

Fehlerverfahren

für die Datenerhebung 2005 gemäß § 21 KHEntgG

Version 4.0

drg-datenstelle@mmm.com
01. Februar 2006

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Kapitel 1: Übersicht	3
Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung	8
Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung	17
Kapitel 4: Vorprüfung	18
Kapitel 5: Formatprüfung	19
Kapitel 6: Datenprüfung	20

Kapitel 1: Übersicht

Das Fehlerverfahren ist ein zentraler Bestandteil im Prozess der Annahme der DRG-Daten bei der Datenstelle. Mit diesem Dokument werden das Fehlerverfahren und 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, wider. Definiert sind derzeit 11 verschiedene Dateien; eine normale Datenlieferung im Jahr 2006 (Datenerhebung 2005) besteht aus 9 Dateien, an der Kalkulation teilnehmende Krankenhäuser übermitteln insgesamt 11 Dateien.

Bei Krankenhäusern, die gemäß § 17a KHG nur die Daten ihrer Ausbildungsstätten übermitteln, besteht die Datenlieferung aus 3 Dateien.

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**

Diese Prüfung befaßt sich mit der Zusammensetzung der Datenlieferung, dem Verschlüsselungsverfahren, der Zuordnung des Absenders, etc.

β

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 eindeutig zusammenführen lassen.

β

3. Modul: Inhaltliche Prüfung der Daten = **Datenprüfung**

Die Datenprüfung setzt auf den zusammengeführten Daten auf. Dabei werden sowohl Einzelfelder geprüft als auch feldübergreifende Prüfungen (Abhängigkeitsprüfungen) durchgeführt.

Das Fehlerverfahren beinhaltet bis auf wenige Ausnahmen 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. Es erfolgt eine Rückmeldung von der Datenstelle an das Krankenhaus mit dem Nachrichttext über die Abweisung der kompletten Datenlieferung. Die Daten gelten als nicht geliefert. **Das Krankenhaus muss in diesem Fall die Datenlieferung wiederholen.**

Die detaillierten Angaben über Fehler und Hinweise im Fehlerprotokoll stammen aus dem dritten Modul der Datenprüfung.

Das Krankenhaus erhält nach durchgeführter Datenlieferung in jedem Fall eine Antwortmail durch die Datenstelle!

Die Antwortmail enthält ein Fehlerprotokoll in der

- a.) bei fehlerfreier Übermittlung die Anzahl der fehlerfreien Fälle aufgeführt sind
oder
- b.) bei Hinweisen und Fehlern in der Datenlieferung die Fallzahl mit allen
Meldungen aufgeführt ist.

In Konsequenz dieser Rückmeldung sind ggf. Teile der Datenlieferung zu wiederholen. Um die sanktionsbehafteten Fristen der Datenlieferung einhalten zu können, ist vom Krankenhaus der **erfolgreiche Dateneingang** bei **ausbleibender Antwortmail** nach spätestens 10 Werktagen zu überprüfen. Hierzu kann die Hotline der DRG-Datenstelle (02131-142840) kontaktiert werden.

Eine Antwortmail ist nicht als Quittung für eine erfolgreiche Verarbeitung der Daten anzusehen, da auch die Übermittlung von unverschlüsselten Daten eine Antwortmail mit dem Hinweis auf einen erfolglosen Übermittlungsversuch erzeugt.

Erfahrungsgemäß sollte das Krankenhaus den **Inhalt der Antwortmail** mit Blick auf die Bestätigung einer **erfolgreichen Verarbeitung der Datenlieferung** überprüfen (Fehlerprotokoll mit Anzahl der Fälle). Ggf. ist zeitnah eine erneute Datenlieferung vorzunehmen.

Nach Abschluss des Datenannahmeverfahrens wird zum Jahresende jedem Krankenhaus eine Aufstellung über die Datenlieferung zugesandt (§ 1 Abs. 3 Vereinbarung nach §21 KHEntgG).

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, Entgelte
	FAB	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	ICD	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	OPS	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
	Entgelte	Abweisung des betroffenen Falls in Fall, FAB, ICD, OPS, Entgelte
Abrechnung	Abrechnung	Abweisung der kompletten Datei Abrechnung
Kostenmodul	Kostenmodul	Abweisung der kompletten Datei Kostenmodul
Kosten	Kosten	Abweisung des betroffenen Falls in Kosten

Ein Fehler wirkt sich 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 führt zu einer Abweisung der gesamten

Datenlieferung, da die Informationen in diesen Dateien für die Steuerung des Verfahrens eine zentrale Rolle spielen. Die Daten gelten im Fall der fehlerhaft gefüllten Datengruppe Krankenhauskopf **als nicht übermittelt**.

Was sind Datengruppen?

Die Zusammensetzung der Datengruppen geht aus obiger Tabelle hervor. Die Trennung in die Datengruppen ergibt sich aus dem inhaltlichen Kontext der Übermittlungsdateien oder den Besonderheiten des Verfahrens. Zum Beispiel wird die Datengruppe „Kosten“ nicht zusammen mit der Datengruppe „Falldaten“ geführt, obwohl in beiden Datengruppen fallbezogene Daten enthalten sind. Die Trennung in Datengruppen ist erforderlich, da die Möglichkeit von Teillieferungen (z.B. nur Kostendaten) existiert und nicht alle Krankenhäuser alle Datengruppen übermitteln müssen.

Kapitel 2: Zusammensetzung der Datenlieferung

Die Datenerhebung umfasst alle entlassenen Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres.

Welche Datenlieferungsarten sind möglich?

Die Regeldatenlieferung besteht aus einer vollständigen Lieferung der folgenden 9 Dateien (3 bei Krankenhäusern, die nur die Ausbildungsdatei übermitteln oder 11 Dateien bei Kalkulationskrankenhäusern) mit allen Daten einer Datenerhebung. Die Datenlieferungsarten lassen sich folgendermaßen unterteilen:

- **Vollständige Lieferung (Regelfall)**
Alle Daten einer Datenerhebung werden in einem Paket übermittelt. Dies gilt auch für Kalkulationskrankenhäuser.
- **Teillieferung**
Teillieferungen sind im Prinzip auch vollständige Datenlieferungen, nur dass nicht alle Falldaten komplett übermittelt werden. Aufgeteilt werden können Datenlieferungen auch zwischen den fallbezogenen Datengruppen (siehe Seite 10). Beispielsweise können die Kalkulationsdaten getrennt von den medizinischen Falldaten übermittelt werden.
- **Storno-Lieferung Fall**
Einzelne Fälle werden gezielt storniert. **Wichtig! Die Stornierung ist Voraussetzung für eine Korrekturlieferung.** Die Stornokennzeichnung ist in der Datei Info zu übermitteln (für die Stornierung einer vorausgegangenen Datenübermittlung des Datenjahres 2005 lautet die Stornokennzeichnung „2005.S“).
- **Korrekturlieferung**
Wichtig! Übermittlung korrigierter Daten, die vorher durch eine Storno-Lieferung storniert wurden.
- **Storno-Lieferung Datenerhebung**
Eine komplette Datenerhebung wird storniert.

Mit Ausnahme der Datenübermittlungsart Storno ist im DRG-Datensatz keine Kennzeichnung der Übermittlungsart vorgesehen.

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
- ENTGELTE.CSV
- KOSTENMODUL.CSV
- KOSTEN.CSV
- ABRECHNUNG.CSV

Wie funktionieren Teillieferungen?

Teillieferungen werden nicht explizit gekennzeichnet. Bei 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“ und „Entgelte“
- Ausbildung: Alle Ausbildungsstätten zusammen
- Kostenmodul: Alle Kostenmodule zusammen
- Kosten: Alle Kostensätze eines Falls
- Abrechnung: Abrechnungsdaten des Krankenhauses

Achtung: Obwohl die Kostendaten unabhängig vom Fall übermittelt werden können, müssen die Fallnummern (KH-internes-Kennzeichen) in der Datengruppe Falldaten und in den Kostendaten übereinstimmen, so dass eine Zuordnung möglich ist.

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

Die Datengruppe „Falldaten“ ist so definiert, dass ein Fehler in einer Datei bspw. der Datei „ICD“ dazu führt, dass der Fall (KH-internes-Kennzeichen) aus der gesamten Datengruppe, d.h. aus Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“ und „Entgelte“ nicht übernommen wird.

Achtung: Neu ab dem Datenjahr 2005 ist die Zuordnung der Datei „Entgelte“ zu

der Datengruppe „Falldaten“. Sie bewirkt bei nicht korrekter Zuordnung des KH-internen-Kennzeichens in der Datei „Entgelte“ einen Formatfehler, der zur Abweisung der gesamten Datengruppe führt. (Beispiel: In der Datei „Entgelte“ kann ein KH-internes Kennzeichen nicht mit einem KH-internen Kennzeichen aus der Datei „Fall“ verknüpft werden. Konsequenz: Abweisung der gesamten Datengruppe „Falldaten“).

Die fallbezogenen Kostendaten werden autark behandelt. Die fallbezogenen Kostendaten können somit getrennt von der Datengruppe „Falldaten“ 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“ übermittelt werden. Bei Stornolieferungen wird hingegen lediglich die Datei „Info“ übermittelt. Innerhalb dieser Dateien ist keine Aufteilung in Teillieferungen möglich. In einer Teillieferung dürfen keine bereits gelieferten Fälle wiederholt geliefert werden. Bestehende Fälle werden nicht ersetzt oder aktualisiert. Diese müssen im Rahmen des Storno- und Korrekturverfahrens behandelt werden.

Wie funktionieren Stornolieferungen?

Stornolieferungen werden im Fehlerverfahren gesondert behandelt und müssen zwingend einer Korrekturlieferung als eigenständige Lieferung vorangestellt werden. Stornolieferungen sind Datenlieferungen, die im Feld „Datenerhebung“ der Datei „Info“ explizit gekennzeichnet sind.

Drei Varianten sind vorgesehen:

- a.) Stornierung sämtlicher Daten
- b.) Stornierung einer Datengruppe
- c.) Stornierung einzelner Fälle innerhalb einer Datengruppe

a.) **Stornierung sämtlicher Daten einer Datenerhebung**

Für die Stornierung **aller** Daten einer Datenerhebung genügt die Übermittlung einer Datei „Info“ mit einer entsprechenden Kennzeichnung im Feld „Datenerhebung“

(„2005.S“).

Konsequenz: Alle bereits übermittelten Daten werden gelöscht!

b.) Stornierung einer Datengruppe

Für die Stornierung einer Datengruppe erfolgt die Übermittlung der Datei „Info“ mit einer entsprechenden Kennzeichnung im Feld „Datenerhebung“ („2005.S“) sowie die zu stornierende **leere** Datei der Datengruppe (**nur mit Kopfzeile**): Die Datei „Fall“ ohne Dateninhalt bewirkt bspw. eine Stornierung der kompletten Datengruppe „Falldaten“. Kompletst storniert werden können die Datengruppen „Falldaten“ und „Kosten“, daher ergeben sich die folgenden möglichen Konstellationen von zu liefernden Storno-Informationen:

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

Die Datengruppen „Ausbildung“, „Abrechnung“ und „Kostenmodul“ sind aus Vereinfachungsgründen vom Stornierungsverfahren ausgenommen. Hier ersetzt eine Neulieferung immer die letzte Lieferung.

c.) Stornierung einzelner Fälle innerhalb der Datengruppen

Gemäß den Datengruppen werden Fall- und Kostendaten getrennt behandelt. Die Stornierung eines Falles in den Kostendaten führt nicht zu einer Stornierung der medizinischen Daten des Falles, da diese einer anderen Datengruppe zugeordnet sind.

Die übermittelten Dateien werden nur auf die für das Stornoverfahren relevanten Felder geprüft. Bei der fallbezogenen Stornierung sind dies die Felder „IK“ „Entlassender Standort“ und „KH-internes-Kennzeichen“ in den Dateien „Fall“ bzw. „Kosten“. Die Fallnummer (KH-internes-Kennzeichen) muss identisch mit der Fallnummer in der Originallieferung sein. Bei einer Stornolieferung ist der gleiche Formataufbau wie bei einer regulären Datenlieferung zu wählen. Werden einzelne Fälle der Datengruppe „Falldaten“ storniert, werden die entsprechenden Falldaten auch aus den Dateien „Fall“, „ICD“, „OPS“, „FAB“ und „Entgelte“ gelöscht.

Für die Stornierung einzelner Fälle ist die Datei „Info“ mit entsprechender Kennzeich-

nung im Feld Datenerhebung („2005.S“) und der fallbezogenen Datei der Datengruppe, in der Fälle gelöscht werden sollen, zu übermitteln. Mögliche Konstellationen sind:

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

Wie funktionieren Korrekturlieferungen?

Alle Fälle einer Korrekturlieferung müssen zunächst durch das Krankenhaus im Rahmen einer Stornolieferung gelöscht worden sein. **Korrekturlieferungen sind nicht explizit zu kennzeichnen. Bei einer Korrekturlieferung dürfen nur bereits stornierte Fälle geliefert werden.**

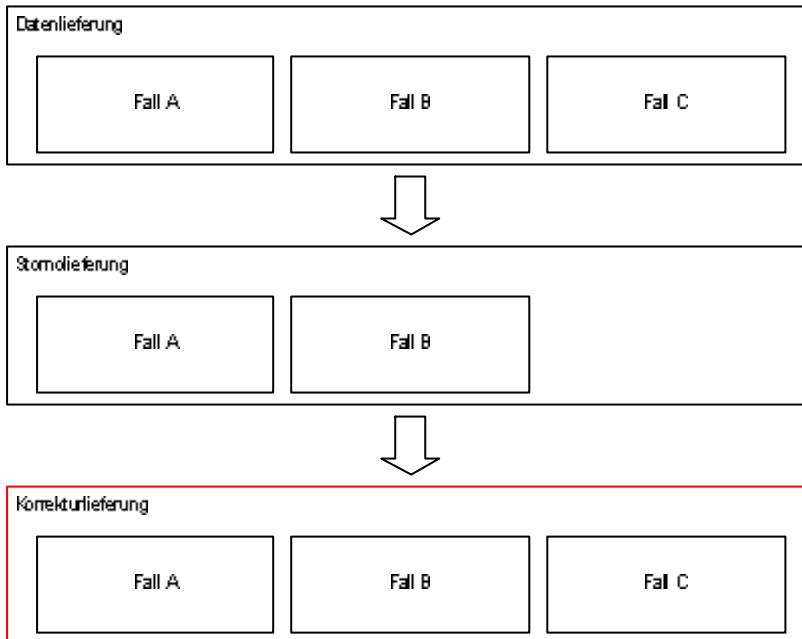
Werden in einer Korrekturlieferung teilweise neue oder nicht stornierte Daten geliefert, wird die betroffene Datengruppe der Korrekturlieferung abgelehnt. Gleiches gilt für Stornolieferungen, die noch nicht gelieferte Daten stornieren (siehe auch Abb. 1 – 3).

Grundsätzlich werden jeweils alle Daten der entsprechenden Fälle in der gesamten Datengruppe ersetzt.

Beispiel:

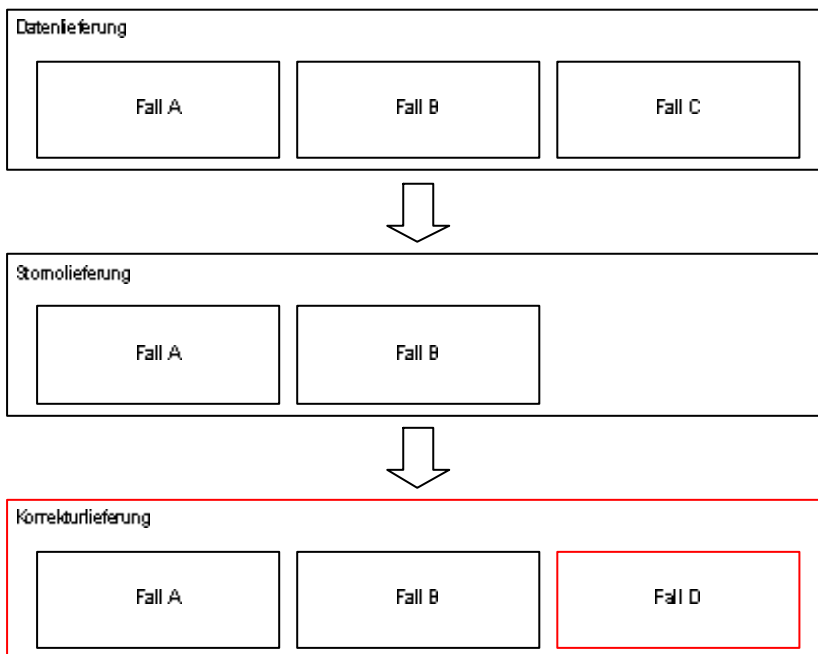
Zunächst werden durch eine Stornolieferung eines Krankenhauses die medizinischen Daten eines Falles (im Storno gelieferte Dateien: „Info“ (mit Stornokennzeichen), „Fall“) gelöscht. Im Rahmen einer Korrekturlieferung werden diese Dateien neu geliefert (Dateien in der Korrekturlieferung: „Krankenhaus“, „Info“, „Fall“, „ICD“, „OPS“, „FAB“ und „Entgelte“) und für das Krankenhaus in der Datenstelle in die Datenbank eingefügt.

Szenario 1



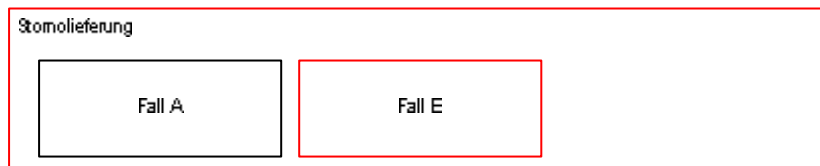
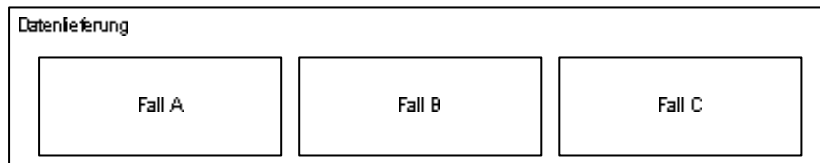
Datengruppe wird abgelehnt, da
'Fall C' nicht stomiert wurde.

Szenario 2



Datengruppe wird abgelehnt,
da 'Fall D' neu geliefert wurde
und damit nicht in eine
Korrekturlieferung gehört.

Szenario 3



Datengruppe wird abgelehnt,
da ‚Fall E‘ storniert wurde,
obwohl er vorher nicht geliefert
wurde.

Kapitel 3: Verschlüsselung und Komprimierung

Wie sind die Daten zu übermitteln und zu verschlüsseln?

Die Übermittlung der DRG-Daten soll per Mail erfolgen. Größere Datenmengen können mit Hilfe einer Drop-Box übermittelt werden. Die Übermittlung kann ausnahmsweise auch per Post 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. Unverschlüsselte DRG-Daten dürfen von der Datenstelle nicht verarbeitet werden und werden vernichtet. Der Datenabsender wird hierüber per E-Mail informiert. Die Datenlieferung ist vom Krankenhaus erneut verschlüsselt zu übermitteln.

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.

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

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.

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 enthält, wird eine entsprechende Benachrichtigung an diese Adresse geschickt, sonst an die Absenderadresse der Datenlieferung.

Das Krankenhaus erhält nach durchgeführter Datenlieferung in jedem Fall (auch bei fehlerfreier Vorprüfung) eine Antwortmail durch die Datenstelle (siehe Seite 5).

Kapitel 5: Formatprüfung

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

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

Darüber hinaus führen doppelte Fälle in der Datei „Fall“ zu einem Formatfehler, da die Zuordnung der ICD-/OPS-/FAB- und Entgeltdaten 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.

Die Auswirkungen der Fehler sind in der Tabelle auf Seite 6 aufgeführt.

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“ ausgewiesen.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
Muss/Kann	Muss-Felder dürfen nicht leer sein
Typ	Der angegebene Wert muss dem Typ (AN=Alphanumerisch, NUM=Zahl, Date8=JJJMMTT, Date12=JJJMMTTHHMM) 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. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.
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. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer sein.

Felddefinition	Prüfung/Aktion
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. Bei Kann-Feldern darf das Feld auch leer 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								Hinweis
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 nur der Wert „20041217“ 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
	Entlassender Standort	K	AN			2	0	0				Hinweis
	KH-interne-Kennzeichen	M	AN		1	15						Fehler
Fall	IK-der-Krankenkasse	K ^{*4)}	AN	X							X	Hinweis
Fall	Geburtsjahr	K ^{*1)}	NUM		4	4	0	0	1870	2005		Fehler
Fall	Geburtsmonat	K	NUM		2	2	0	0	1	12		Fehler
Fall	Geschlecht	K ^{*1)}	AN	X			0	0				Fehler
Fall	PLZ-5	K	AN	X								Hinweis
Fall	Aufnahmedatum	M	DATE12									Fehler
Fall	Aufnahmearbeit	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	3	0	0	0	366		Fehler
Fall	Alter-in-Jahren-am-Aufnahmetag	K	NUM		1	3	0	0	0	135		Fehler
Fall	Beurlaubungstage	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Patientennummer	K	AN		1	15						Fehler
Fall	Anzahl interkurrente-Dialysen	K	NUM		1	3	0	0	0			Fehler
Fall	Beatmungstunden	K	AN		1	4	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

Datei	Feld	Muss/ Kann	Typ	Werte- liste	Länge Min	Länge Max	Anz Komm a Min	Anz Komm a Max	Wert Min	Wert Max	Auto Cut	Kate- gorie
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	Lokalisation	K	AN	X								Fehler
OPS	OPS-Datum	M	DATE12									Fehler
OPS	Belegoperator	K	AN	X								Fehler
OPS	Beleganästhesist	K	AN	X								Fehler
OPS	Beleghebamme	K	AN	X								Fehler
Entgelte	IK-Krankenkasse	K	AN	X								Hinweis
Entgelte	Entgeltart	M	AN	X								Fehler
Entgelte	Entgeltbetrag	M	NUM		1	10	0	2	0			Fehler
Entgelte	Entgeltanzahl	M	NUM		1	3	0	0	0	999		Hinweis

*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

*4) Muss-Feld, falls GKV-Patient

Sonderprüfungen

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
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. Für Besondere Einrichtungen ergibt sich die Kombination des Präfixabteilungskodes (BE) aus den Schlüsseln der Anlage 2 der §301 Vereinbarung und ist für die besonderen Einrichtungen gem. BPfIV sowie den besonderen Einrichtungen gem §17b Abs. 1 S. 15 KHG anzuwenden.
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 Aufnahmeanlass „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

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
A0013	Fehler	Aufnahmedatum plus Beurlaubungstage größer Entlassungsdatum	Selbsterklärend
A0015	Fehler	Entlassungsdatum liegt nicht im Zeitraum der Datenerhebung	Jede Datenerhebung definiert sich über das Entlassdatum. Für 2005 gilt: Entlassdatum von 1.1.2005 bis 31.12.2005 zulässig.
A0016	Fehler	Fachabteilungsangaben fehlen	Je Fall muss mind. eine Angabe in der Datei FAB vorhanden sein. Ausnahme: Begleit- personen (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	Bei Neugeborenen mit Aufnahmetag = Geburtsdatum ist „1“ im Datenfeld „Alter in Tagen am Aufnahmetag“ anzugeben. Für die Gruppierung wurde das Alter in Tagen von 0 auf 1 gesetzt	Ein Hinweis für ein Problem, welches im §21-Datensatz auftritt, im §301-Datensatz aber nicht auftreten kann. Im §301- Datensatz 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-Datensatz gibt es nur das Feld Alter in Tagen, daher ist diese Konvertierung notwendig.

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
A0021	Fehler	Entweder Alter in Tagen oder Alter in Jahren muss gefüllt sein, Ausnahme: Neugeborene am Tag der Geburt	„0“ wird wie ein leeres Feld behandelt. Neugeborene werden entweder am Aufnahmeanlass (=“G“) erkannt oder daran, dass der Geburtsmonat dem Jahr und Monat des Aufnahmedatums entspricht.
A0022	Fehler	Verweildauerprüfung: „Entlassdatum“ – „Aufnahmedatum“ – „Tage der Beurlaubung“ – „Tage außerhalb KHEntgG“ < = 0	Selbsterklärend
A0023	Fehler	Bei Aufnahmegrund „03“ Krankenhausbehandlung teilstationär ist das Datenfeld Patientenummer zu füllen.	Diese Prüfung wird nur bei Kalkulationskrankenhäusern durchgeführt und deckt sich mit der zwingenden Vorgabe des Kalkulationshandbuches .
A0025	Fehler	Beatmungstunden überschreiten die Verweildauer	Selbsterklärend
A0026	Hinweis	Für die Übermittlung von Fällen mit Aufnahmegrund „03“ ist das Datenfeld „Patientenummer“ zu füllen	Diese Prüfung wird nur bei Nicht-Kalkulationskrankenhäusern durchgeführt.
A0027	Hinweis	Meldung für Kalkulationskrankenhaus: Für Fälle mit Aufnahmegrund „03“ ist je Behandlungstag ein Datensatz anzulegen.	Selbsterklärend

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
D0001	Fehler	Hauptdiagnose fehlt	Selbsterklärend
D0002	Fehler	Diagnose unbekannt	Gemäß der DIMDI-Listen.
D0003	Fehler	Nicht terminaler Kode für Diagnose	Gemäß der 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	Fehler	Nicht terminaler Kode für Sekundärdiagnose	Selbsterklärend
D0009	Fehler	Kode mit Sonderzeichen "*" oder "!" nicht als Primärdiagnose zulässig, wenn Hauptdiagnose	Gemäß der 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	Die Meldung wird nur für Fälle generiert, bei denen die doppelte Nebendiagnosennennung nicht durch unterschiedliche Sekundärdiagnosen begründet ist.
D0012	Hinweis	In der Datei ICD muss insgesamt mind. 1 Nebendiagnose auf KH-Ebene angegeben werden	Dieser Hinweis wird im Fehlerprotokoll zusätzlich auf der Übersichtsseite ausgegeben.
D0013	Hinweis	Verbrennung /Verätzung ohne Angabe des Ausmaßes	Selbsterklärend
D0014	Hinweis	Ausmaß der Verbrennung / Verätzung ohne Diagnosekode für Verbrennung / Verätzung	Selbsterklärend

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
D0015	Hinweis	Geburt ohne Nebendiagnose Z37.-!	Selbsterklärend
D0016	Fehler	Die ICD-Version entspricht nicht der amtlich gültigen Version des ICD-10-GM Version 2005	Mit Ausnahme von Jahresüberliegern ist die amtlich gültige Version des ICD-10-GM Version 2005 zu übermitteln.(Bei Jahresüberliegern die Version 2004.)
D0017	Hinweis	Die ICD-Version entspricht bei Jahresüberliegern nicht der amtlich gültigen Version des ICD-10-GM Version 2004	Bei Jahresüberliegern wurde nicht die amtlich gültige Version des ICD-10-GM Version 2004 übermittelt.
D0018	Hinweis	Falsche Diagnosenreihenfolge von koronarer Herzkrankheit und Angina pectoris	Selbsterklärend (Gruppierungsrelevanter Sachverhalt. Für das nächstjährige Fehlerverfahren als Fehler geplant.)
D0019	Hinweis	Diagnosen für multiple Verletzungen sind nicht als Hauptdiagnose anzugeben	Selbsterklärend (Gruppierungsrelevanter Sachverhalt. Für das nächstjährige Fehlerverfahren als Fehler geplant.)

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
P0001	Fehler	Prozedur unbekannt	gemäß der DIMDI-Listen.
P0002	Fehler	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 „Behandlungsbeginnvorstationär“ 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
P0009	Fehler	Bei Angabe „J“ bei Beleghebamme muss der Fachabteilungsschlüssel „2400“ oder „2500“ angegeben sein	Selbsterklärend
P0010	Fehler	Maschinelle Beatmung beim Neugeborenen ohne Beatmungsstunden	Selbsterklärend
P0011	Fehler	Konflikt zwischen einer tagesbezogenen Prozedur und der Verweildauer (Belegungstage)	Selbsterklärend Leistungen von sehr hoher Relevanz.
P0012	Hinweis	Konflikt zwischen einer tagesbezogenen Prozedur und der Verweildauer (Belegungstage)	Selbsterklärend Leistungen von hoher Relevanz.
P0013	Fehler	Die OPS-Version entspricht nicht der amtlich gültigen Version der OPS Version 2005	Mit Ausnahme von Jahresüberliegern ist die amtlich gültige Version des OPS Version 2005 zu übermitteln. (Bei Jahresüberliegern die Version 2004.)

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
P0014	Hinweis	Die OPS-Version entspricht bei Jahresüberliegern nicht der amtlich gültigen Version der OPS Version 2004	Bei Jahresüberliegern wurde nicht die amtlich gültige Version des OPS Version 2004 übermittelt.
P0015	Fehler	Die Lokalisationsangabe zum OPS fehlt	Selbsterklärend
P0016	Hinweis	Das OPS-Datum liegt nicht im gültigen Übermittlungszeitraum	Gültiges OPS-Datum liegt im Datenjahr 2005 und für Überlieger in den Datenjahren 2004 und 2005.
P0017	Hinweis	Übermittlung eines OPS-Kodes ohne Angabe eines OPS-Datums	Prüfung ab 2007 als Fehlermeldung.
P0018	Hinweis	Für einen teilstationären Behandlungsfall wurden mehrere OPS mit einem identischem Leistungsdatum übermittelt	Selbsterklärend
P0019	Hinweis	Die Angabe der teilstationären Belegungstage entspricht nicht der Anzahl der abgerechneten Entgelte	Selbsterklärend
K0010	Fehler	Je Fall ist einmal die Entgeltart „00000000“ für den insgesamt abgerechneten Rechnungsbetrag anzugeben	Selbsterklärend
K0011	Fehler	Je Fall müssen mindestens 2 Entgelte angegeben sein	Selbsterklärend

Bei der Übermittlung von teilstationären Fällen 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.

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 bei unbekanntem IK.

Besonderer Hinweis: Entlassender Standort

Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine nach Standorten differenzierte Festlegung des Versorgungsauftrages vor ist das Datenfeld leer zu übermitteln.

Krankenhäuser, auf die der o.g. Sachverhalt zutrifft, übermitteln eine Aufstellung der unterschiedlichen Standorte mit der jeweils vergebenen laufenden Nummer an die Datenstelle.

Besonderer Hinweis: Aufnahmegrund „03 Krankenhausbehandlung, teilstationär“ für Kalkulationskrankenhäuser

Kalkulationskrankenhäuser legen bei der Übermittlung von teilstationären Fällen für jeden Tag, an dem eine teilstationäre Behandlung im Krankenhaus durchgeführt wird, einen eigenständigen Falldatensatz mit einem eigenen KH- internem Kennzeichen an. Dieser Falldatensatz umfasst ebenfalls die Dateien „Fall“, „FAB“, „ICD“, „OPS“ und „Entgelte“. Die Zusammenfassung zu einem Behandlungsfall ist über die Patientenummer sicherzustellen.

Wurde für die teilstationäre Behandlung gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG ein tagesbezogenes Entgelt vereinbart, ist der in Rechnung gestellte **Entgeltbetrag** (Tagessatz) in jedem Datensatz in der Datei „Entgelte“ anzugeben.

Wurde gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG ein fallbezogenes Entgelt vereinbart, ist die abgerechnete **Entgeltart** mit dem entsprechenden Entgeltbetrag in jedem Datensatz anzugeben.

Die Prüfungen K0010, K0011 und ggf. P0011 für Fälle mit Aufnahmegrund „03“ bei Kalkulationshäusern entfallen.

Besonderes Verfahren: Begleitpersonen/Vorstationär behandelte Fälle

Bei Begleitpersonen (Aufnahmeanlass = „B“) sind die Felder Geburtsjahr, Geschlecht, PLZ, 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. Es sind nur die Datensätze der medizinisch veranlassten Begleitpersonen zu übermitteln.

Bei vorstationär behandelten Fällen (Aufnahmegrund beginnt mit „04“) entfällt die Prüfung auf Existenz einer Hauptdiagnose sowie die Prüfung A0021.

Besonderes Verfahren: Diagnosenprüfung

Bei Diagnoseangaben sind die Versionen ICD-10-GM Version 2004 und ICD-10-GM Version 2005 zugelassen. Die Version ICD-10-GM Version 2004 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2004, Entlassung in 2005) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der ICD-10-GM Version 2004 für Patienten, die im Jahr 2005 aufgenommen wurden, sind nicht zugelassen und erzeugen einen Fehler.

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:

- Sekundär Diagnosen werden im DRG-System als Nebendiagnosen behandelt.
- Ist mehr als ein Sekundär-Diagnoseschlüssel zu einem Primärschlüssel vorhanden, so ist der Primärschlüssel im nachfolgenden Datensatz (mit Anrechnung auf die Wiederholbarkeit insgesamt) zu wiederholen.

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 (ICD-10-GM Version 2005):

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

Besonderes Verfahren: Prozedurenprüfung

Bei Prozedurenangaben sind die Versionen OPS-301 Version 2004 und OPS Version 2005 zugelassen. Die Version OPS-301 Version 2004 darf nur bei Überliegern (Aufnahme in 2004, Entlassung in 2005) verwendet werden. Unterschiedliche Versionen in einem Fall bzw. das Verwenden der OPS-301 Version 2004 für Patienten, die im Jahr 2005 aufgenommen wurden, sind nicht zugelassen und erzeugen einen Fehler.

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 Beatmungsstunden sind als Gesamtbeatmungszeit entsprechend der DKR 1001d (Maschinelle Beatmung) anzugeben. Der Wert „0“ gilt als nicht angegeben.

Beispiele (OPS Version 2005)

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

Die Lokalisation wird in einem gesonderten Datenfeld angegeben.

Besonderes Verfahren: Fachabteilungsprüfung

Die Verwendung der Fachabteilungsschlüssel einer Pseudo-Fachabteilung gemäß Anlage 2 der § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) „0000“, „0001“ und „0002“ ist nicht zulässig. Wurde ein Fall nach den Regelungen der FPV 2005 neu eingestuft, dürfen die Fachabteilungsangaben zeitlich nicht zusammenhängend übermittelt werden. In der Datei „Fall“ ist bei einer internen Verlegung das Datenfeld „Belegungstage außerhalb KHEntgG“ und bei einer externen Verlegung das Datenfeld „Tage der Beurlaubung/ ohne Behandlung“ mit der entsprechenden Anzahl von Tagen zu füllen.

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	Ausbildungsplätzefür- 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	Auzubildende-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	Kombination aus Ausbildungsstätte und Ausbildungsstättentyp darf nur einmal angegeben werden	Selbsterklärend
K0012	Fehler	Ausbildungsstätten-Typ und Meldung über Gesamtkosten/Ausbildungsplätze passt nicht zusammen	Kombination Gesamtkosten > 0 und Ausbildungsplätze insgesamt = 0 darf nur bei Ausbildungsstätten-Typ 5 oder 6 angegeben sein.
K0013	Fehler	Wenn Auszubildende an anderen KH oder Ausbildungsplätze insgesamt angegeben sind, ist das Feld Gesamtkosten zu füllen	Selbsterklärend
K0014	Fehler	Die Felder Gesamtkosten und Ausbildungsvergütungen dürfen nicht den identischen Wert enthalten	Selbsterklärend
K0015	Fehler	Für den angegebenen Ausbildungsstätten-Typ sind die Ausbildungsplätze insgesamt nicht identisch mit der Summe der Ausbildungsplätze des eigenen Krankenhauses und der Ausbildungsplätze für andere Krankenhäuser	Prüfung ist gültig für Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4.
K0016	Fehler	Für den angegebenen Ausbildungsstätten-Typ darf die Anzahl der Ausbildungsplätze im eigenen KH nur mit 0 oder mit der Anzahl der Ausbildungsplätze insgesamt angegeben werden.	Prüfung ist gültig für Ausbildungsstätten-Typ 1; 2; 5 und 6.
K0017	Fehler	Für den angegebenen Ausbildungsstätten-Typ darf die Anzahl der Ausbildungsplätze für andere KH nur mit 0 angegeben sein	Prüfung ist gültig für Ausbildungsstätten-Typ 1; 2; 5 und 6.
K0018	Fehler	Für den angegebenen Ausbildungsstätten-Typ darf die Anzahl der Auszubildenden an anderen KH nur mit 0 angegeben sein	Prüfung ist gültig für Ausbildungsstätten-Typ 1; 2; 5 und 6.

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
K0019	Fehler	Für den angegebenen Ausbildungsstätten-Typ muss die Anzahl der Ausbildungsplätze im eigenen KH kleiner als die Anzahl der Ausbildungsplätze insgesamt sein	Prüfung ist gültig für Ausbildungsstätten-Typ 3 und 4.
K0020	Fehler	Bei der Angabe von Auszubildenden im eigenen Krankenhaus ist keine Ausbildungsvergütung angegeben	Prüfung ist gültig für die Ausbildungsstätten A03; A05, A06 und A07.
K0021	Fehler	Die Summe der Auszubildenden in drei Ausbildungsjahren muss die Anzahl der Auszubildenden im eigenen Krankenhaus +/- 2 ergeben	Selbsterklärend
K0022	Fehler	Die Gesamtkosten müssen \geq Personalkosten sein	Selbsterklärend
K0023	Fehler	Wenn Auszubildende vorhanden sind, müssen die Gesamtkosten größer 0 sein	Selbsterklärend
K0028	Fehler	Die durchschnittlichen Personalkosten je examinierte Vollkraft sind unplausibel hoch	Selbsterklärend
K0029	Fehler	Die Gesamtkosten je Ausbildungsplatz sind unplausibel	Prüfung nur für Ausbildungsplätze insgesamt > 0 .
K0030	Fehler	Die durchschnittliche Ausbildungsvergütung ist unplausibel.	Prüfung nur für Auszubildende im eigenen Krankenhaus > 0 .

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	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
K0002	Fehler	Kalkulationsverfahren muss nur bei Kostenartengruppe 7 und 8 angegeben werden	Selbsterklärend
K0007	Hinweis	Kostenmodul: Kostenartengruppe 2 nur in Kombination mit KStGrp 1, 2, 3 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K0008	Hinweis	Kostenmodul: Kostenartengruppe 5 nur in Kombination mit KStGrp 2, 4, 7, 8, 9 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K0009	Hinweis	Kostenmodul: KStGrp 12 nur in Kombination mit 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
	Entlassender Standort	K	AN			2	0	0				Hinweis
	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	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
K0003	Hinweis	Gesamtkosten je Fall müssen zwischen 10 Euro und 1 Million Euro liegen	Selbsterklärend
K0004	Hinweis	Summe Kostenwert der Kostenartengruppen 1, 2 und 3 nicht größer null	Selbsterklärend
K0005	Hinweis	Summe Kostenwert der Kostenartengruppen 4a, 4b, 5, 6a und 6b nicht größer null	Selbsterklärend
K0006	Hinweis	Summe Kostenwert der Kostenartengruppen 7 und 8 nicht größer null	Selbsterklärend
K0007	Hinweis	Kosten: Kostenartengruppe 2 nur in Kombination mit KStGrp 1, 2, 3 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K0008	Hinweis	Kosten: Kostenartengruppe 5 nur in Kombination mit KStGrp 2, 4, 7, 8, 9 oder 11 zulässig	Selbsterklärend
K0009	Hinweis	Kosten: KStGrp 12 nur in Kombination mit Kostenartengruppe 8 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	11	0	2				Fehler
Abrechnung	Erlösausgleich-§4-Abs-9	K	NUM		1	11	0	2				Fehler

Sonderprüfungen

Fehler	Kategorie	Text	Detailbeschreibung
K0026	Hinweis	Je Krankenhaus muss eine Datei: Abrechnung übermittelt werden. Für Krankenhäuser, die lediglich Ausbildungsstätten gem. § 17 a Abs. 9 KHG übermitteln, entfällt die Übermittlungspflicht. Für Krankenhäuser, die insgesamt Besondere Einrichtung gem. FPVBE 2005 sind, entfällt die Übermittlungspflicht.	Selbsterklärend

Besonderer Hinweis für Kalkulationskrankenhäuser:

Kalkulationskrankenhäuser geben in der Datei „Abrechnung“ die Patienten, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wurden und für die tagesbezogene teilstationäre DRG-Fallpauschalen abgerechnet wurden, je Quartal als einen Fall an.