

Anhang zu Anlage 1

der Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG

17c-Datensatz

Inhalt:

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

Stand: **26. April 2005**

Bearbeitungshinweise:**0. Allgemeine Hinweise**

Für das Prüfverfahren gemäß § 17c KHG regeln die „Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG“ der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 15. April 2004, dass für die durch ein Stichprobenverfahren ermittelten Prüffälle dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor Beginn des Prüfungszeitraumes die Daten nach § 301 SGB V in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden.

Das Nähere zur Übermittlung der Daten nach § 301 SGB V regelt Anlage 1 der Gemeinsamen Empfehlungen wie folgt:

Für die zu übermittelnden Daten der Prüffälle wird die zur Übermittlung der DRG-Daten nach § 21 KHEntgG verwendete Dateistruktur (auszugsweise) herangezogen. Dabei werden die Dateien „Info“, „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“ und „Entgelte“ für die Prüffälle erstellt und durch eine spezifische Kopfdatei ergänzt. Änderungen gegenüber den DRG-Daten ergeben sich bei der Datei „Info“ und durch die neue Kopfdatei.

Im Unterschied zu den DRG-Daten nach § 21 KHEntgG, die für alle dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegenden Krankenhausfälle zu übermitteln sind, beziehen sich die 17c-Daten ausschließlich auf die Prüffälle der Stichprobe.

Prüffälle der Stichprobe, die bereits nach § 275 SGB V geprüft wurden oder werden („275er-Fälle“), werden ausschließlich in der Kopfdatei (mit einer entsprechenden „Markierung“) ausgewiesen, die weiteren o.a. Dateien für diese 275er-Fälle werden nicht übermittelt.

Im Unterschied zu der DRG-Datenübermittlung, die sich auf Fälle des zurückliegenden Kalenderjahrs bezieht, gilt die Übermittlung des 17c-Datensatzes für den aktuellen Prüfungszeitraum und bezieht sich auf die zu diesem Zeitpunkt gültigen § 301-Daten.

Für Konstellationen, in denen auf Grund einer noch ausstehenden Anpassung der DRG-Daten Abweichungen bestehen, sieht die Anlage 1 in § 4 (Fortschreibung) vor, dass die Übermittlung durch das Krankenhaus anhand der jeweils aktuellen Fassung der DRG-Daten erfolgt und fehlende oder abweichende Angaben für die Prüffälle in geeigneter Form durch das Krankenhaus angegeben werden. Bei Bedarf kann der 17c-Datensatz angepasst oder auch eine spezielle Ergänzungsdatei für die § 17c-Daten festgelegt werden.

Der 17c-Datensatz beruht auf der aktuellen Fassung der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG vom 17.12.2004.

1. Daten und Formate

Kopfdatei

IK des Krankenhauses	M	an9	
IK der Krankenkasse	M	an9	
Krankenversicherten-Nr.	K	an..12	
KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls	M	an..15	
Name des Versicherten	M	an..47	
Vorname des Versicherten	M	an..30	
Geburtsdatum des Versicherten	M	n8	JJJJMMTT
Angabe, ob es sich um einen 275er-Fall handelt	M	n1	[0 1]

Verfahrensinformationen (s. Datei Info)

Datenerhebung	M	an..9	
Datum der Erstellung	M	an12	JJJJMMTT HHMM
E-Mail-Adresse	M	an.. 50	Konto@Maildomäne
Prüfzeitraum von	K	an8	JJJJMMTT
Prüfzeitraum bis	K	an8	JJJJMMTT
Versionskennung	M	an8	JJJJMMTT

Medizinische Daten des BehandlungsfallsFalldaten (s. Datei Fall)

Entlassender Standort	K	n2	Angabe entfällt
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	JJJJMMTTTHMM
Aufnahmeanlass	M	a1	
Aufnahmegrund	K	an4	
Aufnahmegewicht *	K	n..5	99999, in Gramm
Entlassungs-/Verlegungsdatum	M	an12	JJJJMMTTTHMM
Entlassungs-/Verlegungsgrund	M	an3	
Alter in Tagen am Aufnahmetag *	K	n..3	
Alter in Jahren am Aufnahmetag	K	n..3	
Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung	K	n..3	
Patientennummer	K	an..15	
Anzahl interkurrenter Dialysen	K	n..3	
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 außerhalb KHEntgG	K	n..2	

* bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres

Fachabteilungsangaben (wiederholbar)

(s. Datei FAB)

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

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

Diagnosenangaben (wiederholbar max. 50)

(s. Datei ICD)

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)

(s. Datei OPS)

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

OPS-Version	M	an..6	
Prozedureschlüssel (OPS-Kode)	M	an..11	
Lokalisation	K	a1	(für Aufnahmen ab 1.1.2005)
OPS-Datum	K	an12	JJJJMMTTTHMM
Belegoperateur	K	an1	J N
Beleganästhesist	K	an1	J N
Beleghebamme	K	an1	J N

Entgeltdaten des Behandlungsfalls (s. Datei Entgelte) (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.

Kopfdatei

Die Kopfdatei enthält Angaben zu den über das Stichprobenverfahren ermittelten Prüffällen. Fälle, die im Krankenhaus bereits nach § 275 SGB V geprüft wurden oder werden, sind in dem Datenfeld „Angabe, ob es sich um einen 275er-Fall handelt“ mit ‚1‘ zu kennzeichnen, alle übrigen Fälle erhalten in diesem Datenfeld den Wert ‚0‘. Die 275er-Fälle werden ausschließlich in der Kopfdatei ausgewiesen, die 17c-Daten werden nicht übermittelt.

Datei Info

Datenerhebung

Test.D	Test-Daten
JJJJ	Daten für Prüffälle im Jahr JJJJ
JJJJ.S	Storno einer vorausgegangenen Datenübermittlung im Jahr 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.

Prüfzeitraum von

Es ist der Beginn des Prüfzeitraums laut Prüfauftrag anzugeben.

Prüfzeitraum bis

Es ist das Ende des Prüfzeitraums laut Prüfauftrag anzugeben.

Versionskennung

Als Versionskennung für den 17c-Datensatz ist [‚JJJJMMTT‘] anzugeben.

Datei Fall**KH-interne Kennzeichen des Behandlungsfalls**

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

Besondere Behandlungsfälle/Konstellationen:

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

Für gesunde Neugeborene ist ‚0601‘ (Geburt) als Aufnahmegrund und der Aufnahmearlass ‚G‘ anzugeben. Für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist 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-interne Kennzeichen erhalten, sind mit einem eindeutigen Kennzeichen und mit dem Aufnahmearlass ‚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, Aufnahmearlass, Aufnahmegrund, Fachabteilung und ggf. Diagnose- und Prozedurenangaben übermittelt. Für das Aufnahmedatum ist der erste, für das Entlassungsdatum der letzte vorstationäre Behandlungstag anzugeben.

Institutionskennzeichen der Krankenkasse

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

Geburtsjahr

Das Geburtsjahr ist im Format JJJJ anzugeben.

Geburtsmonat

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

Geschlecht

m	männlich
w	weiblich
u	unbekannt

PLZ

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.

Aufnahmearlass

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)
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 Zahnarztnummer des einweisenden Zahnarztes dokumentiert.

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

Die Aufnahmeanlässe ‚R‘ und ‚K‘ werden in der § 301-Datenübermittlung nicht abgebildet, sie sollen übermittelt werden, wenn die Patientendatenhaltung diese 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 (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. (siehe § 301-Nachtrag vom 15.11.2002):

Alter in Tagen am Aufnahme-tag

Die Angabe erfolgt nur bei Kindern bis zur Vollendung des 1. Lebensjahrs. Sie wird für die DRG-Zuordnung benötigt. Bei Neugeborenen mit Aufnahme-tag=Geburtsdatum ist „1“ anzugeben.

Alter in Jahren am Aufnahme-tag

Die Altersangabe wird für die DRG-Zuordnung benötigt.

Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung

Es sind ggf. Tage der Beurlaubung bzw. ohne Berechnung anzugeben.

Weiter sind hier bei Neueinstufung eines DRG-Falls in Folge einer externen Verlegung mit nachfolgender Rückverlegung oder in Folge einer Wiederaufnahme die externen Belegungs-/Aufenthaltstage anzugeben.

Patientennummer

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

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 Aufnahme-tag (JJJJMMTT) im Aufnahme-datum.)

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: Aufnahme-anlass).

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) ebenfalls in dem Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“ anzugeben.

Zu den Belegungstagen zählt der Aufnahme-tag 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-/Aufenthaltstage 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. 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“ 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-10-GM-Version
2005 ab 1.1.2005 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-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, P001 (Hauptprozedur)

Lokalisation

Zusatzinformation zum Prozedurenschlüssel (für Aufnahmen ab 1.1.2005)

R rechts
L links
B beidseitig

OPS-Datum

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

Belegoperator

Bei belegärztlicher Versorgung des Falls durch einen Belegoperator ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.

Beleganästhesist

Bei belegärztlicher Versorgung des Falls durch einen Beleganästhesisten ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.

Beleghebamme

Bei Versorgung durch eine Beleghebamme ist ‚J‘ anzugeben, ansonsten ‚N‘.

Die Angabe ‚J‘ ist nur bei einer Haupt- oder einer Belegabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel „2400“ (Frauenheilkunde und Geburtshilfe) oder „2500“ (Geburtshilfe) möglich.

Datei Entgelte

Alle für den Krankenhausfall nach KHEntgG/KFPV/FPV 2005 abgerechneten Entgelte sind mit Angabe ihrer jeweiligen Entgeltart zu übermitteln. Entgelte für Wahlleistungen sind nicht einzubeziehen.

KH-internes Kennzeichen des Behandlungsfalls
Siehe: Datei **Fall**

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.

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).

Kopfdatei

Datei: **Kopf**

*IK;IK-der-Krankenkasse;Krankenversicherten-Nr;KH-internes Kennzeichen;Name;Vorname;
Geburtsdatum;275er-Fall*

<IK>;<IK-der-Krankenkasse>;<Krankenversicherten-Nr>;<KH-internes-Kennzeichen>;<Name>;<Vorname>;
<Geburtsdatum>;<275er-Fall>

...

<IK>;<IK-der-Krankenkasse>;<Krankenversicherten-Nr>;<KH-internes-Kennzeichen>;<Name>;<Vorname>;
<Geburtsdatum>;<275er-Fall>

Verfahrensinformationen

Datei: **Info**

*IK;Datenerhebung;Datum-der-Erstellung;E-Mail-Adresse;Prüfzeitraum-von;
Prüfzeitraum-bis;Versionskennung*

<IK>;<Datenerhebung>;<Datum-der-Erstellung>;<E-Mail-Adresse>;<Prüfzeitraum-von>;
<Prüfzeitraum-bis>;<Versionskennung>

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

...

<IK>;<IK-der-Krankenkasse>;<Geburtsjahr>;<Geburtsmonat>;
<Geschlecht>;<PLZ-3>;<Aufnahmedatum>;<Aufnahmeanlass>;<Aufnahmegrund>;<Aufnahmegewicht>;
<Entlassungsdatum>;<Entlassungsgrund>;<Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag>;
<Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag>;<Beurlaubungstage>;<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>;<KH-internes-Kennzeichen>;<FAB-1>;<FAB-Aufnahmedatum>;<FAB-Entlassungsdatum>

...

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

...

<IK>;<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; Belegoperateur;Beleganästhesist;Beleghebamme

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-1>;<Lokalisation>;<OPS-Datum>;
<Belegoperateur>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>

...

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<OPS-Version>;<OPS-Kode-n>;<Lokalisation>;<OPS-Datum>;
<Belegoperateur>;<Beleganästhesist>;<Beleghebamme>

Entgeltdaten des Behandlungsfalls

Insgesamt abgerechnete Entgelte des Behandlungsfalls

Datei: **Entgelte**

IK;Entlassender-Standort;KH-internes-Kennzeichen;IK-Krankenkasse;Entgeltart;Entgeltbetrag;Entgeltanzahl

<IK>;<KH-internes-Kennzeichen>;<IK-Krankenkasse>;<Entgeltart-1>;<Entgeltbetrag-1>;<Entgeltanzahl-1>

...

<IK>;<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.

Medien

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

Sicherheit

Die Daten sind bei Übermittlung auf Datenträger und bei elektronischer Übermittlung mit einem sicheren Verschlüsselungsverfahren zu verschlüsseln. Als Verschlüsselungsverfahren ist PGP (Pretty Good Privacy) vorgesehen. Als Produkte können z.B. das kommerzielle Produkt PGP der PGP Corporation (www.pgp.com) ab Version 7.0.3 incl. Security Patch vom 3.9.2001 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.

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

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

- Datei Fall storniert Falldaten, die aus Datei Fall, Datei FAB, Datei ICD und Datei OPS vorliegen,
- Datei Entgelte storniert Falldaten, die aus Datei Entgelte vorliegen

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.

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 krankenhausinternen Kennzeichen verarbeitet wurde.