

**Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG:**

**Daten nach § 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: 2. Fortschreibung vom 2. Juli 2009**

**Änderungen gegenüber der 1. Fortschreibung vom 8. April 2009:**

Verfahrensinformation (Datei „Info“):

Versionskennung auf „20100101“ gesetzt

Datei „Krankenhaus“:

Aufteilung der Anzahl der aufgestellten Betten auf die Entgeltbereiche „DRG“ und „PSY“

Datei „Abrechnung“:

Entfernen des Datenfelds „Erlösausgleich § 3 Abs. 6 KHEntgG“

Änderung der Bezeichnung des Datenfelds „Erlösausgleich § 4 Abs. 9 KHEntgG“ in

„Erlösausgleich § 4 Abs. 3 KHEntgG“

Überarbeitung und Ergänzung der Hinweise

Datei „Fall“:

neues Datenfeld „Entgeltbereich“

Streichung des Datenfeldes „Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung“ (s. Datei Entgelte)

neues Datenfeld „Beurlaubungstage im BPfIV-Entgeltbereich“ für geplante Beurlaubungen

Ändern der Bezeichnung von „Behandlungstage außerhalb KHEntgG“ in

„Behandlungstage in einem anderen Entgeltbereich“ und Überarbeitung der Definition

Datei „FAB“:

Überarbeitung der Hinweise zum Datenfeld „Fachabteilung (FAB)“

Datei „ICD“:

Überarbeitung der Hinweise

Datei „Prozeduren“:

Überarbeitung der Hinweise

Hinweis zu „OPS-Datum“, wenn der OPS-Kode die Einstufung in einen

Behandlungsbereich nach Anlage 1 bzw. Anlage 2 der PsychPV enthält

Datei „Entgelte“:

neues Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ (aus § 301-Rechnungssatz)

Übermittlungsdateien

Anpassung der Dateistrukturen und Datenfeldbezeichnungen

neues Datenfeld „Beurlaubungstage-PSY“ in Datei ‚Fall‘

neues Datenfeld „Entgeltbereich“ in Datei „FAB, „ICD“, „OPS“, „Entgelte“ und „Kosten“

neues Datenfeld „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ in Datei Entgelte

Redaktionelle Überarbeitung

## 1. Daten und Formate

### Verfahrensinformationen

Datenerhebung	M	an..9	
Datum der Erstellung	M	an12	JJJJMMTTHHMM
E-Mail-Adresse	M	an.. 50	Konto@Maildomäne
DRG-Grouper	K	an..25	
(Softwarelösung)	K	an..25	nur für Kalkulationserhebung
Versionskennung	M	an8	20100101

### 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 (DRG)	M	n..4	
Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)	M	n..4	
Merkmal Zu-/Abschläge	K	an..6	
<i>Fusionen (wiederholbar, max. 20 Krankenhäuser)</i>			
IK des mitgelieferten Krankenhauses (IKF)	M	an9	vor Fusion von Daten im Datenjahr
Falldaten von	M	an8	JJJJMMTT
Falldaten bis	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
Auszubildende	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
Ausbildungsvergütungen	M	n..10	99999999,99
Personalkosten je examinierte Vollkraft	M	n..10	99999999,99
Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts	M	n..10	99999999,99
Kosten der praktischen Ausbildung	M	n..10	99999999,99
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Gemeinkosten der Ausbildungsstätte	M	n..10	99999999,99
Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte	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 § 4 Abs. 3 KHEntgG	K	n..11	(-)999999999,99

**Medizinische Daten des Behandlungsfalls**Falldaten

Entlassender Standort	K	n2	,'01' ff.
Entgeltbereich	M	an3	'DRG' 'PSY'
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	
Fallzusammenführung	M	an1	J/N
Fallzusammenführungsgrund	K	an2	
Aufnahmegegewicht *	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	
Patientennummer	M	an..15	
Anzahl interkurrenter Dialysen	K	n..3	
Beatmungstunden	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 in einem anderen Entgeltbereich	K	n..2	
Beurlaubungstage im BPIV-Entgeltbereich	K	n..3	

\* bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres

Fachabteilungsangaben (wiederholbar)

fallbezogen

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

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

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
Beleganästhesist	K	an1	J
Beleghebamme	K	an1	J

**Entgeltdaten des Behandlungsfalls** (wiederholbar, max. 98)

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
Tage ohne Berechnung/Behandlung	K	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.

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
2009	§ 21-Daten (und Kalkulationsdaten) 2009, Übermittlung März 2010
2009.S	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung 2009

#### 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. Zur Kommunikation wird ausschließlich diese E-Mail-Adresse verwendet, z.B. für die Übermittlung von Fehlerprotokollen.

#### DRG-Groupier

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

#### *(Softwarelösung) nur für Kalkulationserhebung*

Kurzbezeichnung der Softwarelösung zur Kalkulation

#### Versionskennung

Als Versionskennung ist ‚20100101‘ 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 vdek 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 (DRG)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen.  
Sind nur Betten, die dem Geltungsbereich des § 17d KHG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

## Anzahl der aufgestellten Betten (PSY)

Anzahl der im Berichtszeitraum durchschnittlich aufgestellten Betten in Fachabteilungen, die allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 KHG genannten Einrichtungen erbringen.  
Sind nur Betten in Fachabteilungen, die dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, aufgestellt, ist ‚0‘ (Null) anzugeben.

## Merkmal Zu-Abschläge

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

**Datei Fusionen**

## Institutionskennzeichen des mitgelieferten 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 vdek 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 wird der Beginn des Zeitraums, der für das ausgewiesene IKF gelieferten Fälle, angegeben.

## Falldaten bis

In dieses Feld wird das Ende des Zeitraums, der für das ausgewiesene IKF gelieferten Fälle, angegeben.

**Datei Ausbildung**

Die Daten sind für das gesamte Krankenhaus anzugeben. Datenfelder, die für das einzelne Krankenhaus nicht relevant sind, sind mit ‚0‘ (Null) zu besetzen.

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

Die Anzahl der Praxisanleiter/Mentoren und die Kosten der Praxisanleitung 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 Kosten für die Ausbildungsstätte (Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten) 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 Kosten (Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten) und anteiligen Auszubildendenvergütungen 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
A04	Krankengymnast/-in, Physiotherapeut/-in
A05	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
A06	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte
  - Auszubildendenvergütungen der Auszubildenden
  
- 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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte  
Soweit die Auszubildenden Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.
  - Auszubildendenvergütungen der Auszubildenden

- 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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte  
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- 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 Ausbildung im Landesdienst)  
Als Kosten sind zu übermitteln:  
- sämtliche Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand, Gemeinkosten, Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte  
Soweit Ausbildung Bedienstete des Landes sind und die Personalkosten vollständig vom Land getragen werden, bleiben diese unberücksichtigt.  
- Ausbildungsvergütungen der eigenen Auszubildenden
- 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 Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand Gemeinkosten 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
- 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 Ausbildung im Landesdienst).  
Als Kosten sind zu übermitteln:  
- Umlagen für Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts, eigene Kosten der praktischen Ausbildung, Sachaufwand Gemeinkosten 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

#### 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 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 Ausbildenden, 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.

**Ausbildungsvergütungen**

Die gesamten Ausbildungsvergütungen im jeweiligen Ausbildungsberuf sind ausschließlich in diesem Datenfeld 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. 1 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 examinierten 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.

**Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts**

Die Ermittlung der **Ist-Kosten** des theoretischen und praktischen Unterrichts (mit anteiliger Belastung mit den Kosten vorgelagerter Kostenstellen der nicht medizinischen Infrastruktur) erfolgt entsprechend dem ersten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Hauptberufliches Lehrpersonal
  - Schulleitung (Kosten nach Kontengruppen 60 bis 64 der KHBV)
  - Hauptamtliche Lehrkräfte (Kosten nach Kontengruppen 60 bis 64 der KHBV)
- Kosten des nebenberuflichen Lehrpersonals

**Kosten der praktischen Ausbildung**

Die Ermittlung der **Ist-Kosten** der praktischen Ausbildung erfolgt entsprechend dem zweiten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Kosten der praktischen Ausbildung ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Kosten der Praxisanleitung
  - Praktische Anleitung durch Praxisanleiter/-innen einschl. evtl. Reisekosten
  - Arbeitsausfallkosten für die Teilnahme an Weiterbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zum/zur Praxisanleiter/-in
  - Kosten Qualifikation von Praxisanleiter/-innen
  - Kosten der Auszubildenden während der Praxiseinsätze mit Ausnahme Vergütung (z. B. Fahrtkostenerstattungen)

**Sachaufwand der Ausbildungsstätte**

Die Ermittlung der **Ist-Kosten** des Sachaufwandes der Ausbildungsstätte erfolgt entsprechend dem dritten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Sachaufwand der Ausbildungsstätte ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Allgemeiner Sachaufwand
  - Lehr- und Arbeitsmaterialien (z. B. Reagenzien, Röntgenfilme, Übungs-, Arbeits- und Demonstrationsmaterialien, etc.)
  - Lernmittel für Auszubildende und Lehrpersonal (z. B. Fachbücher und Fachzeitschriften)
  - Reisekosten und Gebühren f. Studienfahrten, Seminare, Arbeitstagungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
  - Büro- und Schulbedarf
  - Porto, Telefon, Fax, Online-Dienste
  - Rundfunk- und Fernsehgebühren
  - Anwendungssoftware
  - Prüfungen/Klausuren (z. B. Honorare, Reisekosten, etc.)
  - Raum- und Geschäftsausstattung, soweit es sich um Verbrauchsgüter (inkl. Anlagegüter mit Anschaffungs- oder Herstellungskosten bis zu 60 €) und Gebrauchsgüter handelt.
  - Qualitätssicherung, Evaluation, Zertifizierung
  - Personalbeschaffungskosten
  - Beratungs-, Abschluss- und Prüfungskosten
  - Sonstige Kosten Sachaufwand Ausbildungsstätte

## Gemeinkosten der Ausbildungsstätte

Die Ermittlung der **Ist-Gemeinkosten** der Ausbildungsstätte erfolgt entsprechend dem vierten Kostenblock der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 Nr. 1 KHG (Aufstellung über die zu finanzierenden Tatbestände)

Als Gemeinkosten der Ausbildungsstätte ist die Summe folgender Kostenarten anzugeben:

- Sonstiger Personalaufwand sowie Personalaufwand der zentralen Verwaltung und sonstiger zentraler Dienste
  - Sonstige direkt gebuchte Personalkosten (z.B. Sekretariat)
  - Allgemeine Verwaltung (z. B. Personalabteilung, Wirtschaftsabteilung, etc.)
  - Sonstige zentrale Dienste (z. B. Technischer Dienst, Werkstätten, Hausmeister, Reinigungsdienst etc.)
- Betriebskosten des Schulgebäudes
  - Betriebskosten der Gebäude(-teile) und Räume, die von der Ausbildungsstätte genutzt werden, ggf. anteilige Zurechnung (Unterrichtsräume, Demonstrationsräume, Gruppenarbeitsräume, Büros, Laboratorien, Medienraum, Besprechungsräume, Bibliothek, Sanitärräume, Archiv, etc.) wie
  - Wasser, Abwasser, Energie, Brennstoffe
  - Wirtschaftsbedarf (z. B. Gebäudereinigung)
  - Steuern, Abgaben (z. B. Müllabfuhr), Versicherungen
  - Instandhaltung/Unterhalt der Außenanlagen
  - Gebrauchsgüter
  - Mietnebenkosten für Ausbildungsräume
- Sonstige Kosten der theoretischen und praktischen Ausbildung

## Vereinbarte Gesamtkosten der Ausbildungsstätte

Es sind die vereinbarten Gesamtkosten der Ausbildungsstätte anzugeben.

**Hinweis:**

**Es sind für die vier Kostenblöcke jeweils die Ist-Kosten anzugeben, davon abweichend – im Sinne einer Gegenüberstellung – sind die vereinbarten Gesamtkosten der Ausbildungsstätte anzugeben.**

**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. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) anzugeben.

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 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 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 (Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) für das Berichtsjahr, Abschnitt E1 Spalte 17, Zeile „Summe insgesamt“) anzugeben. Liegt für das Berichtsjahr noch keine Vereinbarung vor, ist der Wert ‚0‘ (Null) 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 § 4 Abs. 3 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. § 17 Abs. 1 KHG:**

Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei Abrechnung, wenn das Krankenhaus insgesamt besondere Einrichtung ist. Im Übrigen werden in der Datei Abrechnung die DRG-Daten für den Teil des Krankenhauses übermittelt, der nicht besondere Einrichtung ist.

**Hinweis zu Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG:**

Für Krankenhäuser entfällt die Übermittlung der Datei, wenn das Krankenhaus ausschließlich allgemeine Krankenhausleistungen in den in § 17d Abs. 1 Satz 4 KHG genannten Einrichtungen erbringt.

Im Übrigen werden in der Datei die DRG-Daten des Krankenhauses für die Behandlungsfälle übermittelt, die dem Entgeltbereich des KHEntgG unterliegen.

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

Wenn eine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrags vorliegt (§ 21 Abs. 2 Nummer 2 KHEntgG), 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.

**Entgeltbereich**

In diesem Feld ist anzugeben, welchem Entgeltbereich (KHEntgG oder BpflV) der Behandlungsfall zugeordnet ist; entscheidend ist dabei das für den Fall abgerechnete Entgelt. Ein Fall darf ausschließlich einem Entgeltbereich zugeordnet sein. Bei einem Wechsel in einen anderen Entgeltbereich ist für jeden Entgeltbereich ein eigenständiger Fall, ggf. unter Einbeziehung einer Rückverlegung, zu übermitteln.

Der Entgeltbereich ist wie folgt anzugeben:

DRG Entgelt nach KHEntgG, i.d.R. DRG-Fallpauschale (KHEntgG-Entgeltbereich)  
PSY Entgelt nach BpflV für psychiatrische Einrichtungen und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG (BpflV-Entgeltbereich).

Vorstationäre Leistungen werden dem Entgeltbereich zugeordnet, der für den Fall bei stationärem Aufenthalt gelten würde. Begleitpersonen werden dem Entgeltbereich der begleiteten Person zugeordnet.

**KH-interne 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.

Wurden für einen Behandlungsfall im Verfahren nach § 301 SGB V unter identischem krankenhausinternen Kennzeichen des Behandlungsfalls mehrere Rechnungen in einem Entgeltbereich gestellt (z.B. quartalsweise Abrechnung), ist bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG nur ein Fall mit den Angaben des Gesamtaufenthalts im entsprechenden Entgeltbereich zu übermitteln.

**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 Aufnahmeanlass ‚G‘ anzugeben.

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

Zur Kodierung der Diagnosen bei Neugeborenen siehe DKR.

**Begleitpersonen**, die im § 301-Verfahren kein KH-interne Kennzeichen erhalten, sind mit einem eindeutigen Kennzeichen und mit dem Aufnahmeanlass „B“ zu dokumentieren. Die Angabe von Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ, Aufnahmegrund, Entlassungs-/Verlegungsgrund, Alter, 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, Aufnahmeanlass, 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 der Anschrift des Versicherten ist vollständig mit 5 Ziffern anzugeben. Bei ausländischen Patienten: ‚00000‘.

#### Aufnahmedatum

Es ist das Aufnahmedatum (Aufnahmetag und Aufnahmeuhrzeit) zur vollstationären oder teilstationären Behandlung anzugeben.

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

#### 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 Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes dokumentiert.

Verlegung ist im § 301-Aufnahmesatz durch das IK des die Aufnahme veranlassenden Krankenhauses dokumentiert. Wenn die Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden betrug ist als Aufnahmeanlass ‚A‘, wenn sie länger als 24 Stunden betrug, ist ‚V‘ anzugeben. Der Aufnahmeanlass ‚R‘ wird in der § 301-Datenübermittlung nicht abgebildet, er soll übermittelt werden, wenn die Patientendatenhaltung dieses Zusatzmerkmal 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. Fälle mit den Werten „41“ bis „47“ in der 3. und 4. Stelle (Behandlungen im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung) können übermittelt werden.

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

**Fallzusammenführung**

Ist eine Fallzusammenführung nach FPV vorgenommen worden, ist „J“ anzugeben, ansonsten „N“.  
Bei Fällen im BpflV-Entgeltbereich ist immer „N“ anzugeben.

**Fallzusammenführungsgrund**

Liegt eine Fallzusammenführung vor, ist der Grund der Zusammenführung nach folgendem Schlüssel anzugeben:

OG	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV 2009
MD	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV 2009
KO	Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 FPV 2009 (Komplikation)
RU	Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 2009
WR	Kombinierte Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 FPV 2009
MF	Fallzusammenführung nach FPV2009 von mehr als zwei Fällen mit mehr als einem Fallzusammenführungsgrund ohne Rückverlegung

**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 anzugeben. (Bei interner Verlegung in einen anderen Entgeltbereich ohne nachfolgende Rückverlegung wird das Verlegungsdatum angegeben; die Behandlungsepisode in dem anderen Entgeltbereich wird als gesonderter Fall 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
229	Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

**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 ...) dokumentiert, dass der Krankenhausfall als DRG-Fall abgeschlossen ist.

**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.

**Patientennummer**

Die Patientennummer dient im Rahmen der Kalkulation der Zusammenführung von Fällen (mit unterschiedlichen KH-internen Kennzeichen) zu einem Behandlungsblock. Die Patientennummer ist eine eindeutige und über die Zeit stabile Patienten-Identifikationsnummer.

**Anzahl interkurrenter Dialysen**

Bei Patientenaufnahme zur stationären Behandlung einer Erkrankung und zusätzlicher Dialysebehandlung aufgrund chronischer Niereninsuffizienz ist die Anzahl interkurrenter Dialysen anzugeben (siehe Kalkulationshandbuch).

**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 in einem anderen Entgeltbereich**

Bei einem Wechsel zwischen den Entgeltbereichen in Folge einer internen oder externen Verlegung mit anschließender Wiederaufnahme bzw. Rückverlegung in den ursprünglichen Entgeltbereich sind die Belegungstage in dem anderen Entgeltbereich (BPfIV oder KHEntgG oder Besondere Einrichtung) anzugeben.

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

**Beurlaubungstage im BPfIV-Entgeltbereich**

Es sind ggf. Tage einer Abwesenheit aufgrund geplanter Beurlaubung anzugeben.

**Datei FAB****Fachabteilung (FAB)**

Die Fachabteilung ist an dieser Stelle analog der Übermittlung nach § 301 SGB V einschließlich der Pseudofachabteilungen ,0001' (Rückverlegung) oder ,0002' (Wiederaufnahme) anzugeben.

Dem Fachabteilungsschlüssel ist bei Fachabteilungen das Präfix ,HA' (Hauptabteilung) oder ,BA' (Belegabteilung), bei Besonderen Einrichtungen das Präfix ,BE' voranzustellen.

Bei Angabe der Pseudofachabteilungen ,0001' und ,0002' ist als Präfix ,HA' 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 des für den Fall gültigen Entgeltbereichs zu übermitteln.

**Diagnoseart**

HD Hauptdiagnose  
ND Nebendiagnose(n)

Die Diagnosen sind im KHEntgG-Entgeltbereich entsprechend den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) anzugeben.

**ICD-Version**

2006 ab 1.1.2006 gültige ICD-10-GM-Version  
2007 ab 1.1.2007 gültige ICD-10-GM-Version  
2008 ab 1.1.2008 gültige ICD-10-GM-Version  
2009 ab 1.1.2009 gültige ICD-10-GM-Version  
2010 ab 1.1.2010 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 des für den Fall gültigen Entgeltbereichs zu übermitteln.

**OPS-Version**

2006	ab 1.1.2006 gültige OPS-Version
2007	ab 1.1.2007 gültige OPS-Version
2008	ab 1.1.2008 gültige OPS-Version
2009	ab 1.1.2009 gültige OPS-Version
2010	ab 1.1.2010 gültige OPS-Version

**Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)**

Prozedurenschlüssel sind in der gültigen OPS-Version analog zur § 301-Vereinbarung zu übermitteln: d.h. ohne Sonderzeichen.

Zur Reihenfolge der Prozedurenschlüssel für Fälle im KHEntgG-Entgeltbereich siehe DKR

**Lokalisation**

Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel

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.

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

Wenn der OPS-Kode die Einstufung in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 bzw. 2 der PsychPV enthält, ist als OPS-Datum der erste Tag anzugeben, für den die dokumentierte Einstufung gilt.

**Belegoperator**

Wird die Prozedur durch einen Belegoperator durchgeführt ist ‚J‘ anzugeben.

**Beleganästhesist**

Wird die Prozedur durch einen Beleganästhesisten durchgeführt ist ‚J‘ anzugeben.

**Beleghebamme**

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 im jeweils gültigen Entgeltbereich 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.

**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.

**Tage ohne Berechnung/Behandlung**

Hier sind die im Rechnungssatz ggf. ausgewiesenen „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ anzugeben. Die Angabe dient der Verweildauerermittlung.

Hat sich ein Krankenhaus mit dem Kostenträger nach einer Einzelfallprüfung durch den MDK darauf geeinigt, dass ein Krankenhausfall mit einer kürzeren Behandlungszeit hätte abgeschlossen sein müssen, so dass die letzten Behandlungstage nicht mehr vergütet werden, sind diese Tage im § 301-Verfahren als „Tage ohne Berechnung/Behandlung“ anzugeben.

**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 „Entgelte“ 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 2009 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-Groupen;  
(Softwarelösung);Versionskennung*

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

#### **Daten nach § 21 KHEntgG**

##### **Krankenhausbezogene Daten**

*Krankenhausinformationen*

Datei: **Krankenhaus**

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

<IK>;<KH-Name>;<KH-Art>;<KH-Träger>;<Betten-DRG>;<Betten-PSY>;<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;Ausbildende;  
Auszubildende-im-eigenen-KH;Azubis-J1;Azubis-J2;Azubis-J3;Auszubildende-an-anderen-  
KH;Ausbildungsvergütungen;Personalkosten-je-VK;Kosten-Unterricht;Kosten-praktische-  
Ausbildung;Sachaufwand-Ausbildungsstätte;Gesamtkosten-Ausbildungsstätte;Vereinbarte-Gesamtkosten-  
Ausbildungsstätte*

<IK>;<Ausbildungsstätte-1>;<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>;<Ausbildungsvergütungen>;<Personalkosten-je-VK>;<Kosten-Unterricht>;<Kosten-praktische-  
Ausbildung>;<Sachaufwand-Ausbildungsstätte>;<Gesamtkosten-Ausbildungsstätte>;<Vereinbarte-  
Gesamtkosten-Ausbildungsstätte>

...

<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>;<Ausbildungsvergütungen>;<Personalkosten-je-VK>;<Kosten-Unterricht>;<Kosten-praktische-  
Ausbildung>;<Sachaufwand-Ausbildungsstätte>;<Gesamtkosten-Ausbildungsstätte>;<Vereinbarte-  
Gesamtkosten-Ausbildungsstätte>

*Abrechnungsdaten*Datei: **Abrechnung**

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

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

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

*IK;Entlassender-Standort; Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;  
IK-der-Krankenkasse;Geburtsjahr;Geburtsmonat;Geschlecht;PLZ;  
Aufnahmedatum;Aufnahmeanlass;Aufnahmegrund;  
Fallzusammenführung;Fallzusammenführungsgrund;  
Aufnahmegewicht;Entlassungsdatum;Entlassungsgrund;  
Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag; Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag;  
Patientennummer;Interkurrente-Dialysen;Beatmungsstunden;  
Behandlungsbeginn-vorstationär;Behandlungstage-vorstationär;  
Behandlungsende-nachstationär;Behandlungstage-nachstationär;  
IK-Verlegungs-KH;Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich;  
Beurlaubungstage-PSY*

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-1>;  
<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;<Geschlecht>;<PLZ>;  
<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;  
< Fallzusammenführung>;<Fallzusammenführungsgrund>;  
<Aufnahmegewicht>;<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;  
<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;  
<Patientennummer>;<Interkurrente-Dialysen>;<Beatmungsstunden>;  
<Behandlungsbeginn-vorstationär>;<Behandlungstage-vorstationär>;  
<Behandlungsende-nachstationär>;< Behandlungstage-nachstationär>;  
<IK-Verlegungs-KH>;<Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich>;  
<Beurlaubungstage-PSY>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen-n>;  
<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;<Geschlecht>;<PLZ>;  
<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;  
< Fallzusammenführung>;<Fallzusammenführungsgrund>  
<Aufnahmegewicht>;<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;  
<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;  
<Patientennummer>;<Interkurrente-Dialysen>;<Beatmungsstunden>;  
<Behandlungsbeginn-vorstationär>;<Behandlungstage-vorstationär>;  
<Behandlungsende-nachstationär>;< Behandlungstage-nachstationär>;  
<IK-Verlegungs-KH>;<Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich>;  
<Beurlaubungstage-PSY>

*Fallbezogene Fachabteilungsangaben*Datei: **FAB**

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

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

...

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

*Fallbezogene Diagnosenangaben*Datei: **ICD***IK;Entlassender-Standort; Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;Diagnoseart;ICD-Version;  
ICD-Kode;Lokalisation;Sekundär-Kode;Lokalisation**<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;<Diagnoseart>;<ICD-Version>;  
<ICD-Kode-1>;<Lokalisation>;<Sekundär-Kode-1>;<Lokalisation>*

...

*<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;<Diagnoseart>;<ICD-Version>;  
<ICD-Kode-n>;<Lokalisation>;<Sekundär-Kode-n>;<Lokalisation>**Fallbezogene Prozedurenangaben*Datei: **OPS***IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;OPS-Version;  
OPS-Kode;Lokalisation;OPS-Datum;Belegoperator;Beleganästhesist;Beleghebamme**<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;  
<OPS-Kode-1>;<Lokalisation>;<OPS-Datum>;<Belegoperator>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>*

...

*<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<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;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;IK-Krankenkasse;  
Entgeltart;Entgeltbetrag;Entgeltanzahl;Tage-ohne-Berechnung-Behandlung**<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;  
<Entgeltart-1>;<Entgeltbetrag>;<Entgeltanzahl>;<Tage-ohne-Berechnung-Behandlung>*

..

*<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;  
<Entgeltart-n>;<Entgeltbetrag>;<Entgeltanzahl>;<Tage-ohne-Berechnung-Behandlung>*

## 4. Übermittlungshinweise

### 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 wird PGP (Pretty Good Privacy) eingesetzt.

### 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 krankenhausesinternen 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.

**Nachrichtliche Ergänzung (nur für Teilnehmer der Kalkulationserhebung)****Kalkulationsdaten****K1 Daten und Formate**Verfahrensinformationen: siehe Datei **Info****Krankenhausinformationen:** siehe Dateien **Krankenhaus** und ggf. **Fusionen****Krankenhausbezogene Daten:***Leistungsdaten der Kostenmodule (wiederholbar):*

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

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

Entgeltbereich	M	an3	
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****Krankenhausinformationen:**Siehe Dateien **Krankenhaus** und ggf. **Fusionen***Kalkulationsverfahren und Leistungsarten der Kostenmodule*Datei: **Kostenmodul***IK;Kostenstellengruppe;Kostenartengruppe;Leistungsart*

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

...

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

*Kostendaten des Behandlungsfalls*Datei: **Kosten***IK;Entlassender-Standort;Entgeltbereich;KH-internes-Kennzeichen;**Kostenstellengruppe;Kostenartengruppe;Kostenwert*<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;  
<Kostenstellengruppe-1>;<Kostenartengruppe-1>;<Kostenwert>

...

<IK>;<Entlassender-Standort>;<Entgeltbereich>;<KH-internes-Kennzeichen>;  
<Kostenstellengruppe-n>;<Kostenartengruppe-n>;<Kostenwert>

### K3 Kodeliste und Hinweise

**Datei Info** siehe oben

**Datei Kostenmodul** Siehe: Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten

#### 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                                    |

#### 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                                 | derzeit nicht besetzt  |
| <u>nicht DRG-relevante Kosten:</u> |  |
| 99                                 | nicht-DRG-relevante Einzelkosten für Faktorpräparate: Modul 99.10                |

#### 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  |
| 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