

Fehlerverfahren

für die Datenerhebungen

D1.2002 (DRG-Daten 1. Halbjahr 2002) und
2002 (DRG-Daten und Kalkulationsdaten 2002)

Version 1.01 |

drg-datenstelle@mmm.com
0510.0203.2003 |

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kapitel 1: Übersicht	3
Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung	6
Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung	11
Kapitel 4: Vorprüfung	12
Kapitel 5: Formatprüfung	13
Kapitel 6: Datenprüfung	14

Kapitel 1: Übersicht

Das Fehlerverfahren ist ein zentraler Bestandteil im Prozess der Annahme der DRG-Daten bei der Datenstelle. Mit diesem Dokument wird das Fehlerverfahren, aber auch wichtige Aspekte des Datenannahmeverfahrens, detailliert beschrieben. Damit ist das Fehlerverfahren für alle Beteiligten transparent und nachvollziehbar: Krankenhäuser erhalten Hintergrundinformationen, um das Fehlerprotokoll der Datenstelle besser verstehen zu können. Herstellern von Krankenhaus-Software wird damit die Einrichtung der Schnittstellen für den Export der DRG-Daten erleichtert.

Bei den DRG-Daten handelt es sich um große Datenmengen in einer komplexen Struktur. Die komplexe Struktur spiegelt sich in der Vielzahl der Dateien, die für eine einzige Datenübermittlung zu verwenden sind, wieder. Definiert sind derzeit 11 verschiedene Dateien; eine normale Datenlieferung im Jahr 2003 besteht aus 7 Dateien, an der Kalkulation teilnehmende Krankenhäuser übermitteln insgesamt 9 Dateien. Weitere 2 Dateien sind im Jahr nach dem Umstieg auf die Abrechnung mit DRG zu erstellen; erstmals sind diese von den sog. Optionshäusern im Jahr 2004 zu übermitteln.

Wie ist das Fehlerverfahren aufgebaut?

Das Fehlerverfahren für die DRG-Daten ist modular aufgebaut. Die Daten werden von drei hintereinanderliegenden Modulen geprüft:

1. Modul: Allgemeine Prüfung der Datenlieferung = **Vorprüfung**
In dieser Prüfung geht es um die Zusammensetzung der Datenlieferung, um das Verschlüsselungsverfahren, um die Zuordnung des Absenders, etc.



2. Modul: Formale Prüfung der Daten = **Formatprüfung**
In diesem Modul werden die Datenformate, die Anzahl der Felder und die Datentypen geprüft. Darüber hinaus wird geprüft, ob sich die Daten der einzelnen Dateien zusammenführen lassen. Bei den Fällen wird auf doppelte Schlüssel geprüft.



3. Modul: Inhaltliche Prüfung der Daten = **Datenprüfung**
Die Datenprüfung setzt auf den zusammengeführten Daten auf. Es werden sowohl Einzelfelder als auch feldübergreifende Prüfungen (Abhängigkeitsprüfungen) durchgeführt.

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

Fehler in der Vorprüfung und Formatprüfung führen zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung, da sie so gravierend sind, dass die Daten nicht korrekt eingelesen werden können. Die detaillierten Angaben über Fehler und Hinweise im Fehlerprotokoll stammen aus dem dritten Modul, der Datenprüfung.

Einstufung der Fehler aus der Datenprüfung

Das Fehlerverfahren unterscheidet zwischen Fehlern und Hinweisen. Bei Fehlern werden die betroffenen Datensätze - gegebenenfalls sogar die ganze Datenlieferung - abgewiesen. Bei Hinweisen werden die Daten regulär übernommen, dem Absender aber ein entsprechender Hinweis mitgeteilt. Mit den Hinweismeldungen kann das Krankenhaus seine Daten gezielt überprüfen und ggf. korrigiert an die DRG-Datenstelle übermitteln.

Auswirkungen der Fehler

Datengruppe	Fehler in Datei	Folge des Fehlers
Krankenhauskopf	Info	Abweisung der kompletten Datenlieferung!
	Krankenhaus	Abweisung der kompletten Datenlieferung!
Ausbildung	Ausbildung	Abweisung der kompletten Datei Ausbildung
Falldaten	Fall	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS
	FAB	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS
	ICD	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS
	OPS	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS
Abrechnung	Abrechnung	Abweisung der kompletten Datei Abrechnung
Entgelte	Entgelte	Abweisung aller Datensätze des betroffenen Falls in Entgelte
Kostenmodul	Kostenmodul	Abweisung der kompletten Datei Kostenmodul
Kosten	Kosten	Abweisung aller Datensätze des betroffenen Falls in Kosten

Ein Fehler wirkt sich nur innerhalb seiner Datengruppe aus. Die einzige Ausnahme davon bilden die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“, die quasi über den Datengruppen stehen. Ein Fehler in diesen Dateien muss zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung führen, da die Informationen in diesen Dateien zentral verfahrenssteuernd sind.

Was sind Datengruppen?

Die Zusammensetzung der Datengruppen geht aus obiger Tabelle hervor. Die Trennung in die Datengruppen ergibt sich zum einen aus dem inhaltlichen Kontext der Übermittlungsdateien aber auch aus den Besonderheiten des Verfahrens. Z.B. werden die Datengruppen „Entgelte“ und „Kosten“ nicht zusammen mit der Datengruppe Fall geführt, obwohl alle fallbezogene Daten enthalten. Der Grund liegt darin, dass es die Möglichkeit von Teillieferungen (z.B. nur Kostendaten) gibt und dass nicht alle Krankenhäuser alle Datengruppen übermitteln müssen.

Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung

Eine vollständige Lieferung von DRG-Daten ergibt sich aus der Datei Info „Datenerhebung“. Die Datenerhebung bezieht sich im Regelfall auf das vorangegangene Kalenderjahr. Eine Ausnahme gilt für das Jahr 2002. Für dieses Jahr gibt es neben der Datenerhebung „2002“ (DRG-Daten (und Kalkulationsdaten) 2002 auch eine „D1.2002“ DRG-Daten 1. Halbjahr 2002, (Daten nach § 21 KHEntgG, die die Daten für das erste Halbjahr 2002 beinhaltet. (Siehe Kodeliste zum Feld Datenerhebung in der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG)

Welche Datenlieferungsarten sind möglich?

Die Regeldatenlieferung besteht aus einer vollständigen Lieferung aller Dateien (7, 9 oder 11 Dateien) mit allen Daten einer Datenerhebung. Daneben sind aber auch andere Konstellationen möglich. Die Datenlieferungsarten lassen sich folgendermaßen unterteilen:

- **Vollständige Lieferung (Regelfall)**
Alle Daten einer Datenerhebung werden in einem Paket übermittelt
- **Teillieferung**
Teillieferungen sind im Prinzip auch vollständige Datenlieferungen, nur dass nicht alle Falldaten komplett übermittelt werden. Eine Teillieferung kann z.B. alle Fälle eines Quartals umfassen. Aufgeteilt werden können Datenlieferungen auch zwischen den fallbezogenen Datengruppen: Beispielsweise können die Kalkulationsdaten getrennt von den medizinischen Falldaten übermittelt werden.
- **Korrekturlieferung**
Es werden Daten übermittelt, die bereits übermittelt waren; neuere Daten überschreiben grundsätzlich ältere Daten
- **Storno-Lieferung Fall**
Einzelne Fälle werden gezielt storniert
- **Storno-Lieferung Datenerhebung**
Eine komplette Datenerhebung wird storniert

Mit Ausnahme der Datenübermittlungsart Storno ist im DRG-Datensatz keine Kennzeichnung der Übermittlungsart vorgesehen. Eine explizite Kennzeichnung ist zur Durchführung des Fehlerverfahrens auch nicht notwendig. Die Art der Datenlieferung kann im Kontext vorausgegangener oder nachfolgender Datenlieferungen erkannt werden.

Wie kann eine Datenlieferung zusammengesetzt sein?

Für die Datenlieferung der Daten des Jahres 2002 (Datenerhebung = „2002“ oder „D1.2002“) sind folgende Dateizusammensetzungen zulässig. Die beiden Dateien „Abrechnung“ und „Entgelte“ sind für Optionshäuser erst für die Datenerhebung „2003“ im Jahr 2004 und für alle anderen im Jahr 2005 zu übermitteln und daher in dieser Übersicht nicht mit aufgenommen.

	Standard	Nur Struktur	Standard Kalkulation	Nur Struktur Kalkulation	Nur Kalkulation	Storno Datenerhebung	Einzelfall storno Medizin	Einzelfall storno Kalkulation	Einzelfall storno Medizin & Kalkulation
Info	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Krankenhaus	X	X	X	X	X				
Ausbildung*	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)				
Fall	X		X				X		X
FAB	X		X						
ICD	X		X						
OPS	X		X						
Kostenmodul			X	X	X				
Kosten			X		X			X	X
Anzahl Dateien	7(6)	3(2)	9(8)	4(3)	5(4)	1	2	2	3

* falls im Krankenhaus vorhanden

Andere Zusammensetzungen, als hier aufgeführt, werden grundsätzlich abgewiesen.

Namensgebung der Dateien

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

- INFO.CSV
- KRANKENHAUS.CSV
- AUSBILDUNG.CSV
- FALL.CSV
- FAB.CSV
- ICD.CSV
- OPS.CSV
- KOSTENMODUL.CSV
- KOSTEN.CSV
- ABRECHNUNG.CSV (Nicht Bestandteil der Datenerhebung D1.2002 bzw. 2002)
- ENTGELTE.CSV (Nicht Bestandteil der Datenerhebung D1.2002 bzw. 2002)

Wie funktionieren Teillieferungen?

Teillieferungen werden nicht explizit gekennzeichnet. Bei den Teillieferungen dürfen Datengruppen nicht auf mehrere Teillieferungen aufgeteilt werden, da die Daten logisch zusammen gehören.

Datengruppen sind:

- Krankenhauskopf: Datei Info und Krankenhaus (zwingender Bestandteil einer Datenübermittlung)
- Falldaten: Dateien Fall, FAB, ICD, OPS
- Ausbildung: Alle Ausbildungsstätten zusammen
- Kostenmodul: Alle Kostenmodule zusammen
- Kosten: Alle Kostensätze eines Falls
- Abrechnung: Alle Abrechnungssätze eines Falls
- Entgelte: Alle Entgeltsätze eines Falls

Achtung: Obwohl die Kosten- und Entgeltdaten unabhängig vom Fall übermittelt werden können, so müssen die Fallnummern (KH-internes-Kennzeichen) im Fall und in den Kosten-/Entgeltdaten übereinstimmen, so dass eine Zuordnung möglich ist.

Ein Krankenhausfall in der Datei „Fall“ muss in der gleichen Datenlieferung auch in der Datei „FAB“ und „ICD“ auftreten. In der Datei „OPS“ muss ein Fall nicht zwingend enthalten sein, da es Krankenhausfälle ohne Prozeduren gibt. Ausnahmen gelten für vorstationäre Fälle und Begleitpersonen.

Die Datengruppe „Fall“ ist so definiert, dass beispielsweise ein Fehler in der Datei „ICD“ dazu führt, dass der gesamte Fall (KH-internes-Kennzeichen) in den Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“ und „OPS“ nicht übernommen wird.

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

Bei jeder Teillieferung müssen die Dateien „Info“ und „Krankenhaus“ mit übermittelt werden. Innerhalb dieser Dateien ist keine Aufteilung in Teillieferungen möglich.

Wie funktionieren Korrekturlieferungen?

Für Korrekturlieferungen gilt das Prinzip „neu überschreibt alt“. Korrekturlieferungen sind nicht explizit gekennzeichnet.

Grundsätzlich wird jeweils die gesamte Datengruppe ersetzt.

Beispiel:

Bei der wiederholten Übermittlung der medizinischen Daten eines Falles werden zunächst alle Einträge zu diesem Fall in den Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“ und „OPS“ gelöscht und danach werden die neuen Daten eingespielt.

Bei den Kostendaten werden alle Sätze mit derselben Fallnummer gelöscht und die neuen Kostensätze eingefügt. Gleiches gilt für die Entgeltdaten.

Bei den Ausbildungsstätten werden zunächst alle vorhandenen Ausbildungsstätten der Datenerhebung gelöscht und danach die neu gelieferten eingespielt. Dies gilt analog für die Kostenmodule.

Wie funktionieren Stornolieferungen?

Stornolieferungen sind Datenlieferungen, die im Feld „Datenerhebung“ der Datei „Info“ explizit gekennzeichnet sind. Zwei Varianten sind vorgesehen:

- ➔ Stornierung sämtlicher Daten einer Datenerhebung
- ➔ Stornierung einzelner Fälle innerhalb der Datengruppen

Gemäß den Datengruppen werden Fall-, Kosten- und Entgeltdaten getrennt behandelt. Die Löschung eines Falles in den Kostendaten führt nicht zu einer Löschung der medizinischen Daten des Falles.

Stornolieferungen werden im Fehlerverfahren gesondert behandelt. Die übermittelten Dateien werden nur auf die für das Stornoverfahren relevanten Felder geprüft. Bei der fallbezogenen Stornierung sind dies die Felder „IK“ und „KH-internes-Kennzeichen“ in den Dateien „Fall“ bzw. „Kosten“. Die Fallnummer (KH-internes-Kennzeichen) muss identisch mit der Fallnummer in der Originallieferung sein.

Für die Stornierung aller Daten einer Datenerhebung genügt die Übermittlung einer Datei „Info“ mit einer entsprechenden Kennzeichnung im Feld Datenerhebung („2002.S“ bzw. „D1.2002.S“).

Für die Stornierung einzelner Fälle ist die Datei „Info“ mit entsprechender Kennzeichnung im Feld Datenerhebung („2002.S“ bzw. „D1.2002.S“) und der fallbezogenen Datei der Datengruppe, in der Fälle gelöscht werden sollen, zu übermitteln. Mögliche Konstellationen sind:

- „Info“ und „Fall“
- „Info“ und „Fall“ und „Kosten“
- „Info“ und „Kosten“

Hinweis: Die Datei „Entgelte“ ist für die Datenerhebung „D1.2002“ und „2002“ nicht relevant.

Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung

Wie sind die Daten zu verschlüsseln?

Die Übermittlung der DRG-Daten kann entweder per Post oder per Mail erfolgen. Eine Datenlieferung per Post wird nur verarbeitet, wenn sie auf gesichertem Transportweg mit einem beiliegenden Datenträgerbegleitzettel verschickt wurde. Das Verwenden einer Verschlüsselung ist Pflicht. DRG-Daten, die nicht verschlüsselt sind, dürfen von der Datenstelle nicht verarbeitet werden. Der Datenabsender wird hierüber per E-Mail informiert.

Als Verschlüsselungsverfahren ist PGP oder ein entsprechendes OpenSource-Produkt (beispielsweise OpenPGP: www.gnupp.de) zugelassen. Die Dateien sind mit dem öffentlichen Schlüssel der Datenstelle zu verschlüsseln. Damit kann die verschlüsselte Datenlieferung nur noch von der Datenstelle entschlüsselt werden. Detaillierte Informationen zum Thema Verschlüsselung finden Sie auf den Webseiten des InEK (www.g-drg.de) unter dem Punkt „Datenstelle“.

Wie können die Daten komprimiert werden?

Zur Komprimierung einer Datenlieferung darf das gängige Komprimierungsverfahren ZIP verwendet werden. Im Zusammenspiel mit einer Verschlüsselung führt eine Komprimierung jedoch zu keiner weiteren Verkleinerung der Dateigröße. Grundsätzlich werden aber auch Kombinationen aus Verschlüsselung und Komprimierung verarbeitet. Die Reihenfolge kann dabei frei gewählt werden.

Kapitel 4: Vorprüfung

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

- Ist die empfangene Datenlieferung eine DRG-Datenlieferung?
- Ist die Datenlieferung korrekt verschlüsselt?
- Bei postalischer Übermittlung (CD oder Diskette): Liegt ein Datenträgerbegleitzettel bei?
- Ist das absendende Krankenhaus bekannt?
- Sind die Kontaktdaten plausibel?
- Können die Dateien eindeutig zugeordnet werden?
- Entspricht die Zusammensetzung der Datenlieferung einer zugelassenen Konstellation?

Sofern sich bei der Vorprüfung oben beschriebene Auffälligkeiten ergeben, erfolgt eine Benachrichtigung des Datenabsenders per E-Mail. Sofern die Datei „Info“ lesbar ist und eine plausible Mailadresse beinhaltet, wird eine entsprechende Benachrichtigung an diese Adresse geschickt, sonst an die Absenderadresse der Datenlieferung.

Fehler in der Vorprüfung führen im Regelfall zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung. In Zweifelsfällen nimmt die Datenstelle zunächst direkten Kontakt mit dem Krankenhaus auf.

Kapitel 5: Formatprüfung

Die Dateien werden analysiert und die Datenformate bestimmt. Dieses erfolgt über die Kopfzeilen und die Anzahl Felder innerhalb der einzelnen Dateien. Die Datensätze werden eingelesen und zu den einzelnen Datengruppen, z.B. zur Datengruppe „Fall“, zusammengesetzt.

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

Darüber hinaus führen doppelte Fälle zu einem Formatfehler, da die Zuordnung der ICD-/OPS- und FAB-Daten nicht korrekt erfolgen kann.

Beim Einlesen wird die Feldanzahl jeder Zeile geprüft. Eine Unterschreitung bzw. Überschreitung der vorgegebenen Feldanzahl wird als Fehler bewertet.

Ein Fehler in der Formatprüfung führt zu einer Abweisung der gesamten Datenlieferung.

Kapitel 6: Datenprüfung

Nach erfolgreich durchlaufener Vorprüfung und Formatprüfung werden die Dateien der Datenlieferung dem eigentlichen Fehlerverfahren, der Datenprüfung, unterzogen. Dieses wird nachfolgend beschrieben. Der Aufbau orientiert sich an den einzelnen Datengruppen der DRG-Daten.

Fehler führen jeweils zur Abweisung der jeweiligen Datengruppe.

Aufbau der Prüftabellen für die Feldprüfungen

In den Prüftabellen zu den Datengruppen in diesem Kapitel sind die Feldprüfungen definiert. Abhängigkeitsprüfungen (feldübergreifende Prüfungen) sind jeweils im Anschluss an die Prüftabellen unter dem Punkt „Sonderprüfungen“ extra ausgewiesen.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
Muss/Kann	Muss-Felder dürfen nicht leer sein
Typ	Der angegebene Wert muss dem Typ (AN=Alphanumerisch, NUM=Zahl, Date8=JJJJMMTT, Date12=JJJJMMTTTHMM) entsprechen. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein. Eine explizite Prüfung auf den Typ AN erfolgt nicht.
Werteliste	Der angegebene Wert muss in einer Werteliste enthalten sein. Hinweise zu den Wertelisten befinden sich im Abschnitt „Kodeliste und Hinweise“ der Vereinbarung nach § 21 (...) KHEntgG. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Länge-Min	Minimale Länge der Zeichenfolge in diesem Feld. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Länge-Max	Maximale Länge der Zeichenfolge in diesem Feld.
Anz Komma Min	Angabe der Nachkommastellen, die bei numerischen Feldern mindestens angegeben sein müssen. Dezimaltrennzeichen ist ausschließlich das Komma. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Anz Komma Max	Angabe der Nachkommastellen, die bei numerischen Feldern maximal angegeben sein können. Dezimaltrennzeichen ist ausschließlich das Komma.
Wert Min	Minimaler Wert bei numerischen Feldern. Der angegebene Wert muss größer/gleich diesem Wert sein. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
Wert Max	Maximaler Wert bei numerischen Feldern. Der angegebene Wert muss kleiner/gleich diesem Wert sein.
Auto Cut	Ist dieses Feld mit einem „X“ belegt, werden Angaben in den betroffenen Feldern automatisch auf die maximale Länge (Länge Max) abgeschnitten.
Kategorie	Klassifizierung der Feldprüfungen zum Feld. Fehler führen zu Abweisungen, Hinweise nur zu Mitteilungen im Fehlerprotokoll. Nicht betroffen von dieser Kategorisierung ist die Spalte „Auto Cut“. Ein Auto Cut führt nie zu einem Fehler und damit auch nie zu einer Abweisung.

Meldungen der Feldprüfung

Die Meldungen im Fehlerprotokoll, die durch die Feldprüfungen erzeugt werden, sind in nachfolgender Tabelle aufgeführt.

Fehler	Text
F0001	Feld muss angegeben werden
F0002	Fehlerhafter Datumswert
F0003	Fehlerhafter numerischer Wert
F0004	Wert nicht in Werteliste
F0005	Mindestlänge unterschritten
F0006	Maximallänge überschritten
F0007	Mindestanzahl Nachkommastellen unterschritten
F0008	Maximale Anzahl Nachkommastellen überschritten
F0009	Mindestwert unterschritten
F0010	Maximalwert überschritten

Datengruppe: Krankenhauskopf

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
Info	Datenerhebung	M	AN	X								Fehler
Info	Datum-der-Erstellung	M	DATE12									Fehler
Info	E-Mail-Adresse	M	AN		0	50						Fehler
Info	DRG-Groupier	K	AN		0	25					X	Hinweis
Info	Kostendaten-von	K	DATE8									Fehler
Info	Kostendaten-bis	K	DATE8									Fehler
Info	Softwarelösung	K	AN		0	25					X	Hinweis
Info	Versionskennung	M	AN	X								Fehler
Krankenhaus	KH-Name	M	AN		0	50						Fehler
Krankenhaus	KH-Art	M	AN	X	0	1						Hinweis
Krankenhaus	KH-Träger	M	AN	X	0	1						Hinweis
Krankenhaus	Betten	M	NUM		1	4	0	0	0			Fehler
Krankenhaus	Merkmal-Zu-Abschläge	K	AN		1	6						Hinweis

Allgemeine Hinweise

Die drei Spalten „Kostendaten-von“, „Kostendaten-bis“ und „Softwarelösung“ der Datei „Info“ sind in der Datensatzbeschreibung als geklammerte Felder angegeben. Diese Felder sind nicht optional, sie müssen in der Datei „Info“ enthalten sein, können aber ohne Werte übermittelt werden (Kann-Felder).

Im Feld Versionskennung ist ausschließlich der Wert „20021201“ zugelassen. Mit diesem wird die Version des verwendeten DRG-Datensatzes angegeben. Nach jeder Fortschreibung des DRG-Datensatzes wird ein neuer Wert definiert. Die DRG-Datenstelle kann an diesem Wert erkennen, welches Fehlerverfahren anzuwenden ist.

Datengruppe: Falldaten

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Fall	IK-der-Krankenkasse	K	AN	X							X	Hinweis
Fall	Geburtsjahr	K ^{*1)}	NUM		4	4	0	0	1870	2003		Fehler
Fall	Geburtsmonat	K	NUM		1	2	0	0	1	12		Fehler
Fall	Geschlecht	K ^{*1)}	AN	X								Fehler
Fall	PLZ-3	K	AN	X	3	3					X	Hinweis
Fall	Aufnahmedatum	M	DATE12									Fehler
Fall	Aufnahmeanlass	M	AN	X								Fehler
Fall	Aufnahmegrund	K ^{*3)}	AN	X								Fehler
Fall	Aufnahmegewicht	K	NUM		1	5	0	0	0			Fehler
Fall	Entlassungsdatum	M	DATE12									Fehler
Fall	Entlassungsgrund	K ^{*2)}	AN	X								Fehler
Fall	Alter-in-Tagen-am-Aufnahmetag	K	NUM		1	9	0	0	0	366		Fehler
Fall	Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag	K	NUM		1	9	0	0	0	120		Fehler
Fall	Beurlaubungstage	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Patientennummer	K	AN		1	15						Fehler
Fall	Interkurrente-Dialysen	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Versorgungstage	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Behandlungsbeginn-vorstationär	K	DATE8									Fehler
Fall	Behandlungstage-vorstationär	K	NUM		1	1	0	0	0			Fehler
Fall	Behandlungsende-nachstationär	K	DATE8									Fehler
Fall	Behandlungstage-nachstationär	K	NUM		1	2	0	0	0			Fehler
Fall	IK-Verlegungs-KH	K	AN	X							X	Hinweis
Fall	Belegungstage-ausserhalb-KHEntgG	K	NUM		1	2	0	0	0			Fehler
FAB	FAB	M	AN	X								Fehler
FAB	FAB-Aufnahmedatum	M	DATE12									Fehler
FAB	FAB-Entlassungsdatum	M	DATE12									Fehler
ICD	Diagnoseart	M	AN	X								Fehler
ICD	ICD-Version	M	AN	X								Fehler
ICD	ICD-Kode	M	AN									Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
ICD	Sekundär-Kode	K	AN									Fehler
ICD	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
OPS	OPS-Version	M	AN	X								Fehler
OPS	OPS-Kode	M	AN									Fehler
OPS	OPS-Datum	K	DATE12									Fehler
OPS	Beatmungstunden	K	NUM		1	4	0	0	0			Fehler
OPS	Belegoperator	K	AN	X								Fehler
OPS	Beleganästhesist	K	AN	X								Fehler
OPS	Beleghebamme	K	AN	X								Fehler

*1) Muss-Feld, falls keine Begleitperson

*2) Muss-Feld, falls keine Begleitperson und kein vorstationärer Fall

*3) Muss-Feld, falls keine Begleitperson und keine Geburt

Sonderprüfungen

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
A0001	Hinweis	Bei Begleitpersonen darf Feld/Feldgruppe nicht angegeben werden	
A0002	Fehler	Kombination Aufnahmegrund-/Zusatz fehlerhaft	Der Aufnahmegrund wird beim Einlesen in die beiden Bestandteile Aufnahmegrund und Zusatz getrennt. Danach werden die einzelnen Bestandteile jeweils gegen die entsprechende Werteliste geprüft. Danach wird mit A0002 geprüft, ob die Kombination aus Aufnahmegrund und Zusatz erlaubt ist.
A0003	Fehler	Kombination Entlassungsgrund-/Zusatz fehlerhaft	Analog zu A0002
A0004	Fehler	Kombination Präfix/AbteilungsKode fehlerhaft	Analog zu A0002, "BE 1500" würde z.B. zu folgendem Ergebnis führen: Das Präfix "BE" ist Element der Werteliste, die Abteilung "1500" auch. Aber die Kombination aus beiden ist nicht zugelassen.
A0005	Fehler	Nur eine Angabe Alter in Jahren oder Alter in Tagen erlaubt	Selbsterklärend
A0006	Fehler	Geburtsjahr muss kleiner/gleich Aufnahmejahr sein	Selbsterklärend
A0007	Fehler	Wenn Alter-In-Jahren größer 0, dann auch Geburtsjahr füllen	Selbsterklärend
A0008	Fehler	Wenn Alter-In-Tagen größer 0, dann auch Aufnahmegewicht füllen	Selbsterklärend, wird nicht geprüft bei Begleitpersonen
A0009	Fehler	Bei Geburten muss Aufnahmegewicht angegeben werden	Geburten werden über den Aufnahmearbeit "G" identifiziert.
A0010	Hinweis	Aufnahmedatum im Fall ungleich Zugangsdatum in Aufnahmeabteilung	Sind mehrere Einträge in FAB enthalten, wird das kleinste Zugangsdatum verwendet.
A0011	Hinweis	Entlassdatum im Fall ungleich Abgangsdatum in Entlassabteilung	Analog zu A0010
A0012	Fehler	Aufnahmedatum grösser Entlassungsdatum	Selbsterklärend
A0013	Fehler	Aufnahmedatum plus Beurlaubungstage grösser Entlassungsdatum	Selbsterklärend
A0014	Hinweis	Gesunde Neugeborene sollen getrennt von der Mutter ausgewiesen werden	Erkannt werden nicht-gesplittete Fälle an der Angabe im Feld Versorgungstage, welches nur bei nicht-gesplitteten Fällen gefüllt werden darf und zusätzlich am Alter in Jahren, das größer als 10 sein muss.
A0015	Hinweis Fehler	Entlassungsdatum liegt nicht im Zeitraum der Datenerhebung	Jede Datenerhebung definiert sich über das Entlassdatum. Für 2002 gilt: Entlassdatum von 1.1.2002 bis 31.12.2002 zulässig.
A0016	Fehler	Fachabteilungsangaben fehlen	Je Fall muss mind. eine Angabe in der Datei FAB vorhanden sein. Ausnahme:

			Begleitpersonen (Aufnahmeanlass „B“)
A0017	Fehler	Feld/Feldgruppe muss angegeben werden (Ausnahme: Begleitperson)	Betrifft die Felder Geburtsjahr und Geschlecht
A0018	Fehler	Feld/Feldgruppe muss angegeben werden (Ausnahme: Begleitperson und Vorst. Fall)	Betrifft das Feld Entlassungsgrund
A0019	Fehler	Feld/Feldgruppe muss angegeben werden (Ausnahme: Begleitperson und Geburt)	Betrifft das Feld Aufnahmegrund; Geburten werden über den Aufnahmeanlass „G“ erkannt
A0020	Hinweis	Für die Gruppierung wurde das Alter von 0 auf 1 gesetzt	Ein Hinweis für ein Problem, welches im §21-Datensatz auftritt, im §301-Datensatz aber nicht auftreten kann. Im §301 wird nicht das Alter in Tagen, sondern die echten Datumswerte angegeben. Die Grouper-Specs setzen dann intern das Alter in Tagen immer auf 1. Ist ein Wert angegeben, wird dieser nicht geändert. Im §21 gibt es nur das Feld Alter in Tagen, daher ist diese Konvertierung notwendig.
D0001	Fehler	Hauptdiagnose fehlt	Selbsterklärend
D0002	Fehler	Diagnose unbekannt	Gemäß der offiziellen Dimdi-Listen.
D0003	Hinweis	Nicht terminaler Kode für Diagnose	Gemäß der offiziellen Dimdi-Listen.
D0004	Hinweis	Hauptdiagnose muss als erste Diagnose angegeben werden	Selbsterklärend
D0005	Hinweis	Nur 50 Diagnosen erlaubt - Diagnose gelöscht	Selbsterklärend
D0006	Fehler	Nur eine Hauptdiagnose erlaubt	Selbsterklärend
D0007	Fehler	Sekundärdiagnose unbekannt	Selbsterklärend
D0008	Hinweis	Nicht terminaler Kode für Sekundärdiagnose	Selbsterklärend
D0009	Fehler	Kode mit Sonderzeichen "*" oder "!" nicht als Primärdiagnose zulässig, wenn Hauptdiagnose	Gemäß der offiziellen Dimdi-Listen, unabhängig davon, ob das Sonderzeichen "*" oder "!" angegeben ist. Solche Diagnosen dürfen nur im Feld Sekundärdiagnose eingetragen sein.
D0010	Hinweis	Kode mit Sonderzeichen "*" oder "!" nicht als Primärdiagnose zulässig, wenn Nebendiagnose	Siehe D0009
D0011	Hinweis	Doppelte Angabe einer Nebendiagnose im Fall	Selbsterklärend
P0001	Fehler	Prozedur unbekannt	Selbsterklärend
P0002	Hinweis	Nicht terminaler Kode für Prozedur	Selbsterklärend
P0003	Fehler	OPS-Datum vor Fallaufnahme bzw. Beginn vorstationäre Behandlung	Das OPS-Datum darf auch mit der Uhrzeit „0000“ angegeben werden, daher wird nur das Datum ohne Uhrzeit geprüft. Liegt das OPS-Datum vor der Fallaufnahme wird geprüft, ob entweder einer der Aufnahmegründe „02xx“ oder „04xx“ vorliegt oder der Wert im Feld „Behandlungsbeginn-vorstationär“ kleiner als das OPS-Datum ist.
P0004	Fehler	OPS-Datum nach Fallentlassung bzw. Behandlungsende-nachstationär	Liegt das OPS-Datum nach Fallentlassung wird geprüft, ob entweder einer der Entlassgründe „02x“, „14x“ oder „15x“ vorliegt oder der Wert

			im Feld „Behandlungsende-nachstationär“ größer als das OPS-Datum ist.
P0005	Hinweis	Nur 100 Prozeduren erlaubt - Prozedur gelöscht	Selbsterklärend
P0006	Hinweis	Nur eine Angabe Beatmungsstunden je Fall erlaubt	Selbsterklärend
P0007	Hinweis	Beatmungsstunden nur in Kombination mit 8-718.-Kode zulässig	Selbsterklärend
P0008	Hinweis	Bei 8-718.-Kodes muss Angabe Beatmungsstunden erfolgen	Selbsterklärend

Besonderer Hinweis: IK-der-Krankenkasse

Dieses Feld muss bei GKV-Patienten angegeben werden. Falls das Feld nicht leer ist, erfolgt eine Prüfung der angegebenen Krankenkassen-IK. Die Prüfung erzeugt einen Hinweis.

Besonderes Verfahren: Begleitpersonen/Vorstationär behandelte Fälle

Bei Begleitpersonen (Aufnahmeanlass=„B“) sind die Felder Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ-3, Aufnahmegrund, Entlassungsgrund und Alter nicht zu füllen. Ebenso entfallen Fachabteilungs-, Diagnose- und Prozedurenangaben. Sollten die Felder dennoch gefüllt sein, wird weder ein Fehler noch ein Hinweis erzeugt.

Bei vorstationär behandelten Fällen (Aufnahmegrund beginnt mit „04“) entfällt die Prüfung auf Existenz einer Hauptdiagnose.

Besonderes Verfahren: Diagnosenprüfung

Bei den Diagnosen wird in der Datenerhebung „2002“ und „D1.2002“ ausschließlich die Version ICD-10-SGB V V2.0 akzeptiert. Dies gilt auch für Überlieger aus dem Jahr 2001, in dem ebenfalls die Version ICD-10-SGB V V2.0 anzuwenden war.

Je Fall ist genau eine Hauptdiagnose anzugeben. Eine fehlende Hauptdiagnose führt zu einem Fehler. Ausnahme: Begleitpersonen (Aufnahmeanlass = „B“) und vorstationäre Fälle (Aufnahmegrund beginnt mit „04“). Die Angabe von mehr als einer Hauptdiagnose je Fall führt immer zu einem Fehler.

Es wird je Fall geprüft, ob eine Nebendiagnose doppelt vorkommt. Gegebenenfalls wird für die erste doppelte Nebendiagnose eine Hinweismeldung generiert.

Hinweis: Sekundärdiagnosen werden im DRG-System als Nebendiagnosen behandelt.

Sonderzeichen („+“, „#“, „*“, „!“) sind analog zur § 301-Vereinbarung anzugeben. Die Sonderzeichen „+“ und „#“ haben die gleiche Bedeutung. Hintergrund: Im §301-Verfahren war das „+“-Zeichen schon als technisches Trennzeichen definiert, daher ist das Zeichen „#“ als gleichwertiger Ersatz eingeführt worden. Fehlende Sonderzeichen erzeugen keinen Fehler/Hinweis. Der Trennpunkt („.“) kann angegeben werden. Buchstaben können sowohl groß als auch klein angegeben werden.

Beispiele:

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

Besonderes Verfahren: Prozedurenprüfung

Bei Prozedurenangaben sind Versionen 2.0 und 2.1 des OPS-301 zugelassen. Die Version 2.0 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2001, Entlassung in 2002) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der Version 2.0 für Patienten, die im Jahr 2002 aufgenommen wurden, sind nicht zu verwenden und erzeugen einen Hinweis. Die Trennzeichen „.“ und „-“ können angegeben oder weggelassen werden. Weitere Sonderzeichen sind nicht zugelassen und erzeugen den Fehler „Prozedur unbekannt“. Buchstaben können sowohl groß als auch klein angegeben werden.

Die Angabe von Beatmungsstunden darf nur in direkter Verbindung (im gleichen Datensatz) mit einem Beatmungskode (8-718.-) angegeben werden. Sofern ein Beatmungskode angegeben ist, muss je Fall einmal das Feld Beatmungsstunden gefüllt sein. Je Fall darf das Feld Beatmungsstunden nur einmal gefüllt sein. Abweichungen hiervon erzeugen einen Hinweis.

Hinweis: Die Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend DKR 1001b (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Der Wert „0“ gilt als nicht angegeben.

Beispiele (OPS-301 Version 2.1):

5-531.32	OK
553132	OK
5-793.3r	OK
57933r	OK
5-793.3R	OK
5531.3	Hinweis: Nicht terminaler Kode für Prozedur
X531	Fehler: Prozedur unbekannt

Datengruppe: Ausbildung

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
Ausbildung	Ausbildungsstätte	M	AN	X								Fehler
Ausbildung	Ausbildungsstätten-Typ	M	AN	X								Fehler
Ausbildung	Ausbildungsplätze- insgesamt	M	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildungsplätze-des- KH	K	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildungsplätze-für- andere-KH	K	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildende	M	NUM		1	6	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Auszubildende-im- eigenen-KH	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubis-J1	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubis-J2	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubis-J3	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Azubildende-an- anderen-KH	K	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Gesamtkosten	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Personalkosten	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Ausbildungsvergütungen	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Ausbildung	Personalkosten-je-VK	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler

Sonderprüfungen

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
K0001	Fehler	<u>Eine Kombination aus Ausbildungsstätte und Ausbildungsstätten-typ</u> darf nur einmal angegeben werden	<u>Selbsterklärend</u>

Datengruppe: Kostenmodul

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Kostenstellengruppe	M	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Kostenartengruppe	M	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Kalkulationsverfahren	K	AN	X								Fehler
Kostenmodul	Leistungsart	M	AN		2	50						Fehler

Sonderprüfungen

Fehler	Katego- rie	Text	Detailbeschreibung
K000 2	Fehler	Kalkulationsverfahren muss bei KStGrp Kostenartengruppe 7 und 8 angegeben werden	Selbsterklärend
K000 7	Hinweis	Kostenartengruppe 2 nur in Kombination mit KStGrp 1, 2, 3 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K000 8	Hinweis	Kostenartengruppe 5 nur in Kombination mit KStGrp 2, 4, 7, 8, 9 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K000 9	Hinweis	KStGrp 12 Kostenartengruppe 8 nur in Kombination mit KStGrp 12 Kostenartengruppe 8 zugelassen	Selbsterklärend

Datengruppe: Kosten

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Kosten	Kostenstellengruppe	M	AN	X								Fehler
Kosten	Kostenartengruppe	M	AN	X								Fehler
Kosten	Kostenwert	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler

Sonderprüfungen

Fehler	Katego- rie	Text	Detailbeschreibung
K000 3	Hinweis	Gesamtkosten je Fall müssen zwischen 10 Euro und 1 Million Euro liegen	Selbsterklärend
K000 4	Hinweis	Summe Kostenwert der Kostenartengruppen 1, 2 und 3 nicht grösser null	Selbsterklärend
K000 5	Hinweis	Summe Kostenwert der Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a und 6b nicht größer null	Selbsterklärend
K000 6	Hinweis	Summe Kostenwert der Kostenartengruppen 7 und 8 nicht grösser null	Selbsterklärend
K000 7	Hinweis	Kostenartengruppe 2 nur in Kombination mit KStGrp 1, 2, 3 oder 11 zulässig	Selbsterklärend

K000 8	Hinw eis	Kostenartengruppe 5 nur in Kombination mit KStGrp 2, 4, 7, 8, 9 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K000 9	Hinw eis	KStGrp 12 Kostenartengruppe 8 nur in Kombination mit Kostenartengruppe 8 KStGrp 12 zugelassen	Selbsterklärend

Datengruppe: Abrechnung

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
Abrechnung	DRG-Fälle-vereinbart	M	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Abrechnung	DRG-Fälle-abgerechnet	M	NUM		1	9	0	0	0			Fehler
Abrechnung	Bewertungsrelationen-vereinbart	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Abrechnung	Bewertungsrelationen-abgerechnet	M	NUM		1	9	0	2	0			Fehler
Abrechnung	Erlösausgleich-§3-Abs-6	K	NUM		1	9	0	2				Fehler
Abrechnung	Erlösausgleich-§4-Abs-9	K	NUM		1	9	0	2				Fehler

Datengruppe: Entgelte

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komma Min	Anz Komma Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
	IK	M	AN	X								Fehler
	KH-internes-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Entgelte	Entgeltart	M	AN	X								Fehler
Entgelte	IK-Krankenkasse	K	AN	X								Fehler
Entgelte	Entgeltbetrag	M	NUM		1	10	0	2				Fehler

Sonderprüfungen

Hinweis: Prüfung für die Datenerhebung „D1.2002“ und „2002“ nicht aktiv.

Fehler	Kategorie	Text
n.n.	Fehler	Je Fall ist einmal die Entgeltart „00000000“ für den insgesamt abgerechneten Rechnungsbetrag anzugeben