prozedurenangaben*Datei: **OPS***IK;*[<Entlassender-Standort>](#)*;**KH-internes-Kennzeichen**;**OPS-Version**;**OPS-Kode**;*[Lokalisation](#)*;**OPS-Datum**;*[Beatmungsstunden](#)*;**Belegoperator**;**Beleganästhesist**;**Beleghebamme*<IK>;<[Entlassender-Standort](#)>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-1>;<[Lokalisation](#)>;<OPS-Datum>;<[Beatmungsstunden](#)>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>

...

<IK>;<[Entlassender-Standort](#)>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-n>;<[Lokalisation](#)>;<OPS-Datum>;<[Beatmungsstunden](#)>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>**Entgeltdaten des Behandlungsfalls***Insgesamt abgerechnete Entgelte des Behandlungsfalls*Datei: **Entgelte***IK;*[<Entlassender-Standort>](#)*;**KH-internes-Kennzeichen**;**IK-Krankenkasse**;**Entgeltart**;**Entgeltbetrag**;*[Entgeltanzahl](#)<IK>;<[Entlassender-Standort](#)>;<KH-internes-Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;<Entgeltart-1>;<Entgeltbetrag-1>;<[Entgeltanzahl-1](#)>

..

<IK>;<[Entlassender-Standort](#)>;<KH-internes-Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;<Entgeltart-n>;<Entgeltbetrag-n>;<[Entgeltanzahl-n](#)>

## 4. Übermittlungshinweise

### Teillieferungen

Grundsätzlich können die fallbezogenen Daten physisch in Teillieferungen übermittelt werden. Die nicht teilbare logische Einheit ist dabei ein Krankenhausfall. Teillieferungen zu krankenhausesbezogenen Daten sind nicht zulässig.

### Medien

Die Daten können entweder per E-Mail oder physischem Datenträger (z.B. CD) übermittelt werden. Bei der Übertragung per E-Mail sollten geeignete Komprimierungsprogramme zum Einsatz kommen.

### Sicherheit

Die Daten sind bei Übermittlung auf Datenträger und bei elektronischer Übermittlung mit einem sicheren Verschlüsselungsverfahren zu verschlüsseln. Als Verschlüsselungsverfahren ist PGP (Pretty Good Privacy) vorgesehen. Als Produkte können z.B. das kommerzielle Produkt PGP der PGP Corporation (www.pgp.com) ab Version 7.0.3 incl. Security Patch vom 3.9.2001 vorgesehen. ~~Aufgrund der Tatsache, dass die Produktpflege und Anpassung bei PGP im 1. Halbjahr 2002 eingestellt wurde, ist beabsichtigt, eine geeignete alternative Lösung zur Verschlüsselung (ggf. einschl. elektronischer Signatur) in Abstimmung mit dem Bundesdatenschutzbeauftragten und dem BSI so bald wie möglich festzulegen. Zu welchem Zeitpunkt PGP dadurch ersetzt werden kann, wird von der Verfügbarkeit und dem Implementationsaufwand abhängen.~~ ~~Im Juli 2002 wurde PGP von der PGP Corporation (Palo Alto, California, pgp.com) übernommen. Die PGP Corporation hat im August 2002 eine neue Version 8.0 für das 4. Quartal 2002 angekündigt. Es ist beabsichtigt, auch die Version 8.0 sowie oder~~ alternativ die Open-Source-Software OpenPGP (www.gnupg.org und www.gnupp.de) als Verschlüsselungssoftware zuzulasseneingesetzt werden.

### Korrekturverfahren und Storno

Jede Korrekturmeldung erfordert zunächst ein Storno. Die anschließende Übermittlung von berichtigten Daten ist auf die zu berichtigenden (zuvor stornierten) Fälle zu begrenzen.

#### Storno und Korrektur von Falldaten

~~Werden Müssen Krankenhaus- oder~~ Falldaten noch einmal übermittelt werden (Korrektur), so ist für die entsprechenden Falldaten zunächst ein Storno erforderlich. werden die vorhandenen Daten des Falls mit den entsprechend dem Datum der Erstellung in Datei Info neueren Daten überschrieben. Anschließend sind die berichtigten Daten ausschließlich für die zu Korrekturzwecken stornierten Fälle zu übermitteln.

Werden ~~als Stornonachricht Dateien mit krankenhauses- oder~~ fallbezogenen Daten mit einer Datei übermittelt, die im Feld Datenfeld Info.Datenerhebung als Inhalt eine Storno-Information hat, werden für den Erhebungszeitraum alle bereits übermittelten Daten für alle Fälle ~~oder Ausbildungsstätten~~ gelöscht, die in der Storno-Nachricht enthalten sind.

Bereits übermittelte (vorliegende) fallbezogene Daten werden in Verbindung mit einer Storno-Information im Datenfeld Info.Datenerhebung anhand der KH-internen Kennzeichen der Behandlungsfälle wie folgt storniert:

- Datei Fall storniert Falldaten, die aus Datei Fall, Datei FAB, Datei ICD und Datei OPS vorliegen,
- Datei Entgelte storniert Falldaten, die aus Datei Entgelte vorliegen
- (Datei Kosten storniert Fallkostendaten, die aus Datei Kosten vorliegen)

#### Storno und Korrektur von Krankenhausdaten

Wird nur die Datei Info als Storno-Nachricht übermittelt, werden alle Daten des Krankenhauses der Lieferung für den im Datenfeld Info.Datenerhebung bezeichneten Erhebungszeitraum (s. Hinweise) gelöscht. Die berichtigten Daten für das Krankenhaus sind anschließend erneut zu übermitteln.

Müssen bereits übermittelte Angaben der Datei Ausbildung oder Abrechnung berichtigt werden, ist zunächst die Datei Info als Storno-Nachricht gemeinsam mit der Datei Ausbildung und/oder Abrechnung zu übermitteln; dabei kann die Datei Ausbildung und/oder Abrechnung als leere Datei übermittelt werden (Storno). Anschließend sind die berichtigten Angaben erneut zu übermitteln.

### Rückmeldungen an das Krankenhaus

Jede Datenlieferung wird mit einer E-Mail (bzw. mit mehreren E-Mails) beantwortet. Dafür ist vorgesehen,

- bei fehlerfreier Datenlieferung eine E-Mail mit einer Fallzahl zu erzeugen („Alle xxxxx Fälle fehlerfrei verarbeitet“)
  - bei Hinweisen und Fehlern ist ein Dateianhang zu erzeugen („xxxxx Fälle fehlerfrei, yyyyy Fälle mit Hinweisen, zzzzz Fälle mit Fehlern verarbeitet“)
- Stellt sich beim Schreiben der Fehler und Hinweise heraus, dass sie eine gewisse Anzahl überschreiten, wird die Verarbeitung aufgeteilt, so dass ggf. mehrere Antwortmails erzeugt werden. Die E-Mails enthalten dann eine Zusatzinformation, welches Intervall an krankenhausesinternen Kennzeichen verarbeitet wurde.

**Nachrichtliche Ergänzung (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)****Kalkulationsdaten****K1 Daten und Formate**Verfahrensinformationen: siehe Datei **Info****Krankenhausbezogene Daten:***Kalkulationsverfahren und Leistungsdaten der Kostenmodule (wiederholbar):*

Kostenmodul – Kostenstellengruppe	M	a..2	
Kostenmodul – Kostenartengruppe	M	a..2	
Kalkulationsverfahren	M	a1	
Leistungsart(en)	M	an..50	

**Kostendaten des Behandlungsfalls (wiederholbar):** Angabe erfolgt nur, wenn Kostenwert ≠ 0

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Kostenmodul-Kostenstellengruppe	M	a..2	
Kostenmodul-Kostenartengruppe	M	a..2	
Kostenwert	M	n..10	99999999,99

**K2 Übermittlungsdateien und -formate***Verfahrensinformationen*Siehe Datei: **Info***Kalkulationsverfahren und Leistungsarten der Kostenmodule*Datei: **Kostenmodul***IK;Kostenstellengruppe;Kostenartengruppe;Kalkulationsverfahren;Leistungsart*

&lt;IK&gt;;&lt;Kostenstellengruppe-1&gt;;&lt;Kostenartengruppe-1&gt;;&lt;Kalkulationsverfahren&gt;;&lt;Leistungsart&gt;

...

&lt;IK&gt;;&lt;Kostenstellengruppe-n&gt;;&lt;Kostenartengruppe-n&gt;;&lt;Kalkulationsverfahren&gt;;&lt;Leistungsart&gt;

*Kostendaten des Behandlungsfalls*Datei: **Kosten***IK;[Entlassender-Standort](#);KH-internes-Kennzeichen;Kostenstellengruppe;Kostenartengruppe;Kostenwert*<IK>;<[Entlassender-Standort](#)>;<KH-internes-Kennzeichen>;  
<Kostenstellengruppe-1>;<Kostenartengruppe-1>;<Kostenwert>

...

<IK>;<[Entlassender-Standort](#)>;<KH-internes-Kennzeichen>;  
<Kostenstellengruppe-n>;<Kostenartengruppe-n>;<Kostenwert>

### K3 Kodeliste und Hinweise

**Datei Info** siehe oben

**Datei Kostenmodul** Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158

#### Kostenartengruppe

- |   |  |
|---|--|
| 1   | Personalkosten ärztlicher Dienst   |
| 2   | Personalkosten Pflegedienst<br>(nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 1, 2, 3, 11)   |
| 3   | Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst  |
| 4a  | Sachkosten Arzneimittel  |
| 4b  | Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Istverbrauch)  |
| 5   | Sachkosten Implantate/Transplantate<br>(nur in Verbindung mit Kostenstellengruppe 2, 4, 7, 8, 9, 11)                                     |
| 6a  | Sachkosten übriger med. Bedarf   |
| 6b  | Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Istverbrauch)   |
| 7   | Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur  |
| 8   | Personal- und Sachkosten nicht-med. Infrastruktur  |
| <u>reserviert für nicht DRG-relevante Kosten:</u> |  |
| 10  | nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10<br>Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158 |

#### Kostenstellengruppe

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1                                  | Normalstation (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5)  |
| 2                                  | Intensivstation  |
| 3                                  | Dialyseabteilung (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 5)   |
| 4                                  | OP-Bereich (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)   |
| 5                                  | Anästhesie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5)  |
| 6                                  | Kreißaal (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5)  |
| 7                                  | Kardiologische Diagnostik/Therapie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)   |
| 8                                  | Endoskopische Diagnostik/Therapie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)  |
| 9                                  | Radiologie (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2)   |
| 10                                 | Laboratorien (nicht in Verbindung mit Kostenartengruppe 2, 5)  |
| 11                                 | Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche   |
| 12                                 | Basiskostenstelle(nur in Verbindung mit Kostenartengruppe 8)   |
| <u>nicht DRG-relevante Kosten:</u> |  |
| 99                                 | nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10<br>Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158 |

#### Kalkulationsverfahren

- |   |   |
|---|---|
| L | Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV) |
| M | Mischverfahren                                |
| U | Umlageverfahren                               |

#### Leistungsart

- |     |  |
|-----|--|
| PT  | Pflegetage   |
| PPR | Minuten gem. PPR-Einstufung  |
| GIS | gewichtete Intensivstunden   |
| IS  | Intensivstunden  |
| SN  | gewichtete Schnitt-/Nahtzeit (mit Gleichzeitigkeitsfaktor und Rüstzeit)                                |
| AUK | Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißaal  |
| GEB | Anzahl Geburten  |
| LP  | Punkte lt. Leistungskatalog  |
| GD  | gewichtete Dialyse   |
| PTD | Pflegetage mit Dialyse   |
| AN  | Anästhesiologiezeit  |
| IST | Ist-Verbrauch (Einzelkosten)   |
| EZ  | Eingriffszeit  |
| SNU | Schnitt-/Nahtzeit mit Rüstzeit, ohne Gleichzeitigkeitsfaktor<br>(bei Kostenmodul 4.4a, 4.6a, 4.7, 4.8) |

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

Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 193