

Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 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: 28.11.2006

Bearbeitungshinweise:**28.11.2006**Datei Info*Datenerhebung*

Aktualisierung der Jahresangaben

(Kostendaten von)

(Kostendaten bis)

entfernt

Versionskennung

aktualisiert auf „20070101“

Datei Fusionen

Einfügen der Datei Fusionen hinter der Datei Krankenhaus zur eindeutigen Bestimmung, welche Daten fusionierter Krankenhäuser durch das führende Krankenhaus übermittelt werden.

Datei Abrechnung

DRG-Fälle, vereinbart

DRG-Fälle, abgerechnet

Hinweis zur Berücksichtigung von teilstationären Fällen

redaktionelle Anpassungen

Datei Fall*Aufnahmearbeit*

Neuer Aufnahmearbeit „A“ (Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden), für Aufnahmen ab 1.1.2007

Streichung des Verlegungsanlasses „K“

redaktionelle Anpassungen

Datei FAB*Fachabteilung*

redaktionelle Verdeutlichung

Datei ICD*ICD-Version*

um 2007 ergänzt,

redaktionelle Anpassungen

Datei OPS*OPS-Version*

um 2007 ergänzt

*Belegoperator**Beleganästhesist**Beleghebamme*

redaktionelle Klarstellung zur Befüllung der Felder

redaktionelle Anpassungen

Datei Entgelte

redaktionelle Klarstellung der Eingangserläuterung

Hinweis zu Neugeborenen, für die ein eigenständiger Falldatensatz angelegt wurde

Übermittlungshinweise

redaktionelle Klarstellung zu Teillieferungen und Rückmeldungen an das Krankenhaus

Nur für Teilnehmer an der Kalkulationserhebung

Datei Kostenmodul

Kostenstellengruppe

Anpassung der Gruppenbezeichnung bei „12“

Kalkulationsverfahren

Streichung von „Mischverfahren“ und „Umlageverfahren“
redaktionelle Anpassung

1. Daten und Formate

Verfahrensinformationen

Datenerhebung	M	an..9	
Datum der Erstellung	M	an12	JJJJMMTTHHMM
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	2004121720070101

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	

Fusionen

IK des mitgelieferten Krankenhauses (IKF)

Falldaten von

Falldaten bis

(wiederholbar, max. 20 Krankenhäuser)

M an9 nur bei Fusion von Daten im Datenjahr

M an8 JJJJMMTT

M an8 JJJJMMTT

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..11	(-)999999999,99
Erlösausgleich § 4 Abs. 9 KHEntgG	K	n..11	(-)999999999,99

Medizinische Daten des Behandlungsfalls

Falldaten

Entlassender Standort	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	
PLZ	K	an5	
Aufnahmedatum	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Aufnahmeanlass	M	a1	
Aufnahmegrund	K	an4	
Aufnahmegewicht *	K	n..5	99999, in Gramm
Entlassungs-/Verlegungsdatum	M	an12	JJJJMMTTHHMM
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	
Beatmungsstunden	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	JJJJMMTTHHMM
Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung	M	an12	JJJJMMTTHHMM

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 siehe Hinweise zu teilstationären Fällen!

OPS-Version	M	an..6	
Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)	M	an..11	
Lokalisation	K	a1	
OPS-Datum	M	an12	JJJJMMTTHHMM
Belegoperateur	K	an1	J A
Beleganästhesist	K	an1	J A
Beleghebamme	K	an1	J A

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
Entgeltanzahl	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

~~20052006~~ DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) ~~20052006~~, Übermittlung März ~~20062007~~

JJJJ DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) [für das Berichtsjahr JJJJ], Übermittlung März JJJJ

~~20052006~~.S Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung ~~20052006~~

JJJJ.S Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung [für das Berichtsjahr JJJJ]

Datum der Erstellung

Es ist das Datum der Erstellung der Datei Info anzugeben

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.

DRG-Groupier

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

~~(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 ‚~~20041217~~-~~20070101~~‘ 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 Fusionen**IK des mitgelieferten des Krankenhauses (IKF)**

Dieses Institutionskennzeichen dient der eindeutigen Identifikation des fusionierten Krankenhauses, für welches das führende Krankenhaus Daten liefert. Es wird das IK-Verzeichnis aus dem § 301-Verfahren verwendet, das vom VdAK und der DKG autorisiert ist („§ 301-IK-Verzeichnis“). Es ist das unmittelbar vor der Fusion der Daten gültige Institutionskennzeichen des fusionierten Krankenhauses anzugeben. Die Datei Fusionen ist nicht zu übermitteln, wenn die Daten dieses Krankenhauses als eigenständige Einheit geliefert werden.

Falldaten von

In dieses Feld ist der Beginn des Zeitraums der für das ausgewiesene IKF gelieferten Fälle anzugeben.

Falldaten bis

In dieses Feld ist das Ende des Zeitraums der für das ausgewiesene IKF gelieferten Fälle anzugeben.

Datei Ausbildung

Krankenhäuser, die eine oder mehrere Abteilungen vorhalten, die nicht dem Geltungsbereich des KHEntG 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 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 , <u>Gesundheits- und Krankenpfleger/-in</u>
A06	Kinderkrankenschwester , <u>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in</u>
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 Ausbildungende im Landesdienst)
Als Kosten sind zu übermitteln:
- sämtliche Personal- und Sachkosten der Ausbildungsstätte
Soweit Ausbildungende 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 Ausbildungende 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 Ausbildungenden 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 durch einen entsprechenden Ausbildungsgang durchschnittlich genutzten Ausbildungsplätze sind anzugeben..

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 genutzten Ausbildungsplätze für Auszubildende im eigenen Krankenhaus (Nur bei Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4).

Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser

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

Ausbildende

Die durchschnittliche Anzahl Auszubildender ist anzugeben (nicht: Honorarkräfte). Anzugeben ist die im Berichtszeitraum durchschnittlich beschäftigte Anzahl der Auszubildenden in Vollkräften (VK). Zu den Auszubildenden 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 Auszubildenden 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 Auszubildenden (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.~~

~~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 [nach Abschnitt E1 der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung \(AEB\) – Spalte 2, Zeile „Summe insgesamt“ – für das Berichtsjahr](#) anzugeben. ~~Fälle mit Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG werden nicht einbezogen.~~

Hinweis für teilstationäre Fälle:

Teilstationäre Fälle sind entsprechend der Fallzählung gem. § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) zu zählen und an dieser Stelle zu berücksichtigen.

DRG-Fälle, abgerechnet

Es ist die ~~Summe Anzahl~~ 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 Anzahl~~ einzubeziehen, sofern der Fallabschluss im Berichtsjahr erfolgt ist.

Hinweis für teilstationäre Fälle:

Teilstationäre Fälle sind entsprechend der Fallzählung gem. § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) zu zählen und an dieser Stelle zu berücksichtigen.

Bewertungsrelationen, vereinbart

Es ist die Summe der vereinbarten effektiven Bewertungsrelationen nach der Anlage 1 zum KHEntgG (~~KHEntgG Anlage 1, Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) für das Berichtsjahr, Formular B1 Zeile 22 Spalte 4, Abschnitt E1 Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“~~) 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 Nachkommastellen 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 Nachkommastellen anzugeben, der in der Budgetvereinbarung für das Berichtsjahr festgelegt wurde. Bei einem Mehrerlösausgleich ist das Minus-Vorzeichen („-“) voranzustellen.

Hinweis zu besonderen Einrichtungen gem. ~~FPVBE-2005~~ § 17 Abs. 1 KHG:

Krankenhäuser mit einer Vereinbarung für Besondere Einrichtungen ~~gem. FPVBE-2005~~ 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 KHEntgG 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.

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.

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, Aufnahmearlass, Aufnahmegrund, Fachabteilung und ggf. Diagnose- und Prozedurenangaben übermittelt. Für das Aufnahmedatum ist der erste, für das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag anzugeben.

Teilstationäre Fälle:

Im § 301-Verfahren werden teilstationäre Fälle mit tagesbezogenen Entgelten quartalsbezogen abgerechnet, dabei sind die Prozeduren jeweils mit dem jeweiligen Kalenderdatum der Leistungserbringung anzugeben. Es können bis zu 100 Prozeduren angegeben werden. Für teilstationäre Fälle, die im § 301-Verfahren über ein Quartal fortgeführt werden, gilt die Beschränkung auf max. 100 Prozeduren nicht. Fehlerhafte Angaben zu Prozeduren und zum Prozedurendatum werden im Datenannahmeverfahren als Fehler gewertet!

Krankenhäuser, die an der Kalkulationserhebung teilnehmen, dokumentieren die teilstationären Fälle kontaktbezogen als jeweils gesonderte Fälle mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen, wobei die Zusammenfassung zu einem Behandlungsfall über die Patientenummer vorzunehmen ist.

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

Die Postleitzahl ist vollständig mit 5 Ziffern anzugeben. Bei ausländischen Patienten: ‚00000‘.

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.

Aufnahmeanlass

E	Einweisung durch einen Arzt
Z	Einweisung durch einen Zahnarzt
N	Notfall
R	Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung
V	Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden
A	Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (für Aufnahmen ab dem 1.1.2007)
K	Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation

Zusatzschlüssel für besondere Kalkulationsanforderungen:

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 für Aufnahmen ab dem 1.1.2007 als Aufnahmeanlass ‚E-A‘, wenn sie länger als 24 Stunden betrug, ist anstelle von ‚V‘ anzugeben. Als Sonderfall ist bei Bestehen einer Kooperation der Aufnahmeanlass ‚K‘ anzugeben.

~~Die Der Aufnahmeanlässe ‚R‘ und ‚K‘ werden wird~~ in der § 301-Datenübermittlung nicht abgebildet, ~~sie er sollen~~ übermittelt werden, wenn die Patientendatenhaltung dieses Zusatzmerkmale enthält.

Interne Verlegung mit Wechsel aus einem Entgeltbereich in 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 durchgeführt wird, ist der Aufnahmeanlass bei Behandlungsbeginn in einer Fachabteilung, die zu dem Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen zählt, anzugeben.

Aufnahmegrund

01xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär
02xx	Krankenhausbehandlung, vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
03xx	Krankenhausbehandlung, teilstationär
04xx	vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
05xx	stationäre Entbindung
06xx	Geburt
07xx	Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) nach KFPV 2003
08xx	Stationäre Aufnahme zur Organentnahme

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 Begleitpersonen (Aufnahmeanlass „B“) entfallen. In allen anderen Fällen ist der Aufnahmegrund eine Muss-Angabe.

Aufnahmegewicht

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

Bei Neugeborenen ist als Aufnahmegewicht 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 KHEntgG unterliegt. (Bei interner Verlegung in einen anderen Entgeltbereich ohne nachfolgende Rückverlegung wird das Verlegungsdatum angegeben; die Behandlungsepisode in einem anderen Entgeltbereich wird 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
179	interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV 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 (Aufnahmearbeit ,B'). In allen anderen Fällen ist der Entlassungs-/Verlegungsgrund eine Muss-Angabe (bei Neugeborenen mit Aufnahmearbeit ,G' ist z.B. ,019' anzugeben).

Der Entlassungsgrund ,179' (interne Verlegung mit Wechsel ...) 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 muss von den an der Kalkulationserhebung teilnehmenden Krankenhäusern zur Zusammenführung von teilstationären „Tagesfällen“ verwendet werden.

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.~~).

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: Aufnahmearlass).

Belegungstage außerhalb KHEntgG (in einem anderen Entgeltbereich des Krankenhauses)

Bei einer Neueinstufung eines DRG-Falls in Folge einer internen Verlegung mit einem Wechsel zwischen den Entgeltbereichen sind die Belegungstage in dem anderen Entgeltbereich (BPfIV oder Besondere Einrichtung) 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~~ [nach Anlage 1 der FPV \(DRG-Katalog\) oder Besondere Einrichtung](#)) ebenfalls in dem Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“ anzugeben.

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

Datei FAB

Die Fachabteilungsangaben sind nur für Aufenthalte in Fachabteilungen anzugeben, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen. Sie sind folglich bei einem neu eingestuften Fall zeitlich nicht zusammenhängend. Die internen Belegungstage sind im Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“, die externen Belegungs-/Aufenthaltenstage im Datenfeld „Tage der Beurlaubung/ ohne Behandlung“ anzugeben.

Fachabteilung (FAB)

~~Die behandelnde Fachabteilung oder besondere Einrichtung ist mit dem Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 der § 301 Vereinbarung (Schlüssel 6) anzugeben. Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V anzugeben.~~ Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das Präfix ‚HA‘ (Hauptabteilung) oder ‚BA‘ (Belegabteilung), bei Besonderen Einrichtungen das Präfix ‚BE‘ voranzustellen.

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
ND Nebendiagnose(n), nach DKR

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

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

ICD-Version

2004 ab 1.1.2004 gültige ICD-10GM-Version
2005 ab 1.1.2005 gültige ICD-10-GM-Version
2006 ab 1.1.2006 gültige ICD-10-GM-Version
[2007 ab 1.1.2007 gültige ICD-10-GM-Version](#)

Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)

Diagnoseschlüssel sind in der gültigen ICD-10GM-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

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

OPS-Version

2004	ab 1.1.2004 gültige OPS-301-Version
2005	ab 1.1.2005 gültige OPS- 301 -Version
2006	ab 1.1.2006 gültige OPS- 301 -Version
2007	ab 1.1.2007 gültige OPS-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 ‚JJJMMTT0000‘ angegeben werden.

Belegoperator

~~Bei belegärztlicher Versorgung des Falls durch einen Belegoperator ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.~~
[Wird die Prozedur durch einen Belegarzt durchgeführt, ist ‚J‘ anzugeben.](#)

Beleganästhesist

~~Bei belegärztlicher Versorgung des Falls durch einen Beleganästhesisten ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.~~
[Wird die Prozedur durch einen Beleganästhesisten durchgeführt, ist ‚J‘ anzugeben.](#)

Beleghebamme

~~Bei Versorgung durch eine Beleghebamme ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.~~
[Wird die Prozedur durch eine Beleghebamme durchgeführt, ist ‚J‘ anzugeben.](#)

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 und Entgelte für Leistungen in Entgeltbereichen, die gemäß § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG dem Geltungsbereich der BpflV unterliegen, 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.

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.

Hinweis zu teilstationären Fällen bei Krankenhäusern der Kalkulationserhebung

Krankenhäuser, die an der Kalkulationserhebung teilnehmen, dokumentieren die teilstationären Fälle in der Datei „Fall“ kontaktbezogen als jeweils gesonderte Fälle mit eigenem krankenhausinternen Kennzeichen, wobei die Zusammenfassung zu einem Behandlungsfall über die Patientenummer vorzunehmen ist. Bei teilstationären Fällen mit fallbezogenem Entgelt ist für jeden kontaktbezogenen Fall/Datensatz in der Datei „Fall“ korrespondierend das fallbezogene Entgelt mit gleichem (fallbezogenem) Entgeltbetrag und gleicher Entgeltanzahl anzugeben.

Hinweis zu Neugeborenen

Für Neugeborene, für die ein eigenständiger Falldatensatz angelegt wurde und für die gemäß § 1 Abs. 5 FPV 2006 kein eigenständiges Entgelt abgerechnet werden konnte, ist die Entgeltart „00000000“ mit dem Entgeltbetrag „0“ und Entgeltanzahl „1“ für ein fiktives Entgelt und zusätzlich eine Entgeltart „00000000“ mit dem Entgeltbetrag „0“ und einer Entgeltanzahl „1“ für die fiktive Gesamtsumme des Rechnungsbetrages anzugeben.

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>

[Übermittlung von Daten für fusionierte Krankenhäuser durch das führende Krankenhaus \(nur zu übermitteln, wenn vorhanden\)](#)

Datei: **Fusionen**

IK; IKF; Falldaten-von; Falldaten-bis

<IK>; <IKF-1>; <Falldaten-von>; <Falldaten-bis>

...

<IK>; <IKF-n>; <Falldaten-von>; <Falldaten-bis>

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

Datei: **Ausbildung**

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

Abrechnungsdaten

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;Aufnahmedatum;Aufnahmeanlass;Aufnahmegrund;
Aufnahmegewicht;Entlassungsdatum;Entlassungsgrund;Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag;
Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag;Beurlaubungstage;Patientennummer;Interkurrente-Dialysen;
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>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;
<Aufnahmegewicht>;<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;
<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Beurlaubungstage>;<Patientennummer>;<Interkurrente-Dialysen>;
<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>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;
<Aufnahmegewicht>;<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;
<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Beurlaubungstage>;<Patientennummer>;<Interkurrente-Dialysen>;
<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;Belegoperator;Beleganästhesist;Beleghebamme*

*<IK>;<Entlassender-Standort>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-1>;<Lokalisation>;
<OPS-Datum>; <Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>*

...

*<IK>;<Entlassender-Standort>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-n>;<Lokalisation>;
<OPS-Datum>;<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 krankenhausbefugten 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~~ wird 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 oder alternativ die Open-Source-Software OpenPGP (www.gnupg.org und www.gnupp.de) eingesetzt 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

Müssen Falldaten noch einmal übermittelt werden (Korrektur), so ist für die entsprechenden Falldaten zunächst ein Storno erforderlich. Anschließend sind die berichtigten Daten ausschließlich für die zu Korrekturzwecken stornierten Fälle zu übermitteln.

Müssen Falldaten in den Dateien Fall, FAB, ICD, OPS, und/oder Entgelte (und/oder Fallkostendaten) storniert werden, ist mit der Datei Info, die im Datenfeld Info.Datenerhebung als Inhalt eine Storno-Information enthalten muss, die Datei Fall (und/oder die Datei Kosten) zu übermitteln. Ist die Datei Fall (und/oder die Datei Kosten) leer, werden alle vorliegenden Falldaten (und/oder Fallkostendaten) für das Krankenhaus gelöscht, die aus den Dateien Fall, FAB, ICD, OPS und Entgelte (und/oder aus der Datei Kosten) vorliegen. Enthält die Datei Fall (und/oder die Datei Kosten) die krankenhausernen Kennzeichen von übermittelten Fällen, werden für den Erhebungszeitraum alle bereits übermittelten Daten für alle Fälle 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, Datei OPS und 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 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, entfällt eine Storno-Nachricht, eine erneute Übermittlung ersetzt die vorhandenen Daten einer vorangegangenen Übermittlung.

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 krankenhausernen 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*

<IK>;<Kostenstellengruppe-1>;<Kostenartengruppe-1>;<Kalkulationsverfahren>;<Leistungsart>

...

<IK>;<Kostenstellengruppe-n>;<Kostenartengruppe-n>;<Kalkulationsverfahren>;<Leistungsart>

*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
(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
(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
- reserviert für nicht DRG-relevante Kosten:
- 10 nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10

~~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 Kreißsaal (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) im Datenjahr 2006 nicht besetzt~~
- nicht DRG-relevante Kosten:

- 99 nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10

~~Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 2.0, S. 158~~

Kalkulationsverfahren

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

Leistungsart

- PT Pflage tage
- PPR Minuten gem. PPR-Einstufung
- GIS gewichtete Intensivstunden
- IS Intensivstunden
- SN gewichtete Schnitt-/Nahtzeit (mit Gleichzeitigkeitsfaktor und Rüstzeit)
- AUK Aufenthaltszeit der Patientin im Kreißsaal
- GEB Anzahl Geburten
- LP Punkte lt. Leistungskatalog
- GD gewichtete Dialyse
- PTD Pflage tage mit Dialyse
- AN Anästhesiologiezeit
- IST Ist-Verbrauch (Einzelkosten)
- EZ Eingriffszeit
- SNU Schnitt-/Nahtzeit mit Rüstzeit, ohne Gleichzeitigkeitsfaktor
(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~~