Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Handbuch zur Dokumentation – Anhang 1 (Aufbau und Inhalt der Datenmeldungen) SP 3

25. Februar 2026

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK)
Stubenring 1, 1010 Wien

Herstellungsort: Wien

Die Erarbeitung dieser Unterlage erfolgte im Rahmen des Projekts "Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)"

Projektleitung:
Mag. Stefan Eichwalder (BMSGPK)

Projektteam
BMSGPK:
Wolfgang Bartosik, Werner Bohuslav, Mag. Rainer Kleyhons,
Mag. Walter Sebek (Stv. Abteilungsleiter)
Koordination medizinische Dokumentation:
Dr. Andreas Egger (BMSGPK), Anna Mildschuh (SOLVE-Consulting)
Ökonomenteam (SOLVE-Consulting):
Mag. Gerhard Gretzl (Gesamt-Projektkoordination), Dr. Gerhard Renner
Ärzteteam:
Prim. Dr. Ludwig Neuner (Klinikum Freistadt, OÖG)
Fachleute aus den medizinischen Fächern
Statistik:
Em. o. Univ.-Prof. DI Dr. Karl P. Pfeiffer
Software-Entwicklung:
DI Bernhard Pesec (dothealth)
Gesundheit Österreich GmbH:
Mag. Petra Paretta, Dr. Florian Röthlin, Dr. Wolfgang Seebacher

Wien, Februar 2026

Alle Rechte vorbehalten:
Jede kommerzielle Verwertung (auch auszugsweise) ist ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Mikroverfilmung, der Wiedergabe in Fernsehen und Hörfunk, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD-ROM.

Im Falle von Zitierungen im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten sind als Quellenangabe „BMSGPK“ sowie der Titel der Publikation und das Erscheinungsjahr anzugeben.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des BMSGPK und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

Impressum 2

Inhalt 4

Präambel 7

1 IT-spezifische Erläuterungen 8

1.1 Datenübermittlung 8

1.2 Spezielle Regelungen für den stationären und spitalsambulanten Bereich (exkl. Pseudonyme) 8

1.3 Spezielle Regelungen für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für die Pseudonyme des stationären und spitalsambulanten Bereichs 9

1.4 Dateiformat 9

2 Hinweise zur Datenmeldung zu stationären Aufenthalten/ ambulanten Besuchen 11

2.1 Satzarten-(Verarbeitungs-)Reihenfolge 11

2.2 Ambulante Besuche mit Leistungen am Folgetag 11

2.3 Funktionscodes 11

2.4 Intensivdokumentation 12

3 Datensätze – Übersicht 13

3.1 Satzart X01 – Basisdaten zum stationären Aufenthalt/ ambulanten Besuch 14

3.2 Satzart X02 – Daten nach Hauptkostenstellen/Fachgebieten 16

3.3 Satzart X03 – Diagnosen[1)] 17

3.4 Satzart X04 – Medizinische Leistungen[1)] 18

3.5 Satzart X05 – Scoringdaten[1)] 19

3.6 Satzart X06 – Akzeptierte Errors/Warnings[1)] 20

3.7 Satzart X07 – Kommentare[1)] 20

3.8 Satzart I11 – SAPS3-Daten[1)] 21

3.9 Satzart I12 – TISS-A-Daten[1)] 22

3.10 Satzart L01 – Spezielle Leistungsbereiche[1)] 24

3.11 Satzart L02 – Abrechnungsrelevante Kostenträger[1)] 24

3.12 Satzart L03 – Exklusionen medizinischer Leistungen[1)] 24

3.13 Satzart L04 – Exklusionen tagesklinischer medizinischer Leistungen[1)] 25

3.14 Satzart E01 – Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen[1)] 25

3.15 Satzart P01 – Pseudonyme Patienten/Patientinnen 26

3.16 Satzart K01 – Kostenstellenplan[1)] 26

3.17 Satzart K02 – KA-Stammdaten[1)] 27

3.18 Satzart K03 – KA-Statistik (Ressourcen und Inanspruchnahme)[1)] 27
3.19 Satzart K04 – KA-Statistik (Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis)[1)] 28
3.20 Satzart K05 – KA-Statistik (Personal des ärztlichen Dienstes)[1)] 29
3.21 Satzart K06 – KA-Statistik (Konsiliarärztlicher Dienst)[1)] 29
3.22 Satzart K07 – KA-Statistik (Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe)[1)] 30
3.23 Satzart K08 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Bettenführende Hauptkostenstelle)[1)] 30
3.24 Satzart K09 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (nicht-bettenführende Hauptkostenstelle)[1)] 32
3.25 Satzart K10 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Neben- und Hilfskostenstellen)[1)] 34
3.26 Satzart K11 – Sammel-Kostennachweis Summenblatt[1)] 35
3.27 Satzart K12 – Sammel-Kostennachweis Detailblätter[1)] 36
3.28 Satzart K13 – Kalkulatorischer Anhang – Kostenminderungen[1)] 36
3.29 Satzart K14 – Kalkulatorischer Anhang – Kalkulatorischer Anlagenspiegel[1)] 36
3.30 Satzart K15 – Kalkulatorischer Anhang – Allgemeine Kostenbereiche[1)] 37
3.31 Satzart K16 – Kalkulatorischer Anhang – Ausgewählte Kosten[1)] 37
3.32 Satzart G01 – Großgerätebasisdaten[1)] 38
3.33 Satzart G02 – Großgeräteleistungsdaten[1)] 38
3.34 Satzart B01 – Basisinformation[1)] 39
3.35 Satzart B02 – Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS)[1)] 39
3.36 Satzart B03 – Eigenmittelverteilungsrechnung (EVR)[1)] 40
3.37 Satzart B04 – Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)[1)] 40
3.38 Satzart B05 – Erlösstruktur (ES)[1)] 41
3.39 Satzart B06 – Zuschussstruktur (ZS)[1)] 41
3.40 Satzart A01 – Antiinfektiva-Abrufe[1)] 42
3.41 Satzart S11 – Prüf- und Summensatz[1)] 43

4 Datensätze – Detailbeschreibung 45

4.1 Satzart X01 – Basisdaten zum stationären Aufenthalt/ ambulanten Besuch 45
4.2 Satzart X02 – Daten nach Hauptkostenstellen/Fachgebieten 53
4.3 Satzart X03 – Diagnosen 57
4.4 Satzart X04 – Medizinische Leistungen 59
4.5 Satzart X05 – Scoringdaten 62
4.6 Satzart X06 – Akzeptierte Errors/Warnings 65
4.7 Satzart X07 – Kommentare 66
4.8 Satzart I11 – SAPS3-Daten 68

4.9 Satzart I12 – TISS-A-Daten 87
4.10 Satzart L01 – Spezielle Leistungsbereiche 102
4.11 Satzart L02 – Abrechnungsrelevante Kostenträger 103
4.12 Satzart L03 – Exklusionen medizinischer Leistungen 104
4.13 Satzart L04 – Exklusionen tagesklinischer medizinischer Leistungen 105
4.14 Satzart E01 – Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen 105
4.15 Satzart P01 – Pseudonyme Patienten/Patientinnen 107
4.16 Satzart K01 – Kostenstellenplan 108
4.17 Satzart K02 – KA-Stammdaten 110
4.18 Satzart K03 – KA-Statistik (Ressourcen und Inanspruchnahme) 113
4.19 Satzart K04 – KA-Statistik (Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis) 117
4.20 Satzart K05 – KA-Statistik (Personal des ärztlichen Dienstes) 120
4.21 Satzart K06 – KA-Statistik (Konsiliarärztlicher Dienst) 123
4.22 Satzart K07 - KA-Statistik (Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe) 125
4.23 Satzart K08 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (bettenführende Hauptkostenstellen) 128
4.24 Satzart K09 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (nicht-bettenführende Hauptkostenstellen) 135
4.25 Satzart K10 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Neben- und Hilfskostenstellen) 143
4.26 Satzart K11 – Sammel-Kostennachweis Summenblatt 147
4.27 Satzart K12 – Sammel-Kostennachweis Detailblätter 152
4.28 Satzart K13 – Kalkulatorischer Anhang – Kostenminderungen 154
4.29 Satzart K14 – Kalkulatorischer Anhang – Kalkulatorischer Anlagenspiegel 155
4.30 Satzart K15 – Kalkulatorischer Anhang – Allgemeine Kostenbereiche 158
4.31 Satzart K16 – Kalkulatorischer Anhang – Ausgewählte Kosten 159
4.32 Satzart G01 – Großgerätebasisdaten 160
4.33 Satzart G02 – Großgeräteleistungsdaten 165
4.34 Satzart B01 – Basisinformation 168
4.35 Satzart B02 – Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS) 170
4.36 Satzart B03 – Eigenmittelverteilungsrechnung (EVR) 172
4.37 Satzart B04 – Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA) 174
4.38 Satzart B05 – Erlösstruktur (ES) 177
4.39 Satzart B06 – Zuschussstruktur (ZS) 179
4.40 Satzart A01 – Antiinfektiva-Abrufe 180
4.41 Satzart S11 – Prüf- und Summensatz 183

Präambel

Die Kapitel 1–3 des vorliegenden Anhangs 1 (Aufbau und Inhalt der Datenmeldungen) zum Handbuch zur Dokumentation enthalten quasi idente Informationen zu den Anlagen 1 und 2 der Verordnung über die Dokumentation und Meldung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich (Gesundheitsdokumentationsverordnung – GD-VO), welche die Dokumentation und Übermittlung von Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich gemäß den Hauptstücken A bis C des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der jeweils geltenden Fassung, regelt.

Sie ist auf folgende Datenübermittlungen anzuwenden:

1. Im extramuralen ambulanten Bereich zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (im folgenden Dachverband) und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium,
2. im intramuralen ambulanten Bereich
   a) zwischen den Trägern landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, den Landesgesundheitsfonds und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie
   b) zwischen den Trägern nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium,
3. im stationären Bereich
   a) zwischen den Trägern landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten, den Landesgesundheitsfonds, den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie
   b) zwischen den Trägern nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierter Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie
4. zwischen der beim Dachverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium.

Sollte dieser Anhang unklare oder missverständliche Formulierungen enthalten, die inhaltlich vom Text der GD-VO abweichen, so gilt im Zweifelsfall der Text der Verordnung.

1 IT-spezifische Erläuterungen

1.1 Datenübermittlung

Details über die Verschlüsselung und die Wege der Datenübermittlungen sind der GD-VO in der geltenden Fassung zu entnehmen. Bei der Datenübermittlung sind alle Datensätze, die in den einzelnen Satzarten die jeweilige Meldeperiode betreffen, zusammenzufassen und gesammelt zu übermitteln.

1.2 Spezielle Regelungen für den stationären und spitals-ambulanten Bereich (exkl. Pseudonyme)

Wahlweise können alle Datensätze entweder in einer einzelnen Datei oder – getrennt nach Satzarten – in mehreren Dateien zusammengefasst werden. Für die Datei(en) gilt folgende Namenskonvention:

Stelle	Länge	Typ	Beschreibung
1	4	alphanumerisch	Krankenanstalten-Nr. „Kxxx“ (ggf. Krankenanstaltenträger-Nr. „Txxx“)
5	4	alphanumerisch	Periode: T001–T365 (bzw. T366): Tag 1 bis 365 (366) oder M001–M012: Monat Jänner bis Dezember oder Q001–Q004: 1. bis 4.Quartal oder H001–H002: 1./2. Halbjahr oder J001: Gesamtjahr
9	3	alphanumerisch	ggf. Satzart (z.B. „X01“)
9 bzw. 12	1	.	Punkt als Trennzeichen
10 bzw. 13	3	alphanumerisch	Standard-Extension: z.B. „s24“ (für 2024), „s25“ (für 2025) etc.

Jede Datei kann bei Bedarf auch ZIP-komprimiert übermittelt werden, wobei die beschriebenen Namenskonventionen auch für die Benennung der in der ZIP-Datei enthaltenen Datei(en) anzuwenden sind.
Innerhalb einer Datei sind die einzelnen Satzarten folgendermaßen sortiert zu übermitteln:

1. Satzart K01 – Kostenstellenplan
2. Satzarten X01–X07, I11–I12 (Blockung nach stationärem Aufenthalt/ambulantem Besuch oder Satzart)

3. Satzarten L01–L04
4. Satzarten K02–K16, G01–G02 (nur bei Jahresmeldung zu melden)
5. Satzarten B01–B06
6. Satzart A01
7. Satzart S11

Hinweis: Umfassen Datenmeldungen eine Satzart K01 (Kostenstellenplan), dann ist darauf zu achten, dass der Kostenstellenplan auch alle relevanten Einträge für gegebenenfalls bereits erfolgte Datenmeldungen desselben Berichtszeitraums umfasst. Dies ist besonders zu berücksichtigen, wenn Datenmeldungen, beispielsweise des stationären und ambulanten Bereichs, zu unterschiedlichen Berichtsterminen und/oder in unterschiedlichen Dateien übermittelt werden.

1.3 Spezielle Regelungen für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für die Pseudonyme des stationären und spitalsambulanten Bereichs

Die Daten werden unter Verwendung gängiger Verschlüsselungsmethoden und in mehrfach gepacktem Format übermittelt. Die Paketierung der Daten erfolgt dabei in mehreren Schichten, wobei in der obersten Schicht eines Pakets eine Steuerdatei im XML-Format („ddxx.paketinfo.xml“ – xx = Trägercode der anliefernden Stelle) enthalten ist, die den Dateninhalt beschreibt.
Innerhalb des Pakets befindet sich dann je Satzart und – für den extramuralen ambulanten Bereich – Träger der Sozialversicherung ein eigenes ZIP-Archiv, das die eigentliche(n) Satzarten-Datei(en) enthält. Für eine Satzarten-Datei gilt dabei die Namenskonvention „{Trägercode}{Jahr}{Quartal}{Bezeichnung der Satzart}_{LFNDNR}.txt“.
Bei Pseudonym-Satzarten enthält das ZIP-Archiv zusätzlich eine KEY-Datei.

1.4 Dateiformat

Jede Datei ist im UTF8-Format zu kodieren. In der Datei ist für jeden Datensatz eine neue Zeile zu beginnen, Spaltenüberschriften sind generell nicht zu übermitteln. Alle Datenfelder sind zeichensepariert zu übermitteln, wobei als Trennzeichen dafür in allen Satzarten ein Pipe-Symbol („|“) zu verwenden ist. Innerhalb numerischer Datenfelder sind keine führenden Nullen und innerhalb alphanumerischer Datenfelder keine führenden

oder abschließenden Leerzeichen zu übermitteln. Die jeweils angeführte Anzahl der Zeichen ist als maximal erlaubte Anzahl an Zeichen in diesem Feld zu verstehen.

2 Hinweise zur Datenmeldung zu stationären Aufenthalten/ ambulanten Besuchen

2.1 Satzarten-(Verarbeitungs-)Reihenfolge

Generell gilt, dass bei stationären Aufenthalten/ambulanten Besuchen die Reihenfolge durch die Satzart-Ziffer vorgegeben ist. Das heißt, dass Einträge der Satzart X02 erst nach einem Eintrag für die Satzart X01 erfolgen dürfen (analog für alle weiteren Satzarten). Für die Satzart S11 (Prüf- und Summensatz) existiert nur eine einzige Zeile am Ende der Datei. Die Blockung nach stationären Aufenthalten/ambulanten Besuchen ist erlaubt. Das heißt, dass sämtliche Datensätze (aufsteigend nach Satzart) in Folge eingegeben werden dürfen. Der nächste stationäre Aufenthalt/ambulante Besuch beginnt wieder mit Satzart X01. Die Blockung nach Satzarten (aufsteigend nach Satzart) ist erlaubt. Das heißt, dass zuerst sämtliche Datensätze der Satzart X01 (für alle stationären Aufenthalte/ambulanten Besuche) und anschließend alle Datensätze der Satzart X02 (für alle durch Satzart X01 bereits bekannten stationären Aufenthalte/ambulanten Besuche) eingegeben werden dürfen (analog für alle weiteren Satzarten).

2.2 Ambulante Besuche mit Leistungen am Folgetag

Ambulante Besuche (Satzart X01), bei denen ein Kontakt auf einer Hauptkostenstelle bzw. einem Fachgebiet (Satzart X02) vor Mitternacht beginnt, dazugehörige Leistungen aber erst nach Mitternacht erbracht werden, sind sowohl in der Satzart X01 als auch in der Satzart X02 dem Kalendertag vor Mitternacht zuzuordnen. Bei den dazugehörigen Leistungen (Satzart X04) ist jedoch der Kalendertag nach Mitternacht im Datenfeld „Medizinische Leistung – Datum der Erbringung“ anzugeben.

2.3 Funktionscodes

Bei allen mit einem Funktionscode zu befüllenden Datenfeldern ist, sofern nichts anderes festgelegt ist, grundsätzlich der fachliche Funktionscode zu melden.

2.4 Intensivdokumentation

2.4.1 Erfassungszeitpunkte

Erfassungszeitpunkt	Satzarten
Aufnahme	Satzart X02 – Patientenadministration (Aufnahmedaten)
Tag 0 (=erste Stunde)	Satzart I11 – SAPS3-Daten
Täglich (pro Pflegetag)	Satzart I12 – TISS-A-Daten
Entlassung	Satzart X02 – Patientenadministration (Entlassungsdaten)

2.4.2 Dateneingabe

Im Rahmen der Intensivdokumentation gilt generell für alle Datenfelder, dass ein nicht befülltes Datenfeld "nicht erhoben" bzw. "nicht pathologisch" bedeutet. Bei Dezimalzahlen ist das Dezimaltrennzeichen in Abhängigkeit vom jeweiligen Datenformat explizit anzugeben, wobei ausschließlich das Komma gültig ist (z.B. 6,78).

3 Datensätze – Übersicht

Die Datenmeldungen gliedern sich in folgende Satzarten:

Satzart X01	Basisdaten zum stationären Aufenthalt/ambulanten Besuch
Satzart X02	Daten nach Hauptkostenstellen/Fachgebieten
Satzart X03	Diagnosen
Satzart X04	Medizinische Leistungen
Satzart X05	Scoringdaten
Satzart X06	Akzeptierte Errors/Warnings
Satzart X07	Kommentare
Satzart I11	SAPS3-Daten
Satzart I12	TISS-A-Daten
Satzart L01	Spezielle Leistungsbereiche
Satzart L02	Abrechnungsrelevante Kostenträger
Satzart L03	Exklusionen medizinischer Leistungen
Satzart L04	Exklusionen tagesklinischer medizinischer Leistungen
Satzart E01	Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen
Satzart P01	Pseudonyme Patienten/Patientinnen
Satzart K01	Kostenstellenplan
Satzart K02	KA-Stammdaten
Satzart K03	KA-Statistik (Ressourcen und Inanspruchnahme)
Satzart K04	KA-Statistik (Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis)
Satzart K05	KA-Statistik (Personal des ärztlichen Dienstes)
Satzart K06	KA-Statistik (Konsiliarärztlicher Dienst)
Satzart K07	KA-Statistik (Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe)
Satzart K08	Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Bettenführende Hauptkostenstelle)
Satzart K09	Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (nicht-bettenführende Hauptkostenstelle)
Satzart K10	Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Neben- und Hilfskostenstellen)
Satzart K11	Sammel-Kostennachweis Summenblatt
Satzart K12	Sammel-Kostennachweis Detailblätter
Satzart K13	Kalkulatorischer Anhang – Kostenminderungen
Satzart K14	Kalkulatorischer Anhang – Kalkulatorischer Anlagenspiegel
Satzart K15	Kalkulatorischer Anhang – Allgemeine Kostenbereiche
Satzart K16	Kalkulatorischer Anhang – Ausgewählte Kosten
Satzart G01	Großgerätebasisdaten
Satzart G02	Großgeräteleistungsdaten

Satzart B01	Basisinformation
Satzart B02	Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS)
Satzart B03	Eigenmittelverteilungsrechnung (EVR)
Satzart B04	Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)
Satzart B05	Erlösstruktur (ES)
Satzart B06	Zuschussstruktur (ZS)
Satzart A01	Antiinfektiva-Abrufe
Satzart S11	Prüf- und Summensatz

Die einzelnen Satzarten enthalten die folgenden Datenfelder. Schlüsselfelder, also Datenfelder, die in ihrer Kombination einen Datensatz eindeutig identifizieren, sind dabei graublau hinterlegt dargestellt. Alle Satzarten bzw. Datenfelder sind verpflichtend zu befüllen, sofern über Fußnoten keine anderen Festlegungen getroffen werden.

3.1 Satzart X01 – Basisdaten zum stationären Aufenthalt/ ambulanten Besuch

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID	20	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	1)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	1)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Aufnahme-/Kontaktuhrzeit	4	alphanumerisch	2)
Behandlungsart	1	alphanumerisch	
Geburtsdatum	8	alphanumerisch	1)
Altersgruppe bei Entlassung/Kontakt	2	numerisch	
Geschlecht	1	alphanumerisch	
Staatsbürgerschaft	2	alphanumerisch	
Wohnsitz – Staat	2	alphanumerisch	
Wohnsitz – Postleitzahl	4	numerisch	3)
Wohnsitz – Gemeindecode	5	numerisch	3)
Aufnahme-/Zugangsart 1	1	alphanumerisch	4)
Aufnahme-/Zugangsart 2	1	alphanumerisch	4)
Transportart	1	alphanumerisch	5)
Zugewiesen von – Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	6)
Zugewiesen an – Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	6)

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Entlassungs-/Abgangsart	1	alphanumerisch	7)
Entlassungsdatum	8	alphanumerisch	8)
Entlassungsuhrzeit	4	alphanumerisch	8)
Leistungszuständiger Kostenträger – Code	2	alphanumerisch	9)
Fondsrelevanz	1	alphanumerisch	10)
Plausibilitätskennzeichen	1	numerisch	
Abrechnender Kostenträger – Code	2	alphanumerisch	11)
Abrechnungsquartal der Sozialversicherung	5	alphanumerisch	11)

1) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen dem Dachverband und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Die Datenfelder „Aufnahmezahl“ und „Geburtsdatum“ sind ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ bzw. „Geburtsdatum“ nie gleichzeitig befüllt sein.
2) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld ab dem Zeitpunkt verpflichtend zu befüllen, ab dem den Sozialversicherungsträgern entsprechende Informationen vorliegen.
3) Diese Datenfelder sind bei Patienten/Patientinnen mit österreichischem Wohnsitz verpflichtend zu befüllen. Bei Patienten/Patientinnen mit ausländischem Wohnsitz sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.
4) Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich sind diese Datenfelder zu befüllen, sofern diese Informationen systematisch erfasst werden.
5) Dieses Datenfeld ist verpflichtend zu befüllen, sofern diese Informationen systematisch erfasst werden.
6) Für den stationären Bereich sind diese Datenfelder bei transferierten Patienten/Patientinnen zu befüllen. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.
7) Für den stationären Bereich ist dieses Datenfeld für am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen mit dem Kennzeichen „V“ zu befüllen. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich sind diese Datenfelder zu befüllen, sofern diese Informationen systematisch erfasst werden.
8) Für den stationären Bereich sind diese Datenfelder zu befüllen, sofern es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.
9) Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, sofern es sich um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen im stationären Bereich handelt.
10) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.
11) Diese Datenfelder sind ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen dem Dachverband und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen.

3.2 Satzart X02 – Daten nach Hauptkostenstellen/Fachgebieten

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID	20	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	1)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	1)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Hauptkostenstelle/Fachgebiet – Positionsnummer	3	alphanumerisch	
Hauptkostenstelle – Funktionscode/Fachgebiet	8	numerisch	
Hauptkostenstelle/Fachgebiet – Zugangsdatum/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Hauptkostenstelle/Fachgebiet – Zugangsuhrzeit/Kontaktuhrzeit	4	alphanumerisch	2)
Physische Anwesenheit	1	alphanumerisch	3)
Hauptkostenstelle – Abgangsdatum	8	alphanumerisch	4)
Hauptkostenstelle – Abgangsuhrzeit	4	alphanumerisch	4)
Hauptkostenstelle – Abgangsart	1	numerisch	4)
Hauptkostenstelle – Fachlicher Funktionscode	8	numerisch	5)
Hauptkostenstelle – Pflegerischer Funktionscode	8	numerisch	5)
Neugeborenes	1	alphanumerisch	6)
Altersgruppe bei Zugang/Kontakt	2	numerisch	
Aufnahmezahl – funktionscodebezogen	12	alphanumerisch	7)

1) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen dem Dachverband und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.
2) Für den stationären Bereich sind diese Datenfelder nur für Intensiveinheiten auszufüllen, für die eine Intensivdokumentation (TISS-A/ SAPS3) übermittelt wird. Bei Datensätzen für am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen sind diese Datenfelder nicht zu befüllen. Für den extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld ab dem Zeitpunkt verpflichtend zu befüllen, ab dem den Sozialversicherungsträgern entsprechende Informationen vorliegen.
3) Für den stationären Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.
4) Für den stationären Bereich sind diese Datenfelder nur für Intensiveinheiten auszufüllen, für die eine Intensivdokumentation (TISS-A/ SAPS3) übermittelt wird. Bei Datensätzen für am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen sind diese Datenfelder nicht zu befüllen. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.

5) Für den stationären Bereich sind diese Datenfelder zu befüllen, sofern dies auf Ebene der Landesgesundheitsfonds festgelegt wird. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.
6) Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.
7) Für den spitalsambulanten Bereich ist dieses Datenfeld ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds zu befüllen. Für den stationären und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.

3.3 Satzart X03 – Diagnosen[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID	20	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Diagnose – Code	7	alphanumerisch	
Diagnose – Typ	1	alphanumerisch	
Diagnose – Art	1	alphanumerisch	3)
Diagnose – im stationären Aufenthalt erworben	1	alphanumerisch	4)
Aufnahmezahl – funktionscodebezogen	12	alphanumerisch	5)

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt.
2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen dem Dachverband und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.
3) Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld zu befüllen, sofern dies im Rahmen der jährlich zu wartenden Abrechnungsmodelle oder von Modellprojekten der Bundesgesundheitsagentur vorgesehen ist. Für den stationären Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.
4) Für den stationären Bereich ist dieses Datenfeld für im Rahmen der jährlichen Wartung ausgewählte Diagnosen zu befüllen. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.
5) Für den spitalsambulanten Bereich ist dieses Datenfeld ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds zu befüllen. Für den stationären und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.

3.4 Satzart X04 – Medizinische Leistungen[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID	20	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Medizinische Leistung – Code	10	alphanumerisch	
Medizinische Leistung – Seitenlokalisation	1	alphanumerisch	3)
Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz	1	alphanumerisch	3)
Medizinische Leistung – Anzahl	7	numerisch	4)
Medizinische Leistung – Datum der Erbringung	8	alphanumerisch	
Medizinische Leistung – Uhrzeit der Erbringung	4	alphanumerisch	5)
Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend	8	numerisch	6)
Krankenanstaltennummer leistungserbringend	6	alphanumerisch	6)
Aufnahmezahl – funktionscodebezogen	12	alphanumerisch	7)

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt.

2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium, zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen dem Dachverband und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.

3) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.

4) Für den spitalsambulanten und stationären Bereich sind hier ausschließlich ganze Zahlen im Zahlenformat 9999 anzugeben. Für den extramuralen ambulanten Bereich ist das Zahlenformat 9999,99 zu verwenden.

5) Für den stationären, spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld verpflichtend zu befüllen, sofern diese Informationen systematisch erfasst werden.

6) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist das Datenfeld „Krankenanstaltennummer leistungserbringend“ nicht zu befüllen. Bei extern erbrachten Leistungen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist das Datenfeld „Krankenanstaltennummer leistungserbringend“ anstelle des Felds „Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend“ zu befüllen.

7) Für den spitalsambulanten Bereich ist dieses Datenfeld ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds zu befüllen. Für den stationären und extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.

3.5 Satzart X05 – Scoringdaten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Abrechnung – Gruppe	8	alphanumerisch	
Abrechnung – Knoten	3	alphanumerisch	
Leistungskomponente/Leistungspunkte	8	numerisch	
Tageskomponente/Kontaktpunkte	8	numerisch	
Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Leistungskomponente	8	numerisch	3)
Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Tageskomponente	8	numerisch	3)
Zusatzpunkte Belagsdauerausreißer nach oben	8	numerisch	3)
Zusatzpunkte Intensiv	8	numerisch	3)
Zusatzpunkte Mehrfachleistungen	8	numerisch	
Punkte spezieller Bereiche (tageweise)	8	numerisch	3)
Punkte total	8	numerisch	

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt. Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.

3) Für den spitalsambulanten Bereich sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.

3.6 Satzart X06 – Akzeptierte Errors/Warnings[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Error/Warning – Wert	20	alphanumerisch	
Error/Warning – Code	4	alphanumerisch	
Error/Warning – Kommentar	200	alphanumerisch	

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt. Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.

3.7 Satzart X07 – Kommentare[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Kommentar 1	200	alphanumerisch	
Kommentar 2	200	alphanumerisch	
Kommentar 3	200	alphanumerisch	
Kommentar 4	200	alphanumerisch	
Kommentar 5	200	alphanumerisch	
Kommentar 6	200	alphanumerisch	

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt. Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.

3.8 Satzart I11 – SAPS3-Daten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Bettenführende Hauptkostenstelle – Positionsnummer	3	alphanumerisch	
Erhebungsdatum	8	alphanumerisch	
Akute Infektion bei Aufnahme	2	numerisch	
Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Basispflege und Observanz	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Gastrointestinal	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Hämatologisch	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Kardiovaskulär	2	numerisch	
Aufnahmegrund: Leber	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Metabolisch	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Neurologisch	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Renal	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Respiratorisch	1	numerisch	
Aufnahmegrund: Schweres Trauma	1	numerisch	
Aufnahmetyp	1	numerisch	
Blutbild: Leukozyten (Minimum)	5	numerisch	
Blutbild: pH-Wert	4	numerisch	
Blutbild: Thrombozyten (Minimum)	4	numerisch	
Chirurgie – Eingriff	2	numerisch	
Chirurgischer Status	1	numerisch	
Glasgow Coma Scale: motorische Reaktion	1	numerisch	
Glasgow Coma Scale: verbale Reaktion	1	numerisch	

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Glasgow Coma Scale: visuelle Reaktion	1	numerisch	
Herzfrequenz (Maximum)	3	numerisch	
Koexistierende Erkrankungen	21	numerisch	
Körpertemperatur (Maximum)	4	numerisch	
Mechanische Beatmung	1	numerisch	
Sauerstoff-Partialdruck arteriell (PaO_2)	5	numerisch	
Sauerstoffkonzentration inspiratorisch (FiO_2)	3	numerisch	
Serum: Bilirubin (Maximum)	5	numerisch	
Serum: Kreatinin (Maximum)	4	numerisch	
Systolischer Blutdruck (Minimum)	3	numerisch	
Therapeutische Maßnahmen (vor IBS)	3	numerisch	
Zutransferierung	1	numerisch	

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.

3.9 Satzart I12 – TISS-A-Daten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Aufnahmezahl	12	alphanumerisch	2)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	2)
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Bettenführende Hauptkostenstelle – Positionsnummer	3	alphanumerisch	
Erhebungsdatum	8	alphanumerisch	
Standard-Monitoring	1	numerisch	
Labor	1	numerisch	
Medikamente	1	numerisch	
Verbandswechsel	1	numerisch	

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Drainagenpflege	1	numerisch	
Atmungsmodus	1	numerisch	
Atemwegszugang	1	numerisch	
Tubus-/Stomapflege	1	numerisch	
Atemtherapie	1	numerisch	
Medikamente vasoaktiv	1	numerisch	
Flüssigkeitsersatz massiv	1	numerisch	
Katheter arteriell	1	numerisch	
Monitoring hämodynamisch	1	numerisch	
Katheter zentralvenös	1	numerisch	
Reanimation kardiopulmonal	1	numerisch	
Nierenersatztherapie	1	numerisch	
Harnbilanzierung	1	numerisch	
Diurese aktiv	1	numerisch	
Hirndruckmessung	1	numerisch	
Behandlung metabolischer Entgleisungen	1	numerisch	
Ernährung enteral	1	numerisch	
Ernährung parenteral	1	numerisch	
Interventionen	1	numerisch	
Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS	1	numerisch	
Agitation und Delirium	1	numerisch	
Assist kardial	1	numerisch	
Assist pulmonal	1	numerisch	
Hypothermie therapeutisch	1	numerisch	
Lebersupport extrakorporal	1	numerisch	
Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie	1	numerisch	

1) Für den stationären Bereich ist diese Satzart nur zu melden, wenn es sich nicht um am Jahresende verbleibende Patienten/Patientinnen handelt. Für den spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Das Datenfeld „Datensatz-ID“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium sowie zwischen den Trägern von nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zu befüllen. Das Datenfeld „Aufnahmezahl“ ist ausschließlich in den Datenübermittlungen zwischen den Trägern von landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und den Landesgesundheitsfonds bzw. den Landeshauptleuten zu befüllen. Um die Wiederherstellung eines Personenbezuges vollständig auszuschließen, dürfen die Datenfelder „Datensatz-ID“ und „Aufnahmezahl“ nie gleichzeitig befüllt sein.

3.10 Satzart L01 – Spezielle Leistungsbereiche[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Hauptkostenstelle – Funktionscode	8	numerisch	
Leistungsbereich	1	alphanumerisch	
Gruppe/Stufe	2	alphanumerisch	
Punkte	6	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.11 Satzart L02 – Abrechnungsrelevante Kostenträger[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Kostenträger – Code	2	alphanumerisch	
LGF – Relevanz	1	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.12 Satzart L03 – Exklusionen medizinischer Leistungen[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Medizinische Leistung – Code	10	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.13 Satzart L04 – Exklusionen tagesklinischer medizinischer Leistungen[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Medizinische Leistung – Code	10	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.14 Satzart E01 – Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Leistungserbringer-Stammdaten-ID	20	alphanumerisch	
Berufssitz/Dienstort – Postleitzahl	4	numerisch	
Berufssitz/Dienstort – Gemeindecode	5	numerisch	
Organisationsform	1	alphanumerisch	
Leistungserbringer-ID	64	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer/Nummer des selbständigen Ambulatoriums	6	alphanumerisch	2)

1) Für den spitalsambulanten und stationären Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Das Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn es sich bei dem/der Leistungserbringer/in um eine Krankenanstalt handelt. Dabei ist im Falle einer bettenführenden Krankenanstalt die Krankenanstaltennummer und im Falle einer nicht-bettenführenden Krankenanstalt die Nummer des selbständigen Ambulatoriums einzutragen.

3.15 Satzart P01 – Pseudonyme Patienten/Patientinnen

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	1)
Datensatz-ID	64	alphanumerisch	
Aufnahme-/Kontaktdatum	8	alphanumerisch	
Pseudonym Patient/Patientin	88	alphanumerisch	
bPK GH Patient/Patientin	300	alphanumerisch	
bPK SV Patient/Patientin	300	alphanumerisch	
bPK AS Patient/Patientin	300	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist dieses Datenfeld nicht zu befüllen.

3.16 Satzart K01 – Kostenstellenplan[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Funktionscode	8	numerisch	
Interne Kostenstellennummer	8	alphanumerisch	
Interne Kostenstellenbezeichnung	50	alphanumerisch	
Spezielle Organisationsform	1	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.17 Satzart K02 – KA-Stammdaten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Bezeichnung	150	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Straße	50	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Postleitzahl	6	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Ort	50	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Telefon	20	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Fax	20	alphanumerisch	
Krankenanstalt – Homepage	100	alphanumerisch	
Rechtsträger – Bezeichnung	150	alphanumerisch	
Rechtsträger – Straße	50	alphanumerisch	
Rechtsträger – Postleitzahl	6	alphanumerisch	
Rechtsträger – Ort	50	alphanumerisch	
Rechtsträger – Telefon	20	alphanumerisch	
Rechtsträger – Fax	20	alphanumerisch	
Rechtsträger – Homepage	100	alphanumerisch	
Ärztliche Leitung	100	alphanumerisch	
Verwaltungsleitung	100	alphanumerisch	
Pflegedienstleitung	100	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.18 Satzart K03 – KA-Statistik (Ressourcen und Inanspruchnahme)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Systemisierte Betten insgesamt	6	numerisch	
Systemisierte Betten – Sonderklasse	6	numerisch	
Tatsächlich aufgestellte Betten insgesamt	6	numerisch	
Tatsächlich aufgestellte Betten – Sonderklasse	6	numerisch	
Belagstage – Sonderklasse	6	numerisch	
Aufnahmen – Sonderklasse	6	numerisch	

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Vom Vorjahr Verbliebene – Sonderklasse	6	numerisch	
Entlassungen – Sonderklasse	6	numerisch	
Verstorbene – Sonderklasse	6	numerisch	
Aufnahmen von Begleitpersonen	6	numerisch	
Belagstage von Begleitpersonen	6	numerisch	
Ambulante Patienten/Patientinnen	6	numerisch	
Ambulante Betreuungsplätze	6	numerisch	
OP-Tische	6	numerisch	
Entbindungsplätze	6	numerisch	
Postoperative Überwachungsplätze	6	numerisch	
Dialyseplätze	6	numerisch	
Obduktionen durch Anstaltspersonal	6	numerisch	
Obduktionen durch Fremdpersonal	6	numerisch	
Entbindungen – Lebendgeborene	6	numerisch	
Entbindungen – Totgeborene	6	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.19 Satzart K04 – KA-Statistik (Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Personalgruppenindex	3	alphanumerisch	
Personal – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.20 Satzart K05 – KA-Statistik (Personal des ärztlichen Dienstes)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Fachhauptbereichsindex	2	alphanumerisch	
Fachärzte/-ärztinnen – Kopfzahl	6	numerisch	
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin – Kopfzahl	6	numerisch	
Fachärzte/-ärztinnen in Ausbildung – Kopfzahl	6	numerisch	
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung – Kopfzahl	6	numerisch	
Fachärzte/-ärztinnen – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Fachärzte/-ärztinnen in Ausbildung – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.21 Satzart K06 – KA-Statistik (Konsiliarärztlicher Dienst)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Fachrichtungsindex	2	alphanumerisch	
Konsiliarärzte/-ärztinnen – Kopfzahl	6	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.22 Satzart K07 – KA-Statistik (Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Index nicht-ärztliche Gesundheitsberufe	2	alphanumerisch	
Personal männlich – Kopfzahl	6	numerisch	
Personal weiblich – Kopfzahl	6	numerisch	
Darunter EU-Ausländer/innen insgesamt – Kopfzahl	6	numerisch	
Darunter Nicht-EU-Ausländer/innen insgesamt – Kopfzahl	6	numerisch	
Personal männlich – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Personal weiblich – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Darunter EU-Ausländer/innen insgesamt – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Darunter Nicht-EU-Ausländer/innen insgesamt – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.23 Satzart K08 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Bettenführende Hauptkostenstelle)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Bettenführende Hauptkostenstelle – Funktionscode	8	numerisch	
Systemisierte Betten	6	numerisch	
Tatsächlich aufgestellte Betten	6	numerisch	
Nettogrundrissfläche	6	numerisch	2)
Ärzte/Ärztinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-1)	9	Numerisch	2)
Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen u.ä. – Vollzeitäquivalente (MLV 1-2)	9	numerisch	2)
Hebammen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-3)	9	numerisch	2)

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe – Vollzeitäquivalente (MLV 1-4)	9	numerisch	2)
Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/ Masseurinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-5)	9	numerisch	2)
Sanitäter, Pflegehilfe und MA – Vollzeitäquivalente (MLV 1-6)	9	numerisch	2)
Verwaltungs- und Kanzleipersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-7)	9	numerisch	2)
Betriebspersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-8)	9	numerisch	2)
Sonstiges Personal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-9)	9	numerisch	2)
Personalkosten (KOAGR01)	10	numerisch	2)
Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)	10	numerisch	2)
Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)	10	numerisch	2)
Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)	10	numerisch	2)
Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)	10	numerisch	2)
Energiekosten (KOAGR06)	10	numerisch	2)
Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)	10	numerisch	2)
Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)	10	numerisch	2)
Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR11)	10	numerisch	2)
Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR12)	10	numerisch	2)
Kosten der Verwaltung (KOAGR13)	10	numerisch	2)
Andere Sekundärkosten (KOAGR14)	10	numerisch	2)
Kostenminderungen	10	numerisch	2)
Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen	10	numerisch	2)
Unter- oder Überdeckung	10	numerisch	2)
Endkosten der Kostenstelle	10	numerisch	2)

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten sind diese Datenfelder nicht zu befüllen.

3.24 Satzart K09 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (nicht-bettenführende Hauptkostenstelle)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Nicht-bettenführende Hauptkostenstelle – Funktionscode	8	numerisch	
Ambulante Betreuungsplätze	6	numerisch	
Ambulante Patienten/Patientinnen	6	numerisch	
Frequenzen an ambulanten Patienten/Patientinnen	8	numerisch	
Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen	8	numerisch	
Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen anderer Krankenhäuser	8	numerisch	
Nettogrundrissfläche	6	numerisch	
Ärzte/Ärztinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-1)	9	numerisch	
Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen u.ä. – Vollzeitäquivalente (MLV 1-2)	9	numerisch	
Hebammen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-3)	9	numerisch	
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe – Vollzeitäquivalente (MLV 1-4)	9	numerisch	
Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/ Masseurinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-5)	9	numerisch	
Sanitäter, Pflegehilfe und MA – Vollzeitäquivalente (MLV 1-6)	9	numerisch	
Verwaltungs- und Kanzleipersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-7)	9	numerisch	
Betriebspersonal – Vollzeitäquiv. (MLV 1-8)	9	numerisch	
Sonstiges Personal – Vollzeitäquiv. (MLV 1-9)	9	numerisch	
Personalkosten (KOAGR01)	10	numerisch	
Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)	10	numerisch	
Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)	10	numerisch	
Kosten für med. Fremdleistungen (KOAGR04)	10	numerisch	

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)	10	numerisch	
Energiekosten (KOAGR06)	10	numerisch	
Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)	10	numerisch	
Kalkulat. Anlagekapitalkosten (KOAGR08)	10	numerisch	
Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR11)	10	numerisch	
Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR12)	10	numerisch	
Kosten der Verwaltung (KOAGR13)	10	numerisch	
Andere Sekundärkosten (KOAGR14)	10	numerisch	
Kostenminderungen	10	numerisch	
Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen	10	numerisch	
Unter- oder Überdeckung	10	numerisch	
Endkosten der Kostenstelle	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.25 Satzart K10 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Neben- und Hilfskostenstellen)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Neben-/Hilfskostenstelle – Funktionscode	8	numerisch	
Nettogrundrissfläche	6	numerisch	
Personal insgesamt – Vollzeitäquivalente	9	numerisch	
Personalkosten (KOAGR01)	10	numerisch	
Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)	10	numerisch	
Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)	10	numerisch	
Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)	10	numerisch	
Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)	10	numerisch	
Energiekosten (KOAGR06)	10	numerisch	
Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)	10	numerisch	
Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)	10	numerisch	
Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR11)	10	numerisch	
Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR12)	10	numerisch	
Kosten der Verwaltung (KOAGR13)	10	numerisch	
Andere Sekundärkosten (KOAGR14)	10	numerisch	
Kostenminderungen	10	numerisch	
Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen	10	numerisch	
Unter- oder Überdeckung	10	numerisch	
Endkosten der Kostenstelle	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.26 Satzart K11 – Sammel-Kostennachweis Summenblatt[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Personalkosten (KOAGR01)	10	numerisch	
Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)	10	numerisch	
Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)	10	numerisch	
Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)	10	numerisch	
Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)	10	numerisch	
Energiekosten (KOAGR06)	10	numerisch	
Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)	10	numerisch	
Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)	10	numerisch	
Summe Primärkosten	10	numerisch	
Kostenminderungen	10	numerisch	
Endkosten der Krankenanstalt	10	numerisch	
Summe der kalkulatorischen Abschreibungen	10	numerisch	
Davon kalkulatorische Abschreibungen für Anlagegüter mit Restwert 0	10	numerisch	
Davon kalkulatorische Abschreibungen von Restwerten ausgeschiedener oder stillgelegter Anlagen	10	numerisch	
Summe der kalkulatorischen Zinsen	10	numerisch	
Summe der kalkulatorischen Mieten	10	numerisch	
Endkosten der stationären Patientenversorgung	10	numerisch	2)
Endkosten der ambulanten Patientenversorgung	10	numerisch	2)
Endkosten der Nebenkostenstellen	10	numerisch	2)

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Diese Datenfelder sind nur zu befüllen, wenn im Kostennachweis einer oder mehrerer Kostenstellen (Satzarten K08 bis K10) Unter- oder Überdeckungsbeträge ausgewiesen werden.

3.27 Satzart K12 – Sammel-Kostennachweis Detailblätter[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Blattnummer	5	alphanumerisch	
MLV-Nummer	3	numerisch	
Aufwand gemäß Finanzbuchführung	10	numerisch	
Neutraler Aufwand	10	numerisch	
Kalkulatorische Kosten	10	numerisch	
Kosten	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.28 Satzart K13 – Kalkulatorischer Anhang – Kostenminderungen[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Index Kostenminderungsart	2	alphanumerisch	
Kostenminderungen	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.29 Satzart K14 – Kalkulatorischer Anhang – Kalkulatorischer Anlagenspiegel[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Anlagenindex	2	alphanumerisch	
Anschaffungs- und Herstellungskosten	10	numerisch	
Zugänge	10	numerisch	

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Abgänge	10	numerisch	
Umbuchungen	10	numerisch	
Kumulierte Abschreibungen	10	numerisch	
Buchwerte am Ende des Berichtsjahres	10	numerisch	
Buchwerte Vorjahr	10	numerisch	
Abschreibungen laufendes Berichtsjahr	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.30 Satzart K15 – Kalkulatorischer Anhang – Allgemeine Kostenbereiche[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Kostenbereichs-Kennzahlenindex	2	alphanumerisch	
Kosten	10	numerisch	
Bezugsgröße	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.31 Satzart K16 – Kalkulatorischer Anhang – Ausgewählte Kosten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Kostenindex	2	alphanumerisch	
Kosten	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.32 Satzart G01 – Großgerätebasisdaten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Funktionscode	8	numerisch	
Großgerät – Positionsnummer	4	alphanumerisch	
Großgerät – Art (Geräteindex)	3	alphanumerisch	
Großgerät – Type	100	alphanumerisch	
Hersteller	100	alphanumerisch	
Baujahr	4	numerisch	
Anschaffungskosten	10	numerisch	
Betriebszeiten	200	alphanumerisch	
Kommentar	200	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

3.33 Satzart G02 – Großgeräteleistungsdaten[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Großgerät – Positionsnummer	4	alphanumerisch	
Großgerät – Leistungsindex	3	alphanumerisch	
Ambulante Frequenzen	10	numerisch	
Stationäre Frequenzen	10	numerisch	
Durchschnittliche Dauer je Frequenz in Minuten	4	numerisch	2)

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.
2) Dieses Datenfeld ist nur bei Erhebung von Frequenzen zu befüllen.

3.34 Satzart B01 – Basisinformation[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstalten-/Trägernummer	6	alphanumerisch	
Berichtstyp	1	alphanumerisch	
Berechnungstyp	1	alphanumerisch	
Zuordnungsart	1	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.35 Satzart B02 – Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstalten-/Trägernummer	6	alphanumerisch	
Berichtstyp	1	alphanumerisch	
VKSIndex	3	alphanumerisch	
Wert Berichtsjahr	10	numerisch	
Wert Vorjahr	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.36 Satzart B03 – Eigenmittelverteilungsrechnung (EVR)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstalten-/Trägernummer	6	alphanumerisch	
Berichtstyp	1	alphanumerisch	
EVRIndex	3	alphanumerisch	
Wert Berichtsjahr	10	numerisch	
Wert Vorjahr	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.37 Satzart B04 – Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstalten-/Trägernummer	6	alphanumerisch	
Berichtstyp	1	alphanumerisch	
QVAIndex	3	alphanumerisch	
Wert Berichtsjahr	10	numerisch	
Wert Vorjahr	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.38 Satzart B05 – Erlösstruktur (ES)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstalten-/Trägernummer	6	alphanumerisch	
Berichtstyp	1	alphanumerisch	
ErlösIndex	3	alphanumerisch	
Wert Gesamt	10	numerisch	
Wert LGF	10	numerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.39 Satzart B06 – Zuschussstruktur (ZS)[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstalten-/Trägernummer	6	alphanumerisch	
Berichtstyp	1	alphanumerisch	
FinanzierungsträgerIndex	2	alphanumerisch	
ZuschussartIndex	3	alphanumerisch	
Zuschuss	10	numerisch	

2) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten ist diese Satzart nicht zu melden.

3.40 Satzart A01 – Antiinfektiva-Abrufe[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Monat	2	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Bettenführende bzw. nicht-bettenführende Hauptkostenstelle – Funktionscode	8	numerisch	2)
Bezugsland	2	alphanumerisch	
Pharmazentralnummer	10	alphanumerisch	
Handelsname	100	alphanumerisch	
Abgerufene Packungen	10	numerisch	
Menge je Packungseinheit	10	numerisch	
Packungseinheit	10	alphanumerisch	
ATC-Code	10	alphanumerisch	

1) Diese Satzart ist ab dem Berichtsjahr 2025 zu melden. Für nicht-landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten sowie für den extramuralen ambulanten Bereich ist diese Satzart nicht zu melden.

2) Informationen zu nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen sind nur zu melden, sofern diese Informationen systemisch erfasst werden.

3.41 Satzart S11 – Prüf- und Summensatz[1)]

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Satzartenkennzeichen	3	alphanumerisch	
Jahr	4	numerisch	
Krankenanstaltennummer	6	alphanumerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X01	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X02	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X03	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X04	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X05	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X06	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart X07	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart I11	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart I12	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart L01	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart L02	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart L03	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart L04	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K01	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K02	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K03	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K04	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K05	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K06	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K07	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K08	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K09	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K10	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K11	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K12	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K13	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K14	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K15	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart K16	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart G01	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart G02	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart B01	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart B02	10	numerisch	

Feld	Maximale Länge	Datenformat	Hinweis
Anzahl übermittelte Sätze Satzart B03	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart B04	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart B05	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart B06	10	numerisch	
Anzahl übermittelte Sätze Satzart A01	10	numerisch	
Anzahl der Fehlersätze	10	numerisch	
Anzahl der Warningssätze	10	numerisch	
Leistungskomponente/Leistungspunkte	10	numerisch	
Tageskomponente/Kontaktpunkte	10	numerisch	
Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Leistungskomponente	10	numerisch	
Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Tageskomponente	10	numerisch	
Zusatzpunkte Belagsdauerausreißer nach oben	10	numerisch	
Zusatzpunkte Intensiv	10	numerisch	
Zusatzpunkte Mehrfachleistungen	10	numerisch	
Punkte spezieller Bereiche (tageweise)	10	numerisch	
Summe Punkte total innerhalb LGF/PRIKRAF	10	numerisch	
Summe Punkte total außerhalb LGF/PRIKRAF	10	numerisch	
Kommentar	200	alphanumerisch	

1) Für den extramuralen ambulanten Bereich sowie von der beim Dachverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle ist diese Satzart nicht zu melden.

4 Datensätze – Detailbeschreibung

Im Folgenden sind die einzelnen Satzarten mit den dazugehörigen Datenfeldern und ihren entsprechenden Wertebereichen im Detail beschrieben.

4.1 Satzart X01 – Basisdaten zum stationären Aufenthalt/ ambulanten Besuch

4.1.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X01" zu befüllen.

4.1.2 Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld die jeweilige Krankenanstaltennummer („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ist über dieses Datenfeld die Verknüpfung zum entsprechenden Datensatz in der Satzart E01 (Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen) herzustellen.

4.1.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.1.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.1.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.1.6 Aufnahme-/Kontaktuhrzeit

Die Aufnahme-/Erstkontaktuhrzeit ist in der Form Stunde (2-stellig) und Minute (2-stellig) anzugeben. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktuhrzeit ist die Uhrzeit des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.1.7 Behandlungsart

Zulässige Ausprägungen:

S	Stationär
I	Spitalsambulant
E	Extramural ambulant

4.1.8 Geburtsdatum

Das Geburtsdatum der Patient:innen ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

> **Hinweis:** Kann das Geburtsdatum eines Patienten bzw. einer Patientin nicht exakt erhoben werden, ist aufgrund der vorliegenden Fakten ein realistisches Geburtsdatum anzunehmen.

4.1.9 Altersgruppe bei Entlassung/Kontakt

Zulässige Ausprägungen, wobei jeweils vollendete Lebensjahre ausschlaggebend sind:

0	0 Jahre
1	1 bis 4 Jahre
5	5 bis 9 Jahre
10	10 bis 14 Jahre
15	15 bis 19 Jahre
20	20 bis 24 Jahre
25	25 bis 29 Jahre

30	30 bis 34 Jahre
35	35 bis 39 Jahre
40	40 bis 44 Jahre
45	45 bis 49 Jahre
50	50 bis 54 Jahre
55	55 bis 59 Jahre
60	60 bis 64 Jahre
65	65 bis 69 Jahre
70	70 bis 74 Jahre
75	75 bis 79 Jahre
80	80 bis 84 Jahre
85	85 bis 89 Jahre
90	90 bis 94 Jahre
95	95 Jahre und älter

Im spitalsambulanten und extramuralen ambulanten Bereich ist die Altersgruppe in Bezug auf das Datenfeld „Aufnahme-/Kontaktdatum“ zu ermitteln.

4.1.10 Geschlecht

Zulässige Ausprägungen:

M	Männlich
W	Weiblich
X	Divers
I	Inter
O	Offen
K	Keine Angabe

4.1.11 Staatsbürgerschaft

Hier ist der entsprechende Ländercode nach der vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Ländersystematik einzutragen.

4.1.12 Wohnsitz – Staat

Hier ist der entsprechende Ländercode nach der vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Ländersystematik einzutragen.

4.1.13 Wohnsitz – Postleitzahl

Dieses Datenfeld ist gemäß dem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Postleitzahlenverzeichnis zu befüllen.

4.1.14 Wohnsitz – Gemeindecode

Dieses Datenfeld ist mit dem entsprechenden Gemeindecode gemäß der Gemeindeliste der Statistik Austria zu befüllen.

4.1.15 Aufnahme-/Zugangsart 1

Zulässige Ausprägungen Aufnahmeart 1 (stationär):

A	Aufnahme in den allgemein stationären Bereich inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten
G	Aufnahme eines Frühgeborenen/Neugeborenen am Tag der Geburt oder am Folgetag in den allgemein stationären Bereich inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten
K	Aufnahme eines 0-Tagesfalls
T	Transfer von einer anderen Krankenanstalt in den allgemein stationären Bereich inkl. Intensiveinheiten
W	Wiederaufnahme in den allgemein stationären Bereich inkl. Wiederaufnahme auf Intensiveinheiten
R	Aufnahme in den Bereich der Rehabilitation
P	Aufnahme in den ausschließlichen Bereich der Pflege
L	Kennzeichen der Datensätze, die den Patientenaufenthalt nach dem Zeitpunkt der Asylierung beschreiben

Hinweis: Sofern ein Früh-/Neugeborenes am Tag der Geburt oder am Folgetag stationär aufgenommen werden muss, dann ist die Aufnahmeart „G“ zu dokumentieren. Dies gilt sowohl für Zuweisungen aus anderen Krankenanstalten, aus dem extramuralen Bereich als auch aus der eigenen Krankenanstalt. Dabei ist die KA-Nummer der zuweisenden Stelle verpflichtend anzugeben: Fremd-KA („Kxxx“), eigene KA („Kxxx“), externe:r niedergelassene:r Leistungserbringer:in („E000“), z.B. nach Hausgeburt. Bei Aufnahmen von Früh-/Neugeborenen ab dem zweiten Kalendertag nach der Geburt ist nicht die Aufnahmeart „G“, sondern die jeweils zutreffende Aufnahmeart zu dokumentieren.
Eine Wiederaufnahme liegt dann vor, wenn der:die Patient:in innerhalb von sieben Tagen mit derselben Hauptdiagnose in derselben Krankenanstalt nochmals stationär in den allgemein stationären Bereich (inklusive Intensivbereich) aufgenommen wird.

Zulässige Ausprägungen Zugangsart 1 (spitalsambulant/extramural):

1	Fremdzuweisung von einem:einer Allgemeinmediziner:in
2	Fremdzuweisung von einem Facharzt/einer Fachärztin
3	Fremdzuweisung von der eigenen/einer anderen Krankenanstalt ohne bestehenden stationären Aufenthalt
4	Fremdzuweisung von einem Notarzt/einer Notärztin
5	Selbstzuweisung (ohne Einweisungsschein)
6	Wiederbestellung
9	Sonstige Zuweisung (durch Behörde, Pflegeeinrichtung, etc.)

4.1.16 Aufnahme-/Zugangsart 2

Zulässige Ausprägungen:

P	geplante stationäre Aufnahme/geplanter ambulanter Besuch (mit vorhergehender Terminvereinbarung, Richtwert: mindestens 24 Stunden)
A	akute stationäre Aufnahme/akuter ambulanter Besuch (ohne vorhergehende Terminvereinbarung)
K	stationäre Aufnahme/ambulanter Besuch aus Kapazitätsgründen zugewiesen
S	Krisenfall – akute Aufnahme/akuter ambulanter Besuch aufgrund von Epidemien/Großschadensereignissen

Hinweis: Erfolgt die Zuweisung direkt durch eine andere Krankenanstalt, so ist als Aufnahme-/Zugangsart 1 „T – Transfer von einer anderen Krankenanstalt in den allgemein stationären Bereich inkl. Intensiveinheiten“ mit Angabe der zuweisenden oder der ursprünglich zuständigen Krankenanstalt zu codieren.

4.1.17 Transportart

Zulässige Ausprägungen:

H	Notarzt-Hubschrauber
K	Krankentransport
N	Rettung mit notärztlicher Begleitung
R	Rettung ohne notärztliche Begleitung
S	Selbstanreise des Patienten/der Patientin
Z	Sonstige Transportart

4.1.18 Zugewiesen von – Krankenanstaltennummer

Bei Patient:innen mit „T – (Transfer von einer anderen Krankenanstalt in den allgemein stationären Bereich inkl. Intensiveinheiten)“ im Datenfeld „Aufnahme-/Zugangsart 1“ ist die KA-Nummer jener Krankenanstalt einzutragen, von der transferiert wurde.

Hinweis: Im Falle einer Transferierung von einer ausländischen Krankenanstalt ist die KA-Nummer "K000" einzutragen

Weiters besteht die Möglichkeit, in diesem Datenfeld die Aufnahme aus einer Pflegeeinrichtung zu dokumentieren. Dabei stehen folgende Codes zur Auswahl:

P100	Pflegeheim im BGL
P200	Pflegeheim in KTN
P300	Pflegeheim in NOE
P400	Pflegeheim in OOE
P500	Pflegeheim in SBG
P600	Pflegeheim in STMK
P700	Pflegeheim in TIR
P800	Pflegeheim in VLBG
P900	Pflegeheim in WIEN

Hinweis: Die Aufnahme aus einer Pflegeeinrichtung ist in Kombination mit sämtlichen Aufnahmearten codierbar. Ausgenommen ist jedoch die Aufnahmeart "T – Transfer von einer anderen Krankenanstalt in den allgemeinen stationären Bereich inkl. Intensiveinheiten", hier ist weiterhin die zuweisende Krankenanstalt („Kxxx“) zu codieren.

4.1.19 Zugewiesen an – Krankenanstaltennummer

Bei Patient:innen mit „T – (Transfer in eine andere Krankenanstalt)“ im Datenfeld „Entlassungs-/Abgangsart“ ist die KA-Nummer jener Krankenanstalt einzutragen, an die transferiert wird.

Hinweis: Im Falle einer Transferierung an eine ausländische Krankenanstalt ist die KA-Nummer "K000" einzutragen.

Weiters besteht die Möglichkeit, in diesem Datenfeld die Entlassung in eine Pflegeeinrichtung zu dokumentieren. Dabei stehen folgende Codes zur Auswahl:

P100	Pflegeheim im BGL
P200	Pflegeheim in KTN
P300	Pflegeheim in NOE
P400	Pflegeheim in OOE
P500	Pflegeheim in SBG
P600	Pflegeheim in STMK
P700	Pflegeheim in TIR
P800	Pflegeheim in VLBG
P900	Pflegeheim in WIEN

Hinweis: Die Entlassung in eine Pflegeeinrichtung ist in Kombination mit sämtlichen Entlassungsarten codierbar. Ausgenommen sind jedoch die Entlassungsarten "S – Sterbefall" und "T – Transfer in eine andere Krankenanstalt", unter "T" ist weiterhin die zugewiesene Krankenanstalt („Kxxx“) zu codieren.

4.1.20 Entlassungs-/Abgangsart

Zulässige Ausprägungen Entlassungsart (stationär):

E	Entlassung aus der Krankenanstalt
T	Transfer in eine andere Krankenanstalt
S	Sterbefall
A	Krankenanstalteninterne Verlegung vom Bereich der Rehabilitation und vom ausschließlichen Bereich der Pflege in den allgemeinen stationären Bereich (inkl. Intensivbereich)
R	Krankenanstalteninterne Verlegung in den Bereich der Rehabilitation
P	Krankenanstalteninterne Verlegung in den ausschließlichen Bereich der Pflege
L	Kennzeichen der Datensätze, die zum Zeitpunkt der Asylierung dokumentarisch abgeschlossen werden
V	Kennzeichen für noch nicht abgeschlossene Aufenthalte von am Jahresende verbleibenden Patient:innen
4	Entlassung gegen Revers

Hinweis: Der Kategorie „Entlassung aus der Krankenanstalt“ (Kennzeichen "E") sind dabei auch jene Patient:innen zuzuordnen, die aus disziplinären Gründen entlassen wurden oder entwichen sind.

Zulässige Ausprägungen Abgangsart (spitalsambulant/extramural):

1	Zuweisung an eine:n Allgemeinmediziner:in
2	Zuweisung an einen Facharzt/eine Fachärztin
3	Zuweisung an die eigene/eine andere Krankenanstalt zur ambulanten Weiterbetreuung
5	Zuweisung an die eigene/eine andere Krankenanstalt zur stationären Aufnahme
6	Wiederbestellung
7	Behandlungsende, keine Zuweisung
8	Sterbefall
9	Sonstige Abgangsart

4.1.21 Entlassungsdatum

Das Entlassungsdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.1.22 Entlassungsuhrzeit

Dieses Datenfeld ist für den stationären Bereich in der Form Stunde (2-stellig) und Minute (2-stellig) zu befüllen. Führende Nullen sind anzugeben.

4.1.23 Leistungszuständiger Kostenträger – Code

Hier ist der entsprechende Code des Finanzierungsträgers nach der vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Systematik einzutragen.

4.1.24 Fondsrelevanz

Hier ist anzugeben, ob der stationäre Aufenthalt/ambulante Besuch gegenüber dem Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF abzurechnen ist.
Zulässige Ausprägungen:

J	Ja (Abrechnung des stationären Aufenthalts/ambulanten Besuchs erfolgt über den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF)
K	Nein (Abrechnung des stationären Aufenthalts/ambulanten Besuchs erfolgt über den Sozialversicherungsträger)
N	Nein (Abrechnung des stationären Aufenthalts/ambulanten Besuchs erfolgt weder über den Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF noch über den Sozialversicherungs-träger)

4.1.25 Plausibilitätskennzeichen

Dieses Datenfeld enthält eine Kennzeichnung als Ergebnis der vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium vorgegebenen Plausibilitätsprüfung.

4.1.26 Abrechnender Kostenträger – Code

Hier ist der entsprechende Code des datenübermittelnden Kostenträgers nach der vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Systematik einzutragen.

4.1.27 Abrechnungsquartal der Sozialversicherung

Das Abrechnungsquartal ist in der Form Jahr (JJJJ) und Quartal (Q) zu melden.

4.2 Satzart X02 – Daten nach Hauptkostenstellen/Fachgebieten

4.2.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X02" zu befüllen.

4.2.2 Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld die jeweilige Krankenanstaltennummer („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt. Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ist über dieses Datenfeld die Verknüpfung zum entsprechenden Datensatz in der Satzart E01 (Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen) herzustellen.

4.2.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

Hinweis: Es ist auf eine Übereinstimmung der Aufnahmezahl zwischen der Satzart X02 und allenfalls gemeldeten Satzarten I11 bis I12 zu achten.

4.2.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.2.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.2.6 Hauptkostenstelle/Fachgebiet – Positionsnummer

Die Positionsnummer stellt die chronologische Abteilungsreihenfolge dar und ist durchlaufend zu nummerieren.

Hinweis: Es ist auf eine Übereinstimmung der Positionsnummer zwischen der Satzart X02 und allenfalls gemeldeten Satzarten I11 bis I12 zu achten.

4.2.7 Hauptkostenstelle – Funktionscode/Fachgebiet

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld den jeweiligen Abteilungsfunktionscode bestehend aus einem 6-stelligen Funktionscode sowie einem 2-stelligen Subcode.

Hinweis: Unterbrechungen sind anhand des Funktionscodes „100000“ zu dokumentieren.

Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ist das jeweilige Fachgebiet einzutragen. Eine Liste an zulässigen Einträgen wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.2.8 Hauptkostenstelle/Fachgebiet – Zugangsdatum/Kontaktdatum

Das Zugangsdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.2.9 Hauptkostenstelle/Fachgebiet – Zugangsuhrzeit/Kontaktuhrzeit

Die Zugangsuhrzeit ist in der Form Stunde (HH) und Minute (MM) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.2.10 Physische Anwesenheit

Zulässige Ausprägungen:

J	Ja
N	Nein

4.2.11 Hauptkostenstelle – Abgangsdatum

Das Abgangsdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.2.12 Hauptkostenstelle – Abgangsuhrzeit

Die Abgangsuhrzeit ist in der Form Stunde (HH) und Minute (MM) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.2.13 Hauptkostenstelle – Abgangsart

Zulässige Ausprägungen:

1	Lebend
2	Lebend mit Therapiereduktion
3	Gestorben
4	Gestorben mit Therapiereduktion

4.2.14 Hauptkostenstelle – Fachlicher Funktionscode

Zur Differenzierung zwischen fachlicher und pflegerischer Zuständigkeit ist in diesem Datenfeld der fachliche Funktionscode zu übermitteln. Das Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode.

4.2.15 Hauptkostenstelle – Pflegerischer Funktionscode

Zur Differenzierung zwischen fachlicher und pflegerischer Zuständigkeit ist in diesem Datenfeld der pflegerische Funktionscode zu übermitteln. Das Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode.

4.2.16 Neugeborenes

Zulässige Ausprägungen:

J	Ja (Alter zum Zugangszeitpunkt auf die Abteilung <28 Tage)
N	Nein (Alter zum Zugangszeitpunkt auf die Abteilung >=28 Tage)

4.2.17 Altersgruppe bei Zugang/Kontakt

Zulässige Ausprägungen, wobei jeweils vollendete Lebensjahre ausschlaggebend sind:

0	0 Jahre
1	1 bis 4 Jahre
5	5 bis 9 Jahre
10	10 bis 14 Jahre
15	15 bis 19 Jahre
20	20 bis 24 Jahre
25	25 bis 29 Jahre
30	30 bis 34 Jahre
35	35 bis 39 Jahre
40	40 bis 44 Jahre
45	45 bis 49 Jahre
50	50 bis 54 Jahre
55	55 bis 59 Jahre
60	60 bis 64 Jahre
65	65 bis 69 Jahre
70	70 bis 74 Jahre
75	75 bis 79 Jahre
80	80 bis 84 Jahre

85	85 bis 89 Jahre
90	90 bis 94 Jahre
95	95 Jahre und älter

4.2.18 Aufnahmezahl – funktionscodebezogen

Bei Leistungserbringer:innen im spitalsambulanten Bereich ist hier die am jeweiligen Funktionscode vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.3 Satzart X03 – Diagnosen

4.3.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X03" zu befüllen.

4.3.2 Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld die jeweilige Krankenanstaltennummer („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt. Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ist über dieses Datenfeld die Verknüpfung zum entsprechenden Datensatz in der Satzart E01 (Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen) herzustellen.

4.3.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.3.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.3.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.3.6 Diagnose – Code

Die Diagnose hat dem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Diagnosenschlüssel zu entsprechen.

4.3.7 Diagnose – Typ

Zulässige Ausprägungen:

H	Hauptdiagnose
Z	Zusatzdiagnose

4.3.8 Diagnose – Art

Zulässige Ausprägungen:

D	Aktuelle/Behandelte Diagnose
V	Verdachtsdiagnose

4.3.9 Diagnose – im stationären Aufenthalt erworben

Zulässige Ausprägungen:

J	Ja
N	Nein

4.3.10 Aufnahmezahl – funktionscodebezogen

Bei Leistungserbringer:innen im spitalsambulanten Bereich ist hier die am jeweiligen Funktionscode vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.4 Satzart X04 – Medizinische Leistungen

4.4.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X04" zu befüllen.

4.4.2 Krankenanstaltennummer/Leistungserbringer-Stammdaten-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld die jeweilige Krankenanstaltennummer („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ist über dieses Datenfeld die Verknüpfung zum entsprechenden Datensatz in der Satzart E01 (Stammdaten extramuraler Leistungserbringer/Leistungserbringerinnen) herzustellen.

4.4.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.4.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal,

Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in. Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.4.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.4.6 Medizinische Leistung – Code

Die Leistung hat dem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Leistungskatalog zu entsprechen.

4.4.7 Medizinische Leistung – Seitenlokalisation

Für medizinische Leistungen mit Leistungseinheit "je Seite" sind folgende Ausprägungen zulässig:

R	Rechts
L	Links

4.4.8 Medizinische Leistung – Abrechnungsrelevanz

Hier ist anzugeben, ob die medizinische Leistung bei der Bepunktung des ambulanten Besuchs/stationären Aufenthalts (Satzart X01) zu berücksichtigen ist.
Zulässige Ausprägungen:

J	Ja (Die Leistung ist bei der Bepunktung zu berücksichtigen.)
N	Nein (Die Leistung ist bei der Bepunktung nicht zu berücksichtigen.)
K	Nein (Die Leistung ist bei der Bepunktung nicht zu berücksichtigen, wird aber von einem Sozialversicherungsträger vergütet.)

4.4.9 Medizinische Leistung – Anzahl

In diesem Datenfeld ist einzutragen, wie oft die jeweilige Leistung im Rahmen des dazugehörigen stationären Aufenthalts, spitalsambulanten oder extramuralen Kontakts entsprechend der im vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Leistungskatalog definierten Leistungseinheit erbracht wurde.

4.4.10 Medizinische Leistung – Datum der Erbringung

Dieses Datenfeld ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu befüllen. Führende Nullen sind anzugeben.

> **Hinweis:** Bei Leistungen, die über einen Kalendertag hinausgehen, ist der Beginn der Leistungserbringung zu dokumentieren.

4.4.11 Medizinische Leistung – Uhrzeit der Erbringung

Die Erbringungsuhrzeit ist in der Form Stunde (HH) und Minute (MM) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.4.12 Funktionscode/Fachgebiet leistungserbringend

Bei Leistungserbringer:innen im intramuralen Bereich ist hier der Funktionscode der leistungserbringenden Abteilung anzugeben. Das Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode. Der Funktionscode muss im aktuellen Kostenstellenplan enthalten sein. Bei stationären Aufenthalten ist jener Funktionscode einzutragen, auf dem die jeweilige Leistung erbracht wird. Dieser ist im Regelfall ein nicht bettenführender Funktionscode (beginnend mit 16, 17 oder 18), z.B. bei Operationen.
Bei intramuralen ambulanten Kontakten sind generell nur Funktionscodes von nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen zu melden. Die in der Satzart X04 gemeldeten Funktionscodes müssen den in der Satzart X02 gemeldeten Funktionscodes entsprechen.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich ist das jeweilige Fachgebiet einzutragen. Eine Liste an zulässigen Einträgen wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.4.13 Krankenanstaltennummer leistungserbringend

Handelt es sich bei dem/der Leistungserbringer:in um eine andere Krankenanstalt, so ist hier die Krankenanstaltennummer der leistungserbringenden Krankenanstalt zu übermitteln. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.4.14 Aufnahmezahl – funktionscodebezogen

Bei Leistungserbringer:innen im spitalsambulanten Bereich ist hier die am jeweiligen Funktionscode vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.5 Satzart X05 – Scoringdaten

4.5.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X05" zu befüllen.

4.5.2 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.5.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.5.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.5.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.5.6 Abrechnung – Gruppe

Dieses Datenfeld ist mit der Codenummer der zutreffenden Abrechnungsgruppe zu befüllen.
Bei Datensätzen von stationären Krankenhausaufenthalten, die keiner leistungsorientierten Diagnosenfallgruppe zugeordnet werden, erfolgt ein Eintrag entsprechend der jeweiligen Aufnahmeart:

DIAG0PKT	bei Patient:innen, deren codierte Hauptdiagnose für einen stationären Aufenthalt alleine nicht plausibel ist
FEHLER	bei fehlerhaften Datensätzen
GERIAT	bei Patient:innen mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer Einheit für Akutgeriatrie/Remobilisation
HKLE	bei Patient:innen mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer Einheit für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen
KJP	bei Patient:innen mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer Einheit für Kinder- und Jugendpsychiatrie
LANGZEIT	bei der Aufnahmeart "L"
NEURO	bei Patient:innen mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer Einheit für Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten
PALLIAT	bei Patient:innen mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer palliativmedizinischen Einheit
PFLEGE	bei der Aufnahmeart "P"
REMOB	bei Patient:innen mit ausschließlichem Aufenthalt auf einer Einheit für Remobilisation/Nachsorge
VERBLEIB	bei am Jahresende verbleibenden Patient:innen

4.5.7 Abrechnung – Knoten

Lukriert die Patient:innen über eine reguläre Gruppe Punkte, so ist in diesem Datenfeld die entsprechende Knotenbezeichnung einzutragen.

4.5.8 Leistungskomponente/Leistungspunkte

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die Leistungskomponente bzw. sind die Leistungspunkte einzutragen.

4.5.9 Tageskomponente/Kontaktpunkte

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die Tageskomponente bzw. sind die Kontaktpunkte einzutragen.

4.5.10 Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Leistungskomponente

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die ermittelte Leistungskomponente für jene Patient:innen einzutragen, deren Belagsdauer des akut-stationären Krankenhausaufenthalts unter der im LKF-Modell in der jeweiligen LDF-Pauschale festgelegten Belagsdaueruntergrenze liegt.

4.5.11 Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Tageskomponente

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die ermittelte Tageskomponente für jene Patient:innen einzutragen, deren Belagsdauer des akut-stationären Krankenhausaufenthalts unter der im LKF-Modell in der jeweiligen LDF-Pauschale festgelegten Belagsdaueruntergrenze liegt.

4.5.12 Zusatzpunkte Belagsdauerausreißer nach oben

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die Summe der tageweise ermittelten Zusatzpunkte für jene Patient:innen einzutragen, deren Belagsdauer des akut-stationären Krankenhausaufenthaltes über der im LKF-Modell in der jeweiligen LDF-Pauschale festgelegten Belagsdauerobergrenze liegt.

4.5.13 Zusatzpunkte Intensiv

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die Summe der Zusatzpunkte für während des stationären Krankenhausaufenthalts angefallene Tage auf abrechnungsrelevanten Intensiveinheiten einzutragen.

4.5.14 Zusatzpunkte Mehrfachleistungen

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die Summe der Zusatzpunkte für zusätzliche Leistungen außerhalb des Punktepauschales der zur Abrechnung gelangenden Gruppe einzutragen.

4.5.15 Punkte spezieller Bereiche (tageweise)

In dieses Datenfeld ist – soweit zutreffend – die Summe der tageweise ermittelten Punkte für einen stationären Krankenhausaufenthalt in speziellen Leistungsbereichen (z.B. in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patient:innen, der medizinischen Geriatrie, der Akutgeriatrie/Remobilisation sowie der palliativmedizinischen Einrichtungen) einzutragen.

4.5.16 Punkte total

In dieses Datenfeld ist die Gesamtsumme der für den stationären Aufenthalt/den ambulanten Besuch ermittelten Punkte einzutragen.

4.6 Satzart X06 – Akzeptierte Errors/Warnings

4.6.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X06" zu befüllen.

4.6.2 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.6.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.6.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.6.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.6.6 Error/Warning – Wert

In dieses Datenfeld ist die Ausprägung des unplausiblen/hinweisbezogenen Wertes einzutragen.

4.6.7 Error/Warning – Code

In dieses Datenfeld ist der entsprechende Error-/Warning-/Hinweis-Code des unplausiblen/hinweisbezogenen Wertes einzutragen.

4.6.8 Error/Warning – Kommentar

In diesem Datenfeld sind die akzeptierten Unplausibilitäten/Hinweise zu begründen.

4.7 Satzart X07 – Kommentare

4.7.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "X07" zu befüllen.

4.7.2 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.7.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

4.7.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.7.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.7.6 Kommentar 1

Dieses Datenfeld ist für generelle oder spezifische Anmerkungen zum jeweiligen Krankenhausaufenthalt vorgesehen.

4.7.7 Kommentar 2

Dieses Datenfeld ist für generelle oder spezifische Anmerkungen zum jeweiligen Krankenhausaufenthalt vorgesehen.

4.7.8 Kommentar 3

Dieses Datenfeld ist für generelle oder spezifische Anmerkungen zum jeweiligen Krankenhausaufenthalt vorgesehen.

4.7.9 Kommentar 4

Dieses Datenfeld ist für generelle oder spezifische Anmerkungen zum jeweiligen Krankenhausaufenthalt vorgesehen.

4.7.10 Kommentar 5

Dieses Datenfeld ist für generelle oder spezifische Anmerkungen zum jeweiligen Krankenhausaufenthalt vorgesehen.

4.7.11 Kommentar 6

Dieses Datenfeld ist für generelle oder spezifische Anmerkungen zum jeweiligen Krankenhausaufenthalt vorgesehen.

4.8 Satzart I11 – SAPS3-Daten

4.8.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "I11" zu befüllen.

4.8.2 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.8.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

> **Hinweis:** Es ist auf eine Übereinstimmung der Aufnahmezahl zwischen der Satzart X02 und den Satzarten I11 bis I12 zu achten.

4.8.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.8.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.8.6 Bettenführende Hauptkostenstelle – Positionsnummer

Die Positionsnummer stellt die chronologische Abteilungsreihenfolge dar und ist durchlaufend zu nummerieren. Führende Nullen sind anzugeben.

> **Hinweis:** Es ist auf eine Übereinstimmung der Positionsnummer zwischen der Satzart X02 und den Satzarten I11 bis I12 zu achten.

4.8.7 Erhebungsdatum

Das Erhebungsdatum ist verpflichtend und in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.8.8 Akute Infektion bei Aufnahme

Zulässige Ausprägungen:

0	Nicht zutreffend bzw. nicht vorhanden
1	Zutreffend bzw. vorhanden

Position	**Akute Infektion bei Aufnahme**
Position 1	Nosokomiale Infektion Infektion, welche bei Aufnahme in das Spital nicht existiert und sich 48 Stunden oder später nach Aufnahme im Spital oder nach einer medizinischen/chirurgischen (diagnostischen oder therapeutischen) Intervention entwickelt

Position	Akute Infektion bei Aufnahme
Position 2	Respiratorische Infektion • Definitive Pneumonie: alle Haupt oder 2 Haupt- und 2 Neben-Kriterien plus mindestens 1 mikrobiologisches Kriterium • Mögliche Pneumonie: Haupt- und mindestens 1 oder mehrere Neben-Kriterien • Lungenabszess oder andere Infektion des unteren Respirationstraktes

Hinweis: Bei Zutreffen einer oben angeführten Infektion ist die entsprechende Position im Datenfeld auf "1" zu setzen, andernfalls ist "0" zu übermitteln. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

Pneumoniekriterien:

Haupt-Kriterien (Pneumonie):

- Fieber oder Hypothermie
- Inflammatorische Antwort: Leukozyten >15.109/L, CRP > doppelter Normalwert
- Neues Infiltrat am CP

Neben-Kriterien (Pneumonie):

- Aushusten eines purulenten Sputums
- Physikalische Zeichen der Konsolidierung der Lunge
- Änderung des Sauerstoffbedarfs welche nicht anders erklärbar ist

Mikrobiologische Kriterien:

- Positive Blut-Kultur mit einem respiratorischen Pathogen
- Sputum entsprechend den Murray and Washington Kriterien mit Wachstum eines möglichen pathogenen Keimes (gilt nur für nicht-beatmete Patient:innen)
- Positive Kultur einer Bronchial-Lavage (Quantitative Kultur >= 103 CFU/ml), Trans-tracheale Aspiration (Quantitative Kultur >= 106 CFU/ml) oder einer perkutanen Lungenaspiration (beatmete Patient:innen)
- Pneumokokken Antigen in Blut, Sputum oder Urin
- Serologische Diagnose nur akzeptierbar für die Diagnose einer Legionellen-, Mykoplasmen- oder Chlamydien-Pneumonie.

4.8.9 Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert

Hier ist anzugeben, ob außer den angeführten organbezogenen Aufnahmegründen ein anderer, nicht klassifizierter, direkter Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation vorliegt.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert/nicht erhoben
1	Aufnahmegrund: Anderer, nicht klassifiziert

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.10 Aufnahmegrund: Basispflege und Observanz

Hier ist anzugeben, ob Basispflege und Observanz direkter Grund für die Aufnahme des Patienten auf die Intensivstation sind.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Basispflege und Observanz/nicht erhoben
1	Präoperative/Präinterventionelle Optimierung: Hämodynamische, renale oder respiratorische Optimierung vor einem elektiven Eingriff für maximal 48 Stunden
2	Medizinische Überwachung: Patient:in benötigt mindestens stündliche Überwachung, der Vitalparameter
3	Postoperative/Postinterventionelle Überwachung: Patient:in benötigt mindestens stündliche Überwachung der Vitalparameter nach operativen Eingriffen oder Interventionen

Hinweis: Generell gilt, dass alle vitalen Organfunktionen funktionieren und der Support minimal notwendig ist. Der:die Patient:in ist in der Intensivstation für ein/eine

- präoperative Optimierung (gilt für maximal 48 Stunden): Auswahl 1
- reine Überwachung aus medizinischen Gründen: Auswahl 2
- Monitoring bei Drogen-Intoxikation ohne Organdysfunktionen: Auswahl 2
- Überwachung nach schweren Eingriffen: Auswahl 3
- post-chirurgische Pflege mit besonderem Aufwand: Auswahl 3
- Entwöhnung von der Beatmung nach einem chirurgischen Eingriff: Auswahl 3

4.8.11 Aufnahmegrund: Gastrointestinal

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten gastrointestinalen Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation darstellt.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Gastrointestinal/nicht erhoben
1	Blutung: Blutung im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt
2	Akutes Abdomen: Assoziiert mit einer Infektion, Perforation, Ischämie im oberen oder unteren Gastrointestinaltrakt. Exkludiert die schwere Pankreatitis.
3	Schwere Pankreatitis
4	Andere

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.12 Aufnahmegrund: Hämatologisch

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten hämatologischen Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation darstellt.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Hämatologisch/nicht erhoben
1	Haemorrhagisches Syndrom/DIC: Koagulationsstörungen wie Thrombozytopenie mit Thrombozytenzahlen <20 G/L und/oder verlängerter PTZ und/oder angeborenen oder erworbenen Störungen von Faktoren der Blutgerinnung
2	Schwere Hämolyse
3	Andere

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.13 Aufnahmegrund: Kardiovaskulär

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten kardiovaskulären Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation darstellt.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Kardiovaskulär/nicht erhoben
1	Herzstillstand: Mit kardiopulmonaler Reanimation vor der Aufnahme auf die Intensivstation. Die Reanimation muss enthalten: Herzmassage/Defibrillation
2	Schock: Hypovolämischer: durch externe Verluste oder interne Sequestration
3	Schock: Hämorrhagischer
4	Schock: Septischer
5	Schock: Kardiogener
6	Schock: Anaphylaktischer
7	Schock: Gemischt und undefiniert
8	Thoraxschmerzen: Mit EKG und/oder serologischen Veränderungen, welche mit Angina pectoris oder einem akuten Myokardinfarkt kompatibel sind
9	Hypertensive Krise
10	Rhythmusstörungen: durch Herzfrequenz oder Herzleitungsstörungen
11	Herzinsuffizienz (ohne Schock): Links-, Rechts- oder Global-Insuffizienz
12	Andere

Hinweis: Schock: Definiert durch einen systolischen Blutdruck < 90mmHg oder einem Abfall > 40mmHg von der Ausgangssituation und Vorliegen klinischer Symptome peripherer Kreislaufinsuffizienz (kalte Haut, Zyanose) und Organminderperfusion (Oligurie, Enzephalopathie, Metabolische Azidose). Zusätzlich Einsatz von Vasopressoren um den Blutdruck aufrecht zu erhalten (Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamin in jeder Dosierung, Dopamin >5 µg/kg/min).
Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.14 Aufnahmegrund: Leber

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten hepatischen Diagnosen/ Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Leber/nicht erhoben
1	Leberversagen: Leberversagen mit metabolischen Störungen oder hepatischer
2	Andere

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.15 Aufnahmegrund: Metabolisch

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten metabolischen Diagnosen/ Pathologien der unmittelbare Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation ist.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Metabolisch/nicht erhoben
1	Säure-Basen Haushalts- und Elektrolytstörungen
2	Hypo- und Hyperthermie
3	Hypo- und Hyperglykämie: Inkludiert diabetisches Koma
4	Andere

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.16 Aufnahmegrund: Neurologisch

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten neurologischen Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation ist.

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Neurologisch/nicht erhoben
1	Koma, Stupor, Konfusion, Agitation, Delirium
2	Epileptischer Anfall
3	Fokales neurologisches Defizit: Hemiplegie, Paraplegie, Tetraplegie
4	Intrakranieller Masseneffekt (Hirndruck)
5	Andere

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.17 Aufnahmegrund: Renal

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten renalen Diagnosen/Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation darstellt.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Renal/nicht erhoben
1	Prärenales ANV: Akutes Nierenversagen welches hämodynamisch, also durch Hypovolämie oder Schock ausgelöst wird
2	Obstruktives ANV: Postrenales Nierenversagen welches durch Obstruktion der intrarenalen oder der ableitenden Harnwege ausgelöst wird
3	Organisches ANV: Akutes Nierenversagen welches von intraparenchymalen Läsionen, also im Bereich der renalen Gefäße, der Glomeruli oder des Interstitiums, ausgelöst wird
4	Andere

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.18 Aufnahmegrund: Respiratorisch

Hier ist anzugeben, ob eine von den unten angeführten respiratorischen Diagnosen/ Pathologien den unmittelbaren Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation darstellt.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Respiratorisch/nicht erhoben
1	ALI und ARDS: Syndrom der akuten Inflammation und erhöhten Permeabilität, assoziiert mit klinischen, radiologischen und physiologischen Abnormalitäten: arterielle Hypoxämie, welche nicht auf eine Sauerstofftherapie reagiert (ALI: PaO_2/FiO_2 <300 mm Hg; ARDS: PaO2/FiO2 <200 mm Hg) und diffuse bilaterale radiologische Infiltrate ohne Zeichen eines Herzversagens oder einer pulmonalen Hypertension
2	Respiratorisches Versagen bei COPD: Obstruktive oder restriktive Form der COPD
3	Andere: Eingeschränkte pulmonale Funktion, weniger ausgeprägt als bei ALI oder ARDS, aufgrund pulmonaler Läsionen oder Pleuritis, welche einer Sauerstoffgabe oder einer mechanischen Beatmung bedürfen

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.19 Aufnahmegrund: Schweres Trauma

Hier ist anzugeben, ob ein vor der Aufnahme erlittenes Trauma der maßgebliche Grund für die Aufnahme auf die Intensivstation darstellt – unabhängig davon, ob der:die Patient:in deswegen einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurde.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Aufnahmegrund: Schweres Trauma/nicht erhoben
1	Aufnahmegrund: Schweres Trauma

Hinweis: Die Aufnahmegründe beschreiben den direkten Grund für die Aufnahme des Patienten bzw. der Patientin auf die Intensivstation, unabhängig von koexistierenden Erkrankungen oder therapeutischen oder diagnostischen Eingriffen. Innerhalb eines Organsystems ist nur eine Auswahl möglich.

4.8.20 Aufnahmetyp

Zulässige Ausprägungen:

1	Geplant: Patient:innen, deren Aufnahme zumindest 12 Stunden im Voraus geplant wurde
2	Ungeplant: Patient:innen, deren Aufnahme komplett ungeplant oder kürzer als 12 Stunden geplant wurde

4.8.21 Blutbild: Leukozyten (Minimum)

Den niedrigsten Wert eintragen, unabhängig von Steroiden, Inotropika oder einer Splenektomie.

Einheit:	**G/L**
Normalwert:	4,0–15,0
Plausibilitätsbereich:	1,0–40,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–999,0

Hinweis: Labormessung aus dem arteriellen oder venösen Blut.

4.8.22 Blutbild: pH-Wert

Den niedrigsten gemessenen Wert eintragen.

Einheit:	**G/L**
Normalwert:	7,36–7,44
Plausibilitätsbereich:	6,50–7,70
Gültiger Wertebereich:	6,00–8,00

Hinweis: Labormessung aus dem arteriellen Blut.

4.8.23 Blutbild: Thrombozyten (Minimum)

Den niedrigsten gemessenen Thrombozyten-Wert eintragen.

Einheit:	**G/L**
Normalwert:	100–500
Plausibilitätsbereich:	0–1000
Gültiger Wertebereich:	0-5000

Hinweis: Labormessung aus dem arteriellen oder venösen Blut.

4.8.24 Chirurgie – Eingriff

Hier ist für alle Patient:innen, die während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes einem chirurgischen Eingriff unterzogen werden, die anatomische Region des Eingriffes zu dokumentieren.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Chirurgie – Eingriff/nicht erhoben
1	Abdomen: Oberer GI Trakt: Bis zu und inklusive Jejunum
2	Abdomen: Unterer GI Trakt
3	Abdomen: Biliärtrakt: Gallenblase und/oder biliäre Chirurgie
4	Abdomen: Leber-Chirurgie: Leberteilresektion, protosystemische Shunts
5	Abdomen: Pankreas
6	Abdomen: endokrine Chirurgie
7	Extremitäten-Chirurgie
8	Gefäß: Aortenchirurgie: Dissektion, Atherom, Aneurysmen
9	Gefäß: Karotischirurgie
10	Gefäß: Große Gefäße: Chirurgie im Bereich der intrathorakalen oder intraabdominalen Gefäße
11	Gefäß: Periphere Gefäßchirurgie: Chirurgie im Bereich arterieller oder venöser Gefäße, mit oder ohne Bypass. Exkludiert intrakranielle, intrathorakale oder intraabdominale Gefäße
12	Gefäß: Andere
13	Geburtshilflicher Eingriff: Kaiserschnitt, ektopische Schwangerschaft, peri- oder postpartum Blutung, intrauteriner Fruchttod
14	Gynäkologischer Eingriff: Chirurgie des Uterus, Ovarien, Zervix uteri, oder den Genitalien
15	Herz: Klappe: Alle Klappenoperationen ohne gleichzeitiger Koronarchirurgie
16	Herz: Klappe mit CABG: Alle Klappenoperationen mit gleichzeitiger Koronarchirurgie
17	Herz: CABG: Koronar-arterielles Bypass Grafting ohne Klappenchirurgie
18	Herz: Andere: Herzchirurgie für andere Erkrankungen wie perikardialer Erguss, kongenitale Störungen, Ventrikuläres Aneurysma, Neoplasien, Vena-Cava-Clipping oder Einsatz eines Vena-Cava-Filters
19	HNO-Chirurgie
20	Kiefer-Gesichtschirurgie
21	Neurochirurgie: Zerebrovaskuläres Ereignis: Intrakranielles Hämatom oder anderes nicht-traumatisches Ereignis (z.B. Blutung oder Aneurysma)
22	Neurochirurgie: Intrakranieller Tumor
23	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
24	Neurochirurgie: Andere
25	Thorax-Chirurgie: Pneumektomie

26	Thorax-Chirurgie: Lobektomie
27	Thorax-Chirurgie: Pleurachirurgie: Jede Form der Pleurachirurgie, entweder wegen eines Tumors oder eines anderen Geschehens (Pneumothorax etc.)
28	Thorax-Chirurgie: Andere
29	Trauma: SHT: Chirurgie wegen eines subduralen, epiduralen, intrazerebralen Hämatoms und/oder Schädelfraktur
30	Trauma: Thorax
31	Trauma: Abdomen
32	Trauma: Extremitäten
33	Trauma: Polytrauma
34	Transplantation: Leber
35	Transplantation: Herz
36	Transplantation: Niere
37	Transplantation: Pankreas
38	Transplantation: Lunge
39	Transplantation: Herz/Lunge
40	Transplantation: Niere/Pankreas
41	Transplantation: Andere
42	Andere Eingriffe, nicht klassifiziert

Hinweis: Es ist nur eine Auswahl möglich. Invasive radiologische Prozeduren und definitive Schrittmacherimplantationen fallen nicht darunter.

4.8.25 Chirurgischer Status

Zulässige Ausprägungen:

1	Elektive Chirurgie: Patient:innen, welche einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden (vor der Aufnahme auf die Intensivstation) welcher länger als 24 Stunden voraus geplant wurde
2	Notfalls-Eingriff: Patient:innen, welche einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden (vor der Aufnahme auf die Intensivstation) welcher kürzer als 24 Stunden voraus geplant wurde
3	Kein chirurgischer Eingriff

Hinweis: Es ist nur eine Auswahl möglich. Invasive radiologische Prozeduren und definitive Schrittmacherimplantationen fallen nicht darunter.

4.8.26 Glasgow Coma Scale: motorische Reaktion

Motorische Antwort des:der unsedierten Patienten bzw. Patientin spontan oder auf Reizapplikation.
Zulässige Ausprägungen:

1	Keine Antwort
2	Streckung/Dezerebrationssteifigkeit auf Schmerz
3	Abnormale Beugung
4	Ungezielte Schmerzabwehr durch Beugung
5	Gezielte Schmerzabwehr
6	Befolgt verbale Aufforderung

Hinweis: Kreuzen Sie die entsprechende Reaktion an. Alle eingegebenen Werte (motorische, verbale, visuelle Reaktion) müssen einer Erhebung entstammen. Bei Mehrfacherhebung ist immer der Wert der schlechtesten Erhebung einzutragen. Der GCS ist nur an unsedierten und unrelaxierten Patient:innen zu erheben. Die Beurteilung, ob ein:e Patient:in unsediert und unrelaxiert ist, basiert auf klinischer Beobachtung. Wenn der:die Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte Wert vor der Sedierung zu dokumentieren.

4.8.27 Glasgow Coma Scale: verbale Reaktion

Verbale Antwort des unsedierten Patienten.
Zulässige Ausprägungen:

	Unintubiert	**Intubiert**
1	Keine Antwort	Generell unansprechbar
2	Unverständliche Laute (keine Wörter)	
3	Unangebrachte Phrasen	Ansprechbar, fraglich gesprächsfähig
4	Desorientiert, betreibt Konversation	
5	Orientiert, betreibt Konversation	Erscheint orientiert und gesprächsfähig

Hinweis: Kreuzen Sie die entsprechende Reaktion an. Alle eingegebenen Werte (motorische, verbale, visuelle Reaktion) müssen einer Erhebung entstammen. Bei Mehrfacherhebung ist immer der Wert der schlechtesten Erhebung einzutragen. Der GCS ist nur an unsedierten und unrelaxierten Patient:innen zu erheben. Die Beurteilung, ob ein:e Patient:in unsediert und unrelaxiert ist, basiert auf klinischer Beobachtung. Wenn der:die Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte Wert vor der Sedierung zu dokumentieren.

4.8.28 Glasgow Coma Scale: visuelle Reaktion

Augenöffnung des:der unsedierten Patienten bzw. Patientin spontan oder auf Reizapplikation.
Zulässige Ausprägungen:

1	Keine Antwort
2	Auf Schmerzreize
3	Befolgt Aufforderung
4	Spontan

Hinweis: Kreuzen Sie die entsprechende Reaktion an. Alle eingegebenen Werte (motorische, verbale, visuelle Reaktion) müssen einer Erhebung entstammen. Bei Mehrfacherhebung ist immer der Wert der schlechtesten Erhebung einzutragen. Der GCS ist nur an unsedierten und unrelaxierten Patient:innen zu erheben. Die Beurteilung, ob ein:e Patient:in unsediert und unrelaxiert ist, basiert auf klinischer Beobachtung. Wenn der:die Patient:in sediert/relaxiert ist, ist der geschätzte Wert vor der Sedierung zu dokumentieren.

4.8.29 Herzfrequenz (Maximum)

Hier ist die höchste gemessene Herzfrequenz einzutragen.

Einheit:	**Schläge/min**
Normalwert:	50–120
Plausibilitätsbereich:	40–240
Gültiger Wertebereich:	0–600

Hinweis: Im Falle einer unterschiedlichen atrialen und ventrikulären Frequenz sollte die ventrikuläre Frequenz genommen werden.

4.8.30 Koexistierende Erkrankungen

Zulässige Ausprägungen:

0	Nicht zutreffend bzw. nicht vorhanden
1	Zutreffend bzw. vorhanden

Position	Koexistierende Erkrankung
Position 1	Hämatologische Erkrankung Lymphom, akute Leukämie oder Multiples Myelom
Position 2	HIV-positiv (kein AIDS) Positive HIV-Serologie, aber keine AIDS-Kriterien nach den CDC/WHO-Definitionen; CD4-Zellen sind, sofern gemessen, > 200
Position 3	AIDS Patient:innen, welche die CDC/WHO-Definitionen für AIDS erfüllen, wie HIV-positive Patient:innen mit klinischen Komplikationen wie Pneumocystis carinii Pneumonie, Kaposi-Sarkom, Lymphom, Tuberkulose oder Toxoplasmose, oder CD4-Zellen sind, sofern gemessen, < 200
Position 4	Metastasierendes Malignom Neoplasma mit Metastasen, bestätigt durch radiologische (z.B. CT), chirurgische oder andere Methoden
Position 5	Malignom, nicht metastasierend Neoplasma ohne Metastasen, bestätigt durch radiologische (z.B. CT), chirurgische oder andere Methoden
Position 6	Leberzirrhose Dokumentiert durch Biopsie oder klinischen Symptomen portaler Hypertension, Präsenz ösophagealer oder gastrischer Varizen (bestätigt durch Endoskopie oder Chirurgie) oder der Demonstration eines retrograden Flusses in der Vena lienalis, Episoden hepatischer Enzephalopathie oder einer Anamnese von Varizenblutungen
Position 7	Herzinsuffizienz NYHA II Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche mit normaler Betätigung einhergehen
Position 8	Herzinsuffizienz NYHA III Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche bereits bei mittelschwerer Betätigung auftreten
Position 9	Herzinsuffizienz NYHA IV Müdigkeit, Dyspnoe oder Angina pectoris, welche mit leichter Betätigung einhergehen. Diese Patient:innen können nur geringe Wegstrecken zu Fuß zurücklegen oder andere Tätigkeiten alleine durchführen.
Position 10	Chronische respiratorische Insuffizienz Permanente Atemnot bei leichter Aktivität aufgrund pulmonaler Erkrankungen (chronisch restriktiver oder obstruktiver Natur). Funktionell sind diese Patient:innen unfähig, alleine Stiegen zu steigen, zu arbeiten oder den Haushalt zu verrichten. Sollte auch dokumentiert werden, wenn eines der folgenden Symptome vorliegt: chronische Hypoxie, Hyperkapnie, sekundäre Polyzythämie oder pulmonale Hypertension mit systolischem Druck > 40 mmHg) oder Respirator-Abhängigkeit.

Position	Koexistierende Erkrankung
Position 11	Chronische renale Insuffizienz Chronische renale Therapie (Hämodialyse oder Peritonealdialyse) bei irreversiblen renalen Erkrankungen oder Anamnese einer chronischen renalen Insuffizienz
Position 12	Alkoholismus Alkoholeinfuhr von mehr als 80 g pro Tag über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten vor der Aufnahme, welche klinische Symptome verursacht wie: Logorrhoe, Enzephalopathie, andere neurologische Erkrankungen, schlechter Ernährungszustand oder Leberzirrhose
Position 13	Drogensucht Drogenabhängigkeit aufgrund intravenöser Drogeneinnahme (Kokain, Opiate und Derivate) für mindestens 6 Monate vor der Aufnahme. Patient:innen im Methadonprogramm ohne andere Drogenkonsumation fallen nicht darunter.
Position 14	Immunsuppression, andere Der:die Patient:in weist eine Erkrankung auf, welche genügend fortgeschritten ist, um die Infektionsresistenz zu unterdrücken: Schwere Mangelernährung, angeborene Defektzustände des humoralen oder zellulären Systems. Exkludiert AIDS oder HIV-Infektion, metastasierende oder hämatologische Neoplasien, Chemotherapie, Radiotherapie und Steroidbehandlung.
Position 15	Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Patient:innen, welche tägliche Insulingaben (Injektionen) benötigen
Position 16	Nicht-insulinpflichtiger Diabetes mellitus Patient:innen mit diagnostiziertem Diabetes mellitus, welcher durch diätetische Maßnahmen und/oder Medikamente kontrolliert werden kann. Diese Patient:innen benötigen nicht regelmäßig Insulin.
Position 17	Steroide Behandlung Tägliche Gabe von >= 0,3mg/kg KG Prednisolon oder äquivalente Dosierungen anderer Kortikoide mindestens 6 Monate vor der Aufnahme. Topische Steroide oder Steroide per inhalationem gehören nicht dazu.
Position 18	Bestrahlung Strahlentherapie während der letzten 6 Monate vor der Aufnahme. Exkludiert Strahlentherapie für nicht-invasive Tumoren, enterale oder parenterale Radioisotop-Therapie, radioaktive Implantate, Therapie zur Verhinderung heterotopischer Knochenformationen.
Position 19	Chemotherapie Chemotherapie in den 6 Monaten vor der Aufnahme, inkludiert immunsuppressierende Therapie für Malignome, Rheumatoide Arthritis oder entzündliche Darmerkrankungen (außer reine Behandlung mit Steroiden).
Position 20	COPD Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankungen aufgrund chronischer Bronchitis und/oder Emphysem

Position	Koexistierende Erkrankung
Position 21	Arterielle Hypertension Anamnese eines systolischen Blutdrucks >= 160 mmHg und/oder eines diastolischen Blutdrucks >= 95 mmHG, behandelt oder unbehandelt

Hinweis: Bei Zutreffen einer oben angeführten koexistierenden Erkrankung ist die entsprechende Position im Datenfeld auf "1" zu setzen, andernfalls ist "0" zu übermitteln. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

4.8.31 Körpertemperatur (Maximum)

Hier ist die höchste gemessene Körpertemperatur einzutragen.

Einheit:	**° Celsius**
Normalwert:	36,0–38,5
Plausibilitätsbereich:	20,0–42,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–45,0

Hinweis: Wenn möglich, ist die gemessene periphere Temperatur mit den zentralen Temperaturen (nasopharyngeal, tympanisch, ösophageal, rektal, pulmonal-arteriell) zu vergleichen. Bei peripherer Temperaturmessung sind 0,5º C zu addieren.

4.8.32 Mechanische Beatmung

Hier ist einzutragen, ob zum Zeitpunkt der arteriellen Blutgasanalyse für die Bestimmung des PaO_2 eine mechanische Beatmung durchgeführt wurde.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine mechanische Beatmung/nicht erhoben
1	Mechanische Beatmung

4.8.33 Sauerstoff-Partialdruck arteriell (PaO_2)

Hier ist der zur FiO_2-Eingabe korrespondierende Wert einzutragen. Bei Mehrfachmessungen ist jener Wert einzutragen, welcher zusammen mit der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration den niedrigsten Oxygenierungsindex ergibt.

Einheit:	**mmHG**
Normalwert:	80,0–200,0
Plausibilitätsbereich:	40,0–300,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–900,0

Hinweis: Labormessung aus arteriellem Blut

4.8.34 Sauerstoffkonzentration inspiratorisch (FiO_2)

Hier ist jene inspiratorische Sauerstoffkonzentration einzutragen, welche zusammen mit dem eingetragenen arteriellen Sauerstoffpartialdruck (PaO_2) erhoben wurde.

Einheit:	**%**
Normalwert:	21–60
Plausibilitätsbereich:	21–100
Gültiger Wertebereich:	10–100

Hinweis: Inspiratorische Sauerstoffkonzentration im Einatmungsschenkel des Beatmungssystems

4.8.35 Serum: Bilirubin (Maximum)

Hier ist der höchste gemessene Bilirubin-Wert einzutragen. Die Eingabe dieses Wertes ist nur verpflichtend, wenn klinisch eine Gelbsucht vorliegt.

Einheit:	**mg/dL**
Normalwert:	0,2–1,2
Plausibilitätsbereich:	0,1–50,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–200,0

4.8.36 Serum: Kreatinin (Maximum)

Hier ist der höchste gemessene Kreatinin-Wert einzutragen, unabhängig vom Einsatz extrakorporaler Nierenersatzverfahren.

Einheit:	**mg/dL**
Normalwert:	0,7–2,5
Plausibilitätsbereich:	0,2–15,0
Gültiger Wertebereich:	0,0–50,0

4.8.37 Systolischer Blutdruck (Minimum)

Hier ist der niedrigste gemessene systolische Blutdruck einzutragen.

Einheit:	**mmHg**
Normalwert:	70–160
Plausibilitätsbereich:	0–200
Gültiger Wertebereich:	0–400

Hinweis: Die Messung des systolischen Blutdrucks kann mittels invasiven oder nicht invasiven Verfahren vorgenommen werden. Im Fall eines dokumentierten Herzstillstandes ist 0 einzugeben.

4.8.38 Therapeutische Maßnahmen (vor IBS)

Hier sind die folgenden therapeutischen Maßnahmen einzugeben, sofern diese direkt (innerhalb der letzten Stunden) vor der Aufnahme auf die Intensivstation an Patient:innen durchgeführt wurden. Mehrere Antworten sind möglich. Zulässige Ausprägungen:

0	Maßnahme nicht durchgeführt
1	Maßnahme durchgeführt

Position	Therapeutische Maßnahme (vor IBS)
Position 1	CPR Herzstillstand mit kardiopulmonaler Reanimation vor der Aufnahme auf die Intensivstation. Die Reanimation muss enthalten: Thoraxkompressionen, Herzmassage oder Defibrillation.
Position 2	Vasoaktive Medikamente Kontinuierlicher Einsatz von Vasopressoren, um den Blutdruck aufrechtzuerhalten (Adrenalin, Noradrenalin, Dobutamin in jeder Dosierung, Dopamin >5 µg/kgKG/min), für mindestens eine Stunde
Position 3	Mechanische Beatmung Invasive oder nicht-invasive Beatmung. Nicht inkludiert ist die alleinige Sauerstoffgabe über eine Venturi-Maske oder Nasenbrille.

Hinweis: Beschreibt den Einsatz wichtiger therapeutischer Maßnahmen vor Aufnahme auf die Intensivstation.

4.8.39 Zutransferierung

Lokalisation, von welcher der:die Patient:in aus zutransferiert wurde.
Zulässige Ausprägungen:

1	Bettenstation: Der:die Patient:in wurde von einer Normalstation entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
2	Notaufnahme: Der:die Patient:in wurde von der Notaufnahme entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
3	Andere Intensivstation: Der:die Patient:in wurde von einer anderen Intensivstation entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
4	IMCU: Der:die Patient:in wurde von einer Intermediate Care Unit entweder derselben oder einer anderen Krankenanstalt zutransferiert.
5	OP: Der:die Patient:in wurde von einem Operationssaal zutransferiert.
6	Aufwachraum: Der:die Patient:in wurde von einem Aufwachraum zutransferiert.
7	Andere: Der:die Patient:in wurde von anderen Lokalisationen aus auf die Intensivstation zutransferiert.

Hinweis: Beschreibt die Lokalisation vor der ICU. Transferierung bezeichnet hier auch die krankenanstalteninterne Verlegung.

4.9 Satzart I12 – TISS-A-Daten

4.9.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "I12" zu befüllen.

4.9.2 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.9.3 Aufnahmezahl

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich ist hier die vergebene Aufnahmezahl des behandelten Patienten/der behandelten Patientin anzugeben, die innerhalb derselben Krankenanstalt niemals für einen anderen Patienten/eine andere Patientin vergeben werden darf. Bei der Vergabe ist sicherzustellen, dass die

Aufnahmezahl mit identem Inhalt und Format auch in der Kommunikation mit der Sozialversicherung verwendet wird.

> **Hinweis:** Es ist auf eine Übereinstimmung der Aufnahmezahl zwischen der Satzart X02 und den Satzarten I11 bis I12 zu achten.

4.9.4 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.9.5 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.9.6 Bettenführende Hauptkostenstelle – Positionsnummer

Die Positionsnummer stellt die chronologische Abteilungsreihenfolge dar und ist durchlaufend zu nummerieren. Führende Nullen sind anzugeben.

> **Hinweis:** Es ist auf eine Übereinstimmung der Positionsnummer zwischen der Satzart X02 und den Satzarten I11 bis I12 zu achten.

4.9.7 Erhebungsdatum

Das Erhebungsdatum ist verpflichtend und in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.

4.9.8 Standard-Monitoring

Dieser Punkt beschreibt Standard-Überwachungs-Aktivitäten, wie die Dokumentation von Vitalparametern und die Berechnung einer Flüssigkeitsbilanz.

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Standard-Monitoring/nicht erhoben
1	Standard-Monitoring

Hinweis: Standard-Monitoring ("1") ist auszuwählen, wenn kontinuierlich Vitalparameter erhoben wurden und zumindest eine Flüssigkeitsbilanz in jeder Schicht berechnet wurde.

4.9.9 Labor

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Labor/nicht erhoben
1	Labor

Hinweis: Labor ("1") ist auszuwählen, wenn Blutabnahmen für die Erhebung von Laborbefunden jeder Art (inklusive biochemischer und mikrobiologischer Befunde) durchgeführt wurden.
Nicht inkludiert sind Blutabnahmen, welche ausschließlich für Analysen mittels bettseitiger Messgeräten verwendet werden.

4.9.10 Medikamente

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Medikamente/nicht erhoben
1	Medikamente einfach
2	Medikamente mehrfach

Hinweis: Medikamente einfach ("1") ist auszuwählen, wenn ein einziges Medikament verabreicht wurde; Medikamente mehrfach ("2") ist auszuwählen, wenn mehr als ein Medikament verabreicht wurde; es zählen einmalige oder mehrmalige intravenöse, intramuskuläre, subkutane, transkutane und/oder orale (z.B. über Magensonde) Verabreichungen von Medikamenten. Eine reine Infusion z.B. von NaCl oder Ringer-Lösung ohne Zugabe von Medikamenten etc. zählt nicht. Generell sind alle Medikamente unter allen zutreffenden Punkten einzugeben. (Beispiel: Ein:e Patient:in erhält innerhalb eines Tages Furosemid und Adrenalin: Medikamente mehrfach, Medikamente vasoaktiv einfach, aktive Diurese.)

4.9.11 Verbandswechsel

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Verbandswechsel/nicht erhoben
1	Routineverbandswechsel
2	Verbandswechsel häufig
3	Routineverbandswechsel und Verbandswechsel häufig

Hinweis: Routineverbandswechsel ("1") ist auszuwählen, wenn folgende Aktivitäten durchgeführt wurden: Pflege und Prävention von Dekubitus und täglicher Verbandswechsel.
Verbandswechsel häufig ("2") ist auszuwählen, wenn häufiger Verbandswechsel (zumindest einmal pro Schicht) und/oder extensive Wundpflege durchgeführt wurden. Verbände an Drainagen oder Katheter sind nicht hierunter zu verstehen.
Routineverbandswechsel und Verbandswechsel häufig ("3") kann alternativ ausgewählt werden, wenn Verbandswechsel häufig ("2") erfolgte.
Bei einer Umschlüsselung auf den TISS-28 ist zu berücksichtigen, dass bei Verbandswechsel häufig ("2") sowohl Routineverbandswechsel als auch Verbandswechsel häufig ausgegeben werden.

4.9.12 Drainagenpflege

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Drainagenpflege/nicht erhoben
1	Drainagenpflege

Hinweis: Drainagenpflege ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in zumindest eine Drainage (jedweder Art) hat.
Als Drainagen gelten alle Ableitungen, die nicht über vorgeformte Körperöffnungen erfolgen. Beispielsweise zählen dazu Wunddrainagen, Bülaudrainagen, Ventrikeldrainage, perkutan gesetzte Magen- oder Duodenalsonden, Aszitespunktion mit therapeutischer Ableitung, suprapubischer Harnkatheter.
Als Drainage gelten nicht: Harnkatheter, nasooral gesetzte Magen- oder Duodenalsonden, diagnostische Aszitespunktion ohne therapeutische Ableitung.

4.9.13 Atmungsmodus

Zulässige Ausprägungen:

0	Spontanatmung/nicht erhoben
1	BIPAP
2	CPAP
3	Assistiert
4	Kontrolliert
5	HF-Beatmung

Hinweis: Wählen Sie den Modus aus, welcher die höchste Invasivität bedeutet, unabhängig von der Dauer.

Beispiel: War ein: e Patient:in bis 8 Uhr früh kontrolliert beatmet und atmet dann nach Extubation spontan mit O_2-Maske, so gilt er für diesen Tag dennoch als kontrolliert beatmet.

4.9.14 Atemwegszugang

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Atemwegszugang/nicht erhoben
1	O_2-Maske oder-Brille
2	CPAP-Maske
3	CPAP-Helm
4	Tubus
5	Kanüle

Hinweis: Wählen Sie den Zugang aus, welcher die höchste Invasivität bedeutet, unabhängig von der Dauer.

Beispiel: War ein: e Patient:in bis 8 Uhr früh intubiert und erhält dann nach Extubation eine O_2-Maske, so gilt er für diesen Tag dennoch als intubiert.

4.9.15 Tubus-/Stomapflege

Pflege von künstlichen Atemwegen (Tubus, Tracheostoma).
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Tuspflege/nicht erhoben
1	Tuspflege

Hinweis: Tuspflege ("1") ist auszuwählen, wenn die Pflege eines endotrachealen Tubus oder eines Tracheostomas durchgeführt wurden.

4.9.16 Atemtherapie

Atemtherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Lungenfunktion.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Atemtherapie/nicht erhoben
1	Atemtherapie

Hinweis: Atemtherapie ("1") ist auszuwählen, wenn eine der folgenden Aktivitäten durchgeführt wurde: Physiotherapie des Thorax, Spirometrie, Inhalationstherapie, Intratracheales Absaugen.

4.9.17 Medikamente vasoaktiv

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Medikamente vasoaktiv/nicht erhoben
1	Medikamente vasoaktiv einfach
2	Medikamente vasoaktiv mehrfach

Hinweis: Medikamente vasoaktiv einfach ("1") ist auszuwählen, wenn ein einziges vasoaktives Medikament kontinuierlich intravenös verabreicht wurde; Medikation vasoaktiv mehrfach ("2") ist auszuwählen, wenn mehr als ein vasoaktives Medikament kontinuierlich intravenös verabreicht wurde;
zu den vasoaktiven Medikamenten gehören die folgenden Substanzen (gruppiert nach der Zuordnung zu den Untergruppen des ATC-Systems):

- Noradrenalin, Adrenalin, Phenylephrin, Dopamin, Dobutamin, Dopexamin (ATC: C01CA Adrenerge und Dopaminerge Mittel)
- Enoximon, Milrinon (ATC: C01CE Phosphodiesterasehemmer)
- Levosimendan (ATC: C01CX Andere Kardiostimulanzien)
- Nitroglycerin (ATC: C01DA Organische Nitrate)
- Clonidin (ATC: C02AC Imidazolin-Rezeptoragonisten)
- Urapidil (ATC: C02CA Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten)
- Nitroprussid-Natrium (ATC: C02DD Nitroferrocyanid-Derivate)
- Nifedipin, Nimodipin (ATC: C08CA Dihydropyridin-Derivate)
- Vasopressin (ATC: H01BA Vasopressin und Analoga).

Die Verabreichung von Substanzen, die in erster Linie zur Behandlung kardialer Arrhythmien eingesetzt werden, wie Diltiazem und Verapamil, ist nur unter dem TISS-Item „Medikamente“ zu codieren.
Medikamente, welche über die Magensonde, transkutan oder per os gegeben werden, zählen nicht dazu.
Dopamin in Nierendosierung (< 3µg/kg KG/min) ist nicht als vasoaktive Medikation zu verstehen. Die kontinuierliche Gabe von Betablockern ist hier nicht zu codieren.
Die Verabreichung von Medikamenten wie Dexmedetomidin (ATC: N05C Hypnotika und Sedativa). ist nur unter dem TISS-Item „Medikamente“ zu codieren.
Generell sind alle Medikamente unter allen zutreffenden Punkten einzugeben.
(Beispiel: Ein:e Patient:in erhält innerhalb eines Tages Furosemid und Adrenalin: Medikamente mehrfach, Medikamente vasoaktiv einfach, Aktive Diurese.)

4.9.18 Flüssigkeitsersatz massiv

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Flüssigkeitsersatz massiv/nicht erhoben
1	Flüssigkeitsersatz massiv

Hinweis: Flüssigkeitsersatz massiv ("1") ist auszuwählen, wenn massiver Flüssigkeitsersatz mit mehr als 3 l/m2/d, unabhängig von der Flüssigkeit, durchgeführt wurde.

4.9.19 Katheter arteriell

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Katheter arteriell/nicht erhoben
1	Katheter arteriell

Hinweis: Katheter arteriell ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in einen peripheren arteriellen Katheter erhalten hat (z.B. A. radialis, A. femoralis, A. dorsalis pedis etc.). Katheter zählen vom Tag der Anlage bis zur Entfernung täglich. Nach Koronarangiographie vorübergehend in der Art. Femoralis liegengelassene „Schleusen“, die nicht zur Druckmessung verwendet werden, sind hier nicht zu codieren.

4.9.20 Monitoring hämodynamisch

Systeme zur Messung des Herz-Zeit Volumens und/oder kardialer Drücke und daraus hergeleiteter Parameter.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Monitoring hämodynamisch/nicht erhoben
1	Pulmonaliskatheter
2	Linksatrialer Katheter
3	Lithium-Dilution
4	Pulskontur-Analyse
5	Ösophagus Doppler

Hinweis: Katheter zählen vom Tag der Anlage bis zur Entfernung täglich. Das Legen eines pulmonal-arteriellen Katheters (nicht aber eines arteriellen oder zentralvenösen Katheters) zählt auch als "Intervention".

4.9.21 Katheter zentralvenös

Zulässige Ausprägungen:

0	Kein Katheter zentralvenös/nicht erhoben
1	Katheter zentralvenös

Hinweis: Katheter zentralvenös ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in einen zentralvenösen Katheter erhalten hat (z.B. V. jugularis, V. subclavia, V. femoralis etc.), unabhängig von der anatomischen Lage der Punktionsstelle. Katheter zählen vom Tag des Legens des Zuganges bis zur Entfernung täglich.

4.9.22 Reanimation kardiopulmonal

Jede kardiopulmonale Reanimation nach Aufnahme auf der Intensivbehandlungseinheit innerhalb der letzten 24 Stunden.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Reanimation kardiopulmonal/nicht erhoben
1	Reanimation kardiopulmonal

Hinweis: Reanimation kardiopulmonal ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in nach einem Herzstillstand reanimiert wurde. Dies inkludiert sämtliche Techniken der mechanischen und pharmakologischen Reanimation, ausgenommen einem einzelnen präkordialen Faustschlag. Eine kardiopulmonale Reanimation, die vor der Aufnahme in die Intensivstation durchgeführt wurde, kann hier nicht codiert werden. Wurde der:die Patient:in durch einen implantierten Defibrillator reanimiert, ist hier nicht zu codieren.

4.9.23 Nierenersatztherapie

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Nierenersatztherapie/nicht erhoben
1	Nierenersatztherapie

Hinweis: Nierenersatztherapie ("1") ist auszuwählen, wenn eine extrakorporale Nierenersatztherapie durchgeführt wurde. Als Nierenersatztherapie zählen: Hämodialyse, Hämodiafiltration, Hämofiltration, Peritonealdialyse, Plasmapherese.

4.9.24 Harnbilanzierung

Quantitative Messung des Harnvolumens (z.B. über gelegten Harnkatheter).
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Harnbilanzierung/nicht erhoben
1	Harnbilanzierung

Hinweis: Harnbilanzierung ("1") ist auszuwählen, wenn (zumindest alle 8 Stunden) die Harnmenge gemessen wurde.

4.9.25 Diurese aktiv

Forcierte Harnausscheidung mit Diuretika
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Diurese aktiv/nicht erhoben
1	Diurese aktiv

Hinweis: Diurese aktiv ("1") ist auszuwählen, wenn die Diurese forciert wurde: z.B. mit Furosemid > 1 mg/kg KG/d, aber auch mit anderen Diuretika (Etacrinsäure 1 mg/kg KG/d, Mannitol 1,0 g/kg KG/d etc.), welche intravenös, entweder im Bolus oder kontinuierlich gegeben wurden.
Dopamin in „Nierendosierung“ (< 3µg/kg KG/min) ist nicht als aktive Diurese zu verstehen.
Generell sind alle Medikamente unter allen zutreffenden Punkten einzugeben.
Beispiel: der:die Patient:in erhält innerhalb eines Tages Furosemid und Adrenalin: „Medikamente mehrfach“, „Medikamente vasoaktiv einfach“, „Diurese aktiv“.

4.9.26 Hirndruckmessung

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Hirndruckmessung/nicht erhoben
1	Hirndruckmessung

Hinweis: Hirndruckmessung ("1") ist auszuwählen, wenn der intrakranielle Druck durch intrakranielle, epi- oder subdurale, intracerebrale oder Ventrikeldruck-messung gemessen wird.

4.9.27 Behandlung metabolischer Entgleisungen

Jede Behandlung einer komplizierten metabolischen Azidose oder Alkalose.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Behandlung metabolischer Entgleisungen/nicht erhoben
1	Behandlung metabolischer Entgleisungen

Hinweis: Behandlung metabolischer Entgleisungen ("1") ist auszuwählen, wenn die Behandlung einer komplizierten metabolischen Azidose oder Alkalose vorlag: z.B. Natrium-Bicarbonat-Pufferung. Isolierte Veränderungen der Beatmung, um eine metabolische Veränderung zu kompensieren, zählen nicht dazu. Jedenfalls müssen dazu pathologische Base-Excess-Werte und pH-Werte in der Kranken-geschichte dokumentiert sein. Die ausschließliche Behandlung der Grundkrankheit alleine (z.B. bei Diabetes mellitus die Insulingabe und Flüssigkeits- und Elektrolyt-ersatz, die Behandlung der Urämie oder reversibler Schockzustände) zählen nicht dazu.

4.9.28 Ernährung enteral

Zufuhr von Nährstoffgemischen und Zusätzen über eine Ernährungssonde.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Ernährung enteral/nicht erhoben
1	Ernährung enteral

Hinweis: Ernährung enteral ("1") ist auszuwählen, wenn eine Nahrungszufuhr über eine transnasale/-orale oder PEG-Sonde (transgastrale/jejunale Sonde) durchgeführt wurde.

4.9.29 Ernährung parenteral

Zufuhr von Nährstoffgemischen und Zusätzen über einen intravenösen Zugang.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Ernährung parenteral/nicht erhoben
1	Ernährung parenteral

Hinweis: Ernährung parenteral ("1") ist auszuwählen, wenn der:die Patient:in parenteral ernährt wird. Die parenterale Ernährung besteht in der Zufuhr von Wasser und Elektrolyten und Kohlenhydraten und Aminosäuren und Fetten sowie von Vitaminen und Spurenelementen über einen intravenösen Zugang. Die alleinige Zufuhr von Glucose/Aminosäuren zählt nicht dazu.

4.9.30 Interventionen

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Intervention einfach/nicht erhoben
1	Intervention einfach
2	Interventionen mehrfach

Hinweis: Intervention einfach ("1") ist auszuwählen, wenn innerhalb der letzten 24 Stunden eine der folgenden spezifischen Intervention zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken an der Intensivstation durchgeführt wurde: Naso- oder orotracheale Intubation, Tracheostomie, Legen eines Schrittmachers, Cardioversion, Endoskopien (Bronchoskopie, Gastroskopie, Kolonoskopie), Transösophageale Echokardiographie, Notoperation, Magenspülung, Legen einer Sengstaken-Sonde, Legen eines Pulmonaliskatheters.
Interventionen mehrfach ("2") ist auszuwählen, wenn innerhalb der letzten 24 Stunden mehrere der oben angeführten Interventionen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken an der Intensivstation durchgeführt wurden. Nicht inkludiert sind alle Routine-Maßnahmen, wie Röntgen, Echokardiographie, EKG, Verbandswechsel, Einführen von venösen oder arteriellen Kathetern.

Interventionen sind nur für den Tag der Durchführung einzutragen, nicht für Folgetage. Dabei handelt es sich um Interventionen, welche an der Intensivstation durchgeführt werden. Interventionen, welche außerhalb durchgeführt werden (z.B. die Implantation eines Schrittmachers im Schrittmacher-OP) zählen nicht dazu.
Maßnahmen wie EEG, EMG und transkranielle Sonographie sind Bestandteil der neurologischen Diagnostik und keine Interventionen im Sinne dieses Items.

4.9.31 Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS

Jede diagnostische/therapeutische Maßnahme zu der ein Transport des Patienten bzw. der Patientin an einen Ort außerhalb der Intensivstation (und wieder zurück) notwendig ist.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Diagnostik/Therapie außerhalb der IBS/nicht erhoben
1	Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS

Hinweis: Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS ("1") ist auszuwählen, wenn eine Diagnostik/Behandlung außerhalb der Intensivstation durchgeführt wurde. Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS ist erst nach Aufnahme auf die IBS zu berücksichtigen. Zuvor stattgefundene Untersuchungen oder Operationen und Therapien sind nicht zu berücksichtigen. Nach Aufnahme auf die IBS erfolgte Untersuchungen oder Therapien außerhalb der IBS sind hier zu codieren, sofern der:die Patient:in dazu besonderer Intensivüberwachung oder Intensivbehandlung bedarf, die ein aufwendigeres Procedere als auf der Normalstation verlangt (Begleitung durch Arzt oder diplomiertes Pflegepersonal). Wenn dieser besondere Aufwand nicht gegeben ist, ist dieser Punkt nicht zu codieren, gegebenenfalls ist die Indikation zur Aufnahme auf die Intensivbehandlungsstation zu überprüfen.

4.9.32 Agitation und Delirium

Kontinuierliche Behandlung und Betreuung von schwer agitierten oder deliranten Patient:innen.

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine Agitation/Delirium/nicht erhoben
1	nicht weckbar
2	sehr sediert
3	sediert
4	ruhig und kooperativ
5	agitiert
6	sehr agitiert
7	Selbst- oder Fremdgefährdung

Hinweis:

1 Minimale oder keine Reaktion auf Schmerzreize, kann nicht kommunizieren oder Anweisungen befolgen.

2 Weckbar durch stärkere physische Stimuli (Beklopfen eines Körperteils, Schmerzreiz), kann aber nicht kommunizieren oder Anweisungen befolgen. Spontane Bewegungen sind möglich.

3 Kann durch Ansprechen oder leichtes Schütteln geweckt werden, kann einfache Anweisungen befolgen, aber dämmert wieder ein.

4 Ist ruhig, leicht weckbar und befolgt Anweisungen.

5 Ist ängstlich oder unruhig, kann durch Zusprechen beruhigt werden.

6 Benötigt Schutzfixierung und muss häufig durch Zusprechen beruhigt werden, beißt auf den Tubus.

7 Ist aggressiv, zieht am Tubus, versucht Katheter zu entfernen, versucht über Bettgitter zu steigen, wirft sich im Bett herum, schlägt um sich.

4.9.33 Assist kardial

Maschinelle Systeme zur Unterstützung oder Ersatz der kardialen Pumpfunktion.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein kardialer Assist/nicht erhoben
1	Kardialer Assist

Hinweis: Kardialer Assist ("1") ist auszuwählen, wenn eines der folgenden Geräte zum Einsatz kommt: Intraaortale Ballonpumpe oder Kunstherz (RVAD, LVAD, andere).

4.9.34 Assist pulmonal

Pulmonale Unterstützung/Ersatz mittels ECMO und ECCO Geräten.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein pulmonaler Assist/nicht erhoben
1	Pulmonaler Assist

Hinweis: Pulmonaler Assist ("1") ist auszuwählen, wenn eine extrakorporale Oxygenierung und/oder extrakorporale CO_2 Elimination erfolgt.

4.9.35 Hypothermie therapeutisch

Therapeutische Hypothermie mittels medizintechnischer Verfahren.
Zulässige Ausprägungen:

0	Keine therapeutische Hypothermie/nicht erhoben
1	Therapeutische Hypothermie

Hinweis: Therapeutische Hypothermie ("1") ist auszuwählen, wenn eine therapeutische Hypothermie mittels apparativer Verfahren durchgeführt wird.

4.9.36 Lebersupport extrakorporal

Elimination toxischer Substanzen und/oder Stoffwechselprodukte mittels Albumindialyse.
Zulässige Ausprägungen:

0	Kein extrakorporaler Lebersupport/nicht erhoben
1	Extrakorporaler Lebersupport

Hinweis: Extrakorporaler Lebersupport ("1") ist auszuwählen, wenn ein extrakorporales Leberunterstützungssystem verwendet wird, bei dem entweder Zellsysteme oder Membran-und Adsorptionssysteme in verschiedenen Kombinationen eingesetzt werden.

4.9.37 Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie

Zulässige Ausprägungen:

0	Keine kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie/nicht erhoben
1	Kontinuierliche intravenöse antikonvulsive Therapie

4.10 Satzart L01 – Spezielle Leistungsbereiche

4.10.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "L01" zu befüllen.

4.10.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.10.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.10.4 Hauptkostenstelle – Funktionscode

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld den jeweiligen Abteilungsfunktionscode bestehend aus einem 6-stelligen Funktionscode sowie einem 2-stelligen Subcode.

Hinweis: Für den Leistungsbereich „M“ entfällt die Angabe eines Funktionscodes.

4.10.5 Leistungsbereich

Zulässige Ausprägungen:

I	Intensivüberwachungs-/-behandlungseinheiten (Erwachsene/Kinder)
G	Akutgeriatrie/Remobilisation
L	Palliativmedizinische Einrichtungen
N	Neurologische Akut-Nachbehandlung
J	Kinder- und Jugendpsychiatrie
P	Psychiatrie
S	Stroke Unit
A	Alkohol- und Drogenentwöhnung
M	Spezielle Leistungen
R	Remobilisation/Nachsorge
O	Psychosomatik

4.10.6 Gruppe/Stufe

Hier ist die für den aktuell definierten Leistungsbereich definierte Gruppe bzw. Stufe einzutragen.

4.10.7 Punkte

Hier sind die dem aktuell definierten Leistungsbereich und der verknüpften Stufe zugeordneten Punkte einzutragen.

4.11 Satzart L02 – Abrechnungsrelevante Kostenträger

Innerhalb der Bundesländer können die Kostenträger unterschiedliche Finanzierungs-relevanz haben. Der Landesgesundheitsfonds hat innerhalb des SCORING-Programms die Möglichkeit, einzelne Kostenträger als "nicht LKF-relevant" zu kennzeichnen.

4.11.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "L02" zu befüllen.

4.11.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.11.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.11.4 Kostenträger – Code

Hier ist der entsprechende Code des Finanzierungsträgers nach der vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Systematik einzutragen.

4.11.5 LGF – Relevanz

Zulässige Ausprägungen:

J	Ja	(Kostenträger ist LGF/PRIKRAF-relevant)
N	Nein	(Kostenträger ist nicht LGF/PRIKRAF-relevant)

4.12 Satzart L03 – Exklusionen medizinischer Leistungen

Ein Bereich der Plausibilitätsprüfung zielt auf unplausible Leistungen in einzelnen Krankenanstalten ab. Die Festlegung solcher unplausiblen Kombinationen kann im Rahmen des SCORING-Programms von den Landesgesundheitsfonds getroffen werden.

4.12.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "L03" zu befüllen.

4.12.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.12.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.12.4 Medizinische Leistung – Code

Die Leistung hat dem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Leistungskatalog zu entsprechen.

4.13 Satzart L04 – Exklusionen tagesklinischer medizinischer Leistungen

Ein Bereich der Plausibilitätsprüfung zielt auf unplausible tagesklinische Leistungen in einzelnen Krankenanstalten ab. Die Festlegung solcher unplausiblen Kombinationen kann im Rahmen des SCORING-Programms von den Landesgesundheitsfonds getroffen werden.

4.13.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "L04" zu befüllen.

4.13.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.13.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.13.4 Medizinische Leistung – Code

Die Leistung hat dem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium herausgegebenen Leistungskatalog zu entsprechen.

4.14 Satzart E01 – Stammdaten extramuraler Leistungs-erbringer/Leistungserbringerinnen

4.14.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "E01" zu befüllen.

4.14.2 Leistungserbringer-Stammdaten-ID

Dieses Datenfeld ist mit einer eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden Nummer zu befüllen.

4.14.3 Berufssitz/Dienstort – Postleitzahl

Dieses Datenfeld ist gemäß dem vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellten Postleitzahlenverzeichnis zu befüllen.

4.14.4 Berufssitz/Dienstort – Gemeindecode

Dieses Datenfeld ist mit dem entsprechenden Gemeindecode gemäß der Gemeindeliste der Statistik Austria zu befüllen.

4.14.5 Organisationsform

Zulässige Ausprägungen:

E	Einzelpraxis (keine Primärversorgungseinheit)
1	Einzelpraxis in einem Primärversorgungnetzwerk
G	Gruppenpraxis (keine Primärversorgungseinheit)
2	Gruppenpraxis als Primärversorgungszentrum
3	Gruppenpraxis in einem Primärversorgungsnetzwerk
K	Bettenführende Krankenanstalt
S	Selbstständiges Ambulatorium (keine Primärversorgungseinheit)
4	Selbstständiges Ambulatorium als Primärversorgungszentrum
5	Selbstständiges Ambulatorium in einem Primärversorgungsnetzwerk
P	Pflegeeinrichtung, Altersheim
Z	Sonstige Organisationsform (keine Primärversorgungseinheit)
6	Sonstige Organisationsform in einem Primärversorgungsnetzwerk

4.14.6 Leistungserbringer-ID

Dieses Datenfeld ist mit dem Pseudonym für den/die Leistungserbringer:in zu befüllen. Es wird mittels Hash-Ableitung des Objektidentifikators (OID) des Leistungserbringers/der Leistungserbringerin im eHealth-Verzeichnisdienst (eHVD) gebildet. Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.14.7 Krankenanstaltennummer/Nummer des selbständigen Ambulatoriums

Dieses Datenfeld ist im Falle einer bettenführenden Krankenanstalt mit der Krankenanstaltennummer („Kxxx“) und im Falle einer nicht-bettenführenden Krankenanstalt mit der Nummer des selbständigen Ambulatoriums („Axxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.15 Satzart P01 – Pseudonyme Patienten/Patientinnen

4.15.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "P01" zu befüllen.

4.15.2 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.15.3 Datensatz-ID

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich wird die Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der Aufnahmezahl gebildet.
Bei Leistungserbringer:innen im extramuralen ambulanten Bereich erfolgt die Bildung der Datensatz-ID mittels Hash-Ableitung der eindeutigen Kombination aus Jahr, Quartal, Sozialversicherungsträger-Nr. und einer aufsteigenden laufenden Nummer je Patient:in.
Für alle Hash-Ableitungen ist die kryptologische Hash-Funktion SHA-256 anzuwenden.

4.15.4 Aufnahme-/Kontaktdatum

Das Aufnahme-/Kontaktdatum ist in der Form Jahr (JJJJ), Monat (MM) und Tag (TT) zu melden. Führende Nullen sind anzugeben.
Als Kontaktdatum ist das Datum des Beginns des ambulanten Besuchs einzutragen.

4.15.5 Pseudonym Patient/Patientin

Das Pseudonym des Patienten/der Patientin ist mittels HMAC-Algorithmus aus dem bereichsspezifischen Personenkennzeichen (bPK) für den Bereich Gesundheits-dokumentation (GH-GD) zu bilden.

4.15.6 bPK GH Patient/Patientin

Dieses Datenfeld ist mit dem verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen des Patienten /der Patientin für den Bereich „Gesundheit“ zu befüllen, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem der Dachverband nicht zur Vollziehung berufen ist.

4.15.7 bPK SV Patient/Patientin

Dieses Datenfeld ist mit dem verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen des Patienten/der Patientin für den Bereich „Sozialversicherung“ zu befüllen, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminis-terin/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister nicht zur Vollziehung berufen ist.

4.15.8 bPK AS Patient/Patientin

Dieses Datenfeld ist mit dem verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen des Patienten /der Patientin für den Bereich „Amtliche Statistik“ zu befüllen, das einem Bereich zugeordnet ist, in dem die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminis-terin/der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister nicht zur Vollziehung berufen ist.

4.16 Satzart K01 – Kostenstellenplan

Im Kostenstellenplan sind alle relevanten Kostenstellen des Berichtszeitraumes vollständig einzutragen, unabhängig davon, ob einzelne Kostenstellen erst während des Berichtszeit-raumes eingerichtet oder während des Berichtszeitraumes geschlossen wurden. Für die Krankenanstalten-Kostenrechnung und Krankenanstalten-Statistik nicht mehr relevante Kostenstellen aus Vorjahren, die allenfalls im Bereich einzelner Diagnosen- und Leistungs-berichte noch aufscheinen, sind im Kostenstellenplan nicht anzuführen.

4.16.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K01" zu befüllen.

4.16.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.16.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.
Bei Krankenanstalten mit mehreren Standorten ist die entsprechende Krankenanstaltennummer inklusive Standortinformation anzugeben („Kxxx.x“).

4.16.4 Funktionscode

Bei Leistungserbringer:innen im stationären und spitalsambulanten Bereich enthält dieses Datenfeld den jeweiligen Abteilungsfunktionscode bestehend aus einem 6-stelligen Funktionscode sowie einem 2-stelligen Subcode.

> **Hinweis:** Referenzzentren gemäß ÖSG 2012 bzw. gemäß KAKuG, die nicht als eigene Kostenstellen geführt werden, oder Sonderfächer, in denen mehr als ein RFZ geführt wird, sind zusätzlich zu der Abteilung, innerhalb der sie geführt werden, im Kostenstellenplan mit einem „virtuellen“ Funktionscode (1. Stelle = 9) anzugeben. Dieser virtuelle Funktionscode ist nur im Kostenstellenplan anzugeben und spielt für die weitere Datenmeldung keine Rolle. Die Abteilung, innerhalb der sie geführt werden, ist jedenfalls mit der Organisationsform „R“ zu kennzeichnen.
>
> Der jeweils maßgebliche virtuelle FUCO (3.-6. Stelle) wird ergänzt um das Kennzeichen der Organisationsform „R“ bzw. „Z“ oder „S“ in Abhängigkeit von der Art bzw. der Versorgungsstufe des Referenzzentrums (siehe Handbuch Organisation und Datenverwaltung – Anhang 2, Kapitel 1.3.4).

4.16.5 Interne Kostenstellennummer

Das Datenfeld enthält die krankenanstalteninterne Kostenstellennummer, sofern diese nicht mit dem Funktionscode ident ist.

4.16.6 Interne Kostenstellenbezeichnung

Das Datenfeld enthält die krankenanstalteninterne Bezeichnung (den Namen) der Kostenstelle.

4.16.7 Spezielle Organisationsform

Die spezielle Organisationsform der stationären Versorgung ist im Kostenstellenplan zusätzlich zum Funktionscode mit einer entsprechenden Kennzeichnung zu versehen.

Spezielle Organisationsformen (gemäß ÖSG bzw. KAKuG)	**Kennzeichnung im Kostenstellenplan**
Abteilung	**A**
Referenzzentrum – ohne Versorgungsstufengliederung	**R**
Referenzzentrum – höchste Versorgungsstufe	**Z**
Referenzzentrum – 2. Versorgungsstufe	**S**
Spezialzentrum – ausgewählte Versorgungsbereiche	**V**
Department	**D**
Fachschwerpunkt	**F**
Dislozierte Tagesklinik	**T**
Dislozierte Wochenklinik	**W**

Spezielle Betriebsformen (gemäß ÖSG bzw. KAKuG)	**Kennzeichnung im Kostenstellenplan**
Tagesstation als Teil einer vollstationären Organisationsform (für einmalige Aufenthalte über Tag oder über Nacht)	**K**
Spezielle ambulante Bereiche (ambulante Tagesbehandlung und ambulante tagesstrukturierende Behandlung)	**H**
Fachspezifische Wochenklinik	**M**
Ohne fachlich eindeutige Zuordnung	**X**

Dokumentationsregeln zur Kennzeichnung der fachrichtungsspezifischen Organisationsform sowie Betriebsform gemäß ÖSG bzw. KAKuG sind im Handbuch Organisation und Datenverwaltung – Anhang 2, Kapitel 1.3 dargestellt.

4.17 Satzart K02 – KA-Stammdaten

In dieser Satzart sind die Stammdaten der Krankenanstalt bzw. des Rechtsträgers zu melden. Bei mehreren Standorten haben sich die Angaben auf den Hauptsitz der Krankenanstalt bzw. des Rechtsträgers zu beziehen.

4.17.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K02" zu befüllen.

4.17.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.17.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.17.4 Krankenanstalt – Bezeichnung

Hier ist der offizielle Name der Krankenanstalt in vollem Wortlaut laut sanitätsbehördlicher Bewilligung (Bescheid) einzutragen. Gebräuchliche Abkürzungen sind zu verwenden, z.B.

A.ö.	Allgemein(es) öffentliche(s)
AKH	Allgemeines Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus

4.17.5 Krankenanstalt – Straße

Hier ist die Straße inklusive Hausnummer einzutragen.

4.17.6 Krankenanstalt – Postleitzahl

Hier ist die Postleitzahl (ohne Länderkennzeichen) einzutragen.

4.17.7 Krankenanstalt – Ort

Hier ist der der Postleitzahl zugeordnete Ortsname in vollem Wortlaut einzutragen.

4.17.8 Krankenanstalt – Telefon

Hier ist die Telefonnummer der Krankenanstalt, in der Form Ortsvorwahl/Nummer (ohne Durchwahl) anzugeben.

4.17.9 Krankenanstalt – Fax

Hier ist die Telefaxnummer der Krankenanstalt in der Form Ortsvorwahl/Nummer anzugeben.

4.17.10 Krankenanstalt – Homepage

Hier ist die Internetadresse der Krankenanstalt anzugeben (ohne http://).

4.17.11 Rechtsträger – Bezeichnung

Hier ist der offizielle Name des Rechtsträgers in vollem Wortlaut laut sanitätsbehördlicher Bewilligung (Bescheid) einzutragen.

4.17.12 Rechtsträger – Straße

Hier ist die Straße inklusive Hausnummer einzutragen.

4.17.13 Rechtsträger – Postleitzahl

Hier ist die Postleitzahl (ohne Länderkennzeichen) einzutragen.

4.17.14 Rechtsträger – Ort

Hier ist der der Postleitzahl zugeordnete Ortsname in vollem Wortlaut einzutragen.

4.17.15 Rechtsträger – Telefon

Hier ist die Telefonnummer des Rechtsträgers in der Form Ortsvorwahl/Nummer (ohne Durchwahl) anzugeben.

4.17.16 Rechtsträger – Fax

Hier ist die Telefaxnummer des Rechtsträgers in der Form Ortsvorwahl/Nummer anzugeben.

4.17.17 Rechtsträger – Homepage

Hier ist die Internetadresse des Rechtsträgers anzugeben (ohne http://).

4.17.18 Ärztliche Leitung

Der Name ist in der folgenden Form einzutragen: NACHNAME/Vorname/Titel (unter Verwendung gängiger Abkürzungen); der Nachname ist in Großbuchstaben anzugeben.

4.17.19 Verwaltungsleitung

Der Name ist in der folgenden Form einzutragen: NACHNAME/Vorname/Titel (unter Verwendung gängiger Abkürzungen); der Nachname ist in Großbuchstaben anzugeben.

4.17.20 Pflegedienstleitung

Der Name ist in der folgenden Form einzutragen: NACHNAME/Vorname/Titel (unter Verwendung gängiger Abkürzungen); der Nachname ist in Großbuchstaben anzugeben.

4.18 Satzart K03 – KA-Statistik (Ressourcen und Inanspruchnahme)

> **Hinweis:** Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.18.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K03" zu befüllen.

4.18.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.18.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.18.4 Systemisierte Betten insgesamt

Es ist die Anzahl der systemisierten Betten der Krankenanstalt insgesamt, inkl. Tagesklinikbetten, per 31.12. des Berichtsjahres anzugeben.

Hinweis: Die Anzahl der systemisierten Betten insgesamt muss den systemisierten Betten in Summe aller bettenführenden Hauptkostenstellen (Satzart K08) entsprechen.

4.18.5 Systemisierte Betten – Sonderklasse

Es ist die Anzahl der systemisierten Betten der Sonderklasse der Krankenanstalt, inkl. Tagesklinikbetten, per 31.12. des Berichtsjahres anzugeben.

4.18.6 Tatsächlich aufgestellte Betten insgesamt

Es ist die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten der Krankenanstalt insgesamt, inkl. Tagesklinikbetten, anzugeben.

Hinweis: Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten insgesamt muss den tatsächlich aufgestellten Betten in Summe aller bettenführenden Hauptkostenstellen (Satzart K08) entsprechen.

4.18.7 Tatsächlich aufgestellte Betten – Sonderklasse

Es ist die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten der Sonderklasse der Krankenanstalt, inkl. Tagesklinikbetten, anzugeben.

4.18.8 Belagstage – Sonderklasse

Es ist die Anzahl der im Berichtsjahr angefallenen Belagstage von Sonderklasse-Patient:innen für die Krankenanstalt in Summe anzugeben.

Hinweis: Es sind nur die in der Sonderklasse angefallenen Belagstage zu zählen.

4.18.9 Aufnahmen – Sonderklasse

Es ist die Summe der im Berichtsjahr erfolgten Aufnahmen von Sonderklasse-Patient:innen der Krankenanstalt anzugeben.

Hinweis: Die während des Aufenthaltes von der allgemeinen Klasse in die Sonderklasse verlegten Patient:innen sind mit zu zählen.

4.18.10 Vom Vorjahr Verbliebene – Sonderklasse

Es ist die Anzahl der vom Vorjahr verbliebenen Sonderklasse-Patient:innen der Krankenanstalt in Summe anzugeben.

4.18.11 Entlassungen – Sonderklasse

Es ist die Anzahl der im Berichtsjahr erfolgten Entlassungen von Sonderklasse-Patient:innen für die Krankenanstalt in Summe anzugeben.

Hinweis: Die während des Aufenthaltes von der Sonderklasse in die allgemeine Klasse verlegten Patient:innen sind mit zu zählen.

4.18.12 Verstorbene – Sonderklasse

Es ist die Anzahl der im Berichtsjahr verstorbenen Sonderklasse-Patient:innen (ohne Totgeborene) für die Krankenanstalt in Summe anzugeben.

4.18.13 Aufnahmen von Begleitpersonen

Es ist die Anzahl der nicht anstaltsbedürftigen Begleitpersonen für die Krankenanstalt in Summe anzugeben.

4.18.14 Belagstage von Begleitpersonen

Es ist die Anzahl der Mitternachtsstände der Begleitpersonen für die Krankenanstalt in Summe anzugeben.

4.18.15 Ambulante Patienten/Patientinnen

Es ist die Anzahl der auf allen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen gezählten ambulanten Patient:innen in Summe anzugeben.

Hinweis: Die Anzahl der ambulanten Patient:innen insgesamt muss den ambulanten Patient:innen in Summe aller nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen (Satzart K09) entsprechen.

4.18.16 Ambulante Betreuungsplätze

Es ist die Anzahl der ambulanten Plätze der Krankenanstalt insgesamt anzugeben, auf denen eine mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung erfolgt. Details siehe Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung, Kap. 7.2., Ambulante Betreuungsplätze.

4.18.17 OP-Tische

Es ist die Anzahl der OP-Tische der Krankenanstalt insgesamt anzugeben.

4.18.18 Entbindungsplätze

Es ist die Anzahl der Entbindungsplätze der Krankenanstalt insgesamt anzugeben.

4.18.19 Postoperative Überwachungsplätze

Es ist die Anzahl der postoperativen Überwachungsplätze der Krankenanstalt insgesamt anzugeben.

4.18.20 Dialyseplätze

Es ist die Anzahl der Dialyseplätze der Krankenanstalt insgesamt anzugeben.

4.18.21 Obduktionen durch Anstaltspersonal

Es ist die Anzahl der Obduktionen anzugeben, die vom Personal der Krankenanstalt während des Berichtsjahres durchgeführt wurden.

4.18.22 Obduktionen durch Fremdpersonal

Es ist die Anzahl der Obduktionen anzugeben, die von nicht der Krankenanstalt angehörigen Personal während des Berichtsjahres durchgeführt wurden.

4.18.23 Entbindungen – Lebendgeborene

Es ist die Anzahl der in der Krankenanstalt lebend Geborenen in Summe anzugeben.

4.18.24 Entbindungen – Totgeborene

Es ist die Anzahl der in der Krankenanstalt tot Geborenen in Summe anzugeben.

4.19 Satzart K04 – KA-Statistik (Personal-Vollzeitäquivalente nach Funktionsgruppen und Dienstverhältnis)

Hinweis: Vollzeitäquivalente sind generell als Dezimalzahlen mit zwei Kommastellen anzugeben (z.B. 3,00).
Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Handbuch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.19.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K04" zu befüllen.

4.19.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.19.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.19.4 Personalgruppenindex

Personalgruppen sind die Funktionsgruppen nach Art des Dienstverhältnisses entsprechend dem Material- und Leistungsverzeichnis (MLV) im „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ (Anhang B, MLV-Untergruppen 1-1 bis 1-9). Der Index (111 bis 139) entspricht den MLV-Nummern.

Zusätzliches Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden (z.B. Schüler:innen und Studierende, Personal in Ausbildung, Zivildiener, Leihpersonal) ist sowohl in das Personal unter den Indizes 111–139 zu inkludieren, als auch gesondert unter den zusätzlichen Indizes Z01–Z09 zu erfassen.

Hinweis zu den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen (Indizes 1-3, 1-4, 1-5, 1-6):
Die unter diesen Indizes jeweils anzugebenden Zahlen haben nur jene nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu enthalten, die im Handbuch definiert sind. Sonstige nicht-ärztliche Gesundheitsberufe i.w.S. (z.B. pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten/Assistentinnen, Drogisten/Drogistinnen u.ä.) sind unter „1-9 Sonstiges Personal“ zu dokumentieren.

Index	Personalgruppe
	Pragmatisierte Bedienstete
111	Ärzte/Ärztinnen
112	Apotheker:innen, Chemiker:innen, Physiker:innen u.ä.
113	Hebammen (inkl. Schüler:innen)
114	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe (inkl. Schüler:innen)
115	Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/Masseurinnen (inkl. Schüler:innen)
116	Sanitäter:innen, Pflegehilfe und MA
117	Verwaltungs- und Kanzleipersonal
118	Betriebspersonal
119	Sonstiges Personal
	Vertragsbedienstete
121	Ärzte/Ärztinnen
122	Apotheker:innen, Chemiker:innen, Physiker:innen u.ä.
123	Hebammen – Vertragsbedienstete (inkl. Schüler:innen)
124	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe (inkl. Schüler:innen)
125	Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/Masseurinnen (inkl. Schüler:innen)
126	Sanitäter:innen, Pflegehilfe und MA
127	Verwaltungs- und Kanzleipersonal
128	Betriebspersonal
129	Sonstiges Personal
	Sonstige Bedienstete
131	Ärzte/Ärztinnen

Index	Personalgruppe
132	Apotheker:innen, Chemiker:innen, Physiker:innen u.ä.
133	Hebammen (inkl. Schüler:innen)
134	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe (inkl. Schüler:innen)
135	Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/Masseurinnen (inkl. Schüler:innen)
136	Sanitäter:innen, Pflegehilfe und MA
137	Verwaltungs- und Kanzleipersonal
138	Betriebspersonal
139	Sonstiges Personal
	Darunter: Zusätzliches Personal, für das kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden
Z01	Ärzte/Ärztinnen
Z02	Apotheker:innen, Chemiker:innen, Physiker:innen u.ä.
Z03	Hebammen (z.B. Schüler:innen)
Z04	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe (z.B. Schüler:innen)
Z05	Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/Masseurinnen (z.B. Schüler:innen)
Z06	Sanitäter:innen, Pflegehilfe und MA
Z07	Verwaltungs- und Kanzleipersonal
Z08	Betriebspersonal
Z09	Sonstiges Personal

4.19.5 Personal – Vollzeitäquivalente

Es ist die Anzahl des Personals der Krankenanstalt je Personalgruppe in Vollzeitäquivalenten anzugeben.

> **Hinweis:** Die Gesamtsumme des Personals (Summe aller Personalgruppen, inkl. Z01–Z09) muss dem Personal in Summe aller Kostenstellen (Satzarten K08, K09, K10) entsprechen.

4.20 Satzart K05 – KA-Statistik (Personal des ärztlichen Dienstes)

Hinweis: „Kopfzahlen“ sind als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) zu übermitteln. Vollzeitäquivalente sind generell als Dezimalzahlen mit zwei Kommastellen anzugeben (z.B. 3,00).
Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Handbuch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.20.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K05" zu befüllen.

4.20.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.20.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.20.4 Fachhauptbereichsindex

Der Fachhauptbereichsindex ist die 3. und 4. Stelle des Funktionscodes der Hauptkostenstellen entsprechend dem Kostenstellenkatalog im „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ (Anhang C).

Hinweis: Fachärzte/Fachärztinnen, die in mehreren Fachhauptbereichen tätig sind, sind in dem Fachhauptbereich ihrer vorwiegenden Tätigkeit anzugeben (keine Mehrfachzählungen).

Index	Fachhauptbereich
11	Innere Medizin (01–11)
12	Pulmologie (Lungenheilkunde)
21	Chirurgie (19–21)
22	Unfallchirurgie
23	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
24	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
25	Neurochirurgie
26	Plastische Chirurgie
27	Kinder-Chirurgie
28	Herzchirurgie
29	Thoraxchirurgie
30	Orthopädie und Traumatologie
31	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
32	Frauenheilkunde (Gynäkologie)
33	Geburtshilfe
41	Augenheilkunde
42	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
43	Urologie
45	Haut- und Geschlechtskrankheiten
48	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
51	Kinderheilkunde
62	Psychiatrie
63	Neurologie
64	Kinder- und Jugendpsychiatrie
71	Anästhesiologie
72	Radiologie
73	Strahlentherapie-Radioonkologie
75	Nuklearmedizin
78	Physikalische Medizin
81	Pathologie
82	Medizinisch-chemische Labordiagnostik
83	Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik
84	Klinische Immunologie
85	Medizinische Genetik
90	Allgemeinmedizin
91	Interdisziplinärer Bereich
99	Fachhauptbereich(e) – andere(r)
00	Basisausbildung (§ 6a)

4.20.5 Fachärzte/-ärztinnen – Kopfzahl

Es ist je Fachhauptbereich die Anzahl der Fachärzte/Fachärztinnen in physischen Personen („Kopfzahlen“), welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen, anzugeben.

4.20.6 Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin – Kopfzahl

Es ist je Fachhauptbereich die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in physischen Personen („Kopfzahlen“), welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen, anzugeben.

4.20.7 Fachärzte/-ärztinnen in Ausbildung – Kopfzahl

Es ist je Fachhauptbereich die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen in Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin im Hauptfach in physischen Personen („Kopfzahlen“), welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen, anzugeben.

4.20.8 Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung – Kopfzahl

Es ist je Fachhauptbereich die Anzahl der Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung in physischen Personen („Kopfzahlen“), welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen, anzugeben.

4.20.9 Fachärzte/-ärztinnen – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

4.20.10 Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

4.20.11 Fachärzte/-ärztinnen in Ausbildung – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

4.20.12 Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin in Ausbildung – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

4.21 Satzart K06 – KA-Statistik (Konsiliarärztlicher Dienst)

4.21.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K06" zu befüllen.

4.21.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.21.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.21.4 Fachrichtungsindex

Der Fachrichtungsindex bezieht sich auf die Fachcodes bzw. die Bezeichnungen der Österreichischen Ärztekammer (Stand Oktober 2003).

> **Hinweis:** Fachärzte/Fachärztinnen mit Ausbildung in mehr als einem Sonderfach sind in jenem Sonderfach anzugeben, in dem sie in der Krankenanstalt vorwiegend tätig sind (keine Mehrfachzählungen). Zusatzausbildungen sind nicht zu berücksichtigen.

Index	Sonderfach
00	Allgemeinmedizin
01	Anästhesiologie und Intensivmedizin
02	Augenheilkunde und Optometrie
03	Chirurgie
04	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
05	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
06	Haut- und Geschlechtskrankheiten
07	Innere Medizin
08	Kinder- und Jugendheilkunde
09	Lungenkrankheiten
11	Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
12	Physikalische Medizin

Index	Sonderfach
13	Radiologie (siehe auch 51!)
14	Unfallchirurgie
15	Urologie
16	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (siehe auch 91!)
19	Medizinische und Chemische Labordiagnostik
20	Mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik
24	Pathologie
29	Neurochirurgie
30	Plastische Chirurgie
42	Kinderchirurgie
44	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
45	Nuklearmedizin
47	Strahlentherapie-Radioonkologie
49	Neurologie (inkl. 10 Neurologie/Psychiatrie)
50	Psychiatrie (inkl. 18 Psychiatrie/Neurologie)
51	Medizinische Radiologie-Diagnostik (siehe auch 13!)
91	Zahnarzt (siehe auch 16!)
98	Sonstige Sonderfächer (siehe unten)

Unter Index „98“ sind Fachärzte/-ärztinnen aller sonstigen Sonderfächer in Summe anzugeben (in alphabetischer Reihenfolge):

Index	Sonderfach (Code der ÖÄK)
98	Anatomie (21)
98	Arbeits- und Betriebsmedizin (40)
98	Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin (41)
98	Gerichtsmedizin (27)
98	Histologie und Embryologie (22)
98	Hygiene und Mikrobiologie (23)
98	Immunologie (31)
98	Medizinische Biologie (32)
98	Medizinische Biophysik (33)
98	Medizinische Leistungsphysiologie (43)
98	Neurobiologie (34)
98	Neuropathologie (35)
98	Pathophysiologie (36)
98	Pharmakologie und Toxikologie (25)
98	Physiologie (26)
98	Sozialmedizin (37)
98	Spezifische Prophylaxe und Tropenhygiene (46)

Index	Sonderfach (Code der ÖÄK)
98	Theoretiker (28)
98	Tumorbiologie (38)
98	Virologie (48)

4.21.5 Konsiliarärzte/-ärztinnen – Kopfzahl

Es ist je Fachrichtung die Anzahl der Konsiliarärzte/-ärztinnen gemäß § 2a KAKuG in physischen Personen („Kopfzahl“), welche am 31.12. des Berichtsjahres – unabhängig vom Anstellungs- oder Dienstverhältnis – in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen, anzugeben.

Hinweis: „Kopfzahlen“ sind als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) zu übermitteln.

4.22 Satzart K07 - KA-Statistik (Personal der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe)

Hinweis: „Kopfzahlen“ sind als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) zu übermitteln. Vollzeitäquivalente sind generell als Dezimalzahlen mit zwei Kommastellen anzugeben (z.B. 3,00).
Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Handbuch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.22.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K07" zu befüllen.

4.22.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.22.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.22.4 Index nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Die Gliederung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bezieht sich auf das Material- und Leistungsverzeichnis (MLV) im „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ (Anhang B, Untergruppen 1-3 bis 1-6) und basiert auf den gesetzlichen Regelungen zu diesen Berufsgruppen.

Hinweis: Je Berufsgruppe sind nur jene Personen anzugeben, deren Ausbildung den angegebenen gesetzlichen Vorschriften entspricht. Andere Beschäftigte in diesen Tätigkeitsfeldern (z.B. Berufsgruppe mit nicht angeführter gesetzlicher Grundlage, Beschäftigte ohne (abgeschlossene) Ausbildung, Famulant:innen) sind in dieser Satzart nicht anzugeben.
Beschäftigte, die mehr als eine der angegebenen Berufe ausüben bzw. mehrere entsprechende Ausbildungen haben, sind in jener Berufsgruppe anzugeben, in der sie in der Krankenanstalt vorwiegend tätig sind (keine Mehrfachzählungen).

Der Index entspricht der 3. und 4. Stelle der Hauptgattung im MLV (mit Ausnahme der Hebammen (1-3), Operationstechnischen Assistenz (1-4), Gipsassistent:innen (1-6), Röntgenassistent:innen (1-6) und Pflegefachassistenz (1-6)).

Die MLV-Zuordnung dieser angeführten Berufsgruppen kann je Krankenanstalt individuell erfolgen. Es ist allerdings sicherzustellen, dass diese Berufsgruppen (Personalzahlen, Kosten) den relevanten Hauptgruppen (siehe Klammerausdruck) zugeordnet werden.

Index	Berufsgruppe
30	Hebammen
41	Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege
42	Kinder- und Jugendlichenpflege
43	Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
44	Kardiotechnischer Dienst
4A	Operationstechnische Assistenz
51	Physiotherapeutischer Dienst
52	Medizinisch-technischer Laboratoriumsdienst
53	Radiologisch-technischer Dienst
54	Diätdienst und ernährungsmedizinischer Beratungsdienst
55	Ergotherapeutischer Dienst
56	Logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst
57	Orthoptischer Dienst
58	Medizinisch-technischer Fachdienst und Med. Fachassistenz
59	Medizinische Masseure/Masseurinnen und Heilmasseure/-masseurinnen

Index	Berufsgruppe
61	Sanitäter:innen
62	Pflegeassistenz
63	Operationsassistent:innen
64	Laborassistent:innen
65	Obduktionsassistent:innen
66	Heilbadegehilf:innen
67	Ordinationsassistent:innen
68	Ergotherapiegehilf:innen
69	Desinfektionsassistent:innen
6A	Gipsassistent:innen
6B	Röntgenassistent:innen
6C	Pflegefachassistenz

4.22.5 Personal männlich – Kopfzahl

Anzahl der männlichen Personen („Kopfzahlen“) je Berufsgruppe, welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen.

4.22.6 Personal weiblich – Kopfzahl

Anzahl der weiblichen Personen („Kopfzahlen“) je Berufsgruppe, welche am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen.

4.22.7 Darunter EU-Ausländer/innen insgesamt – Kopfzahl

Anzahl der Personen („Kopfzahlen“) je Berufsgruppe insgesamt (männlich und weiblich), die Staatsangehörige eines anderen EU-Staates sind und am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen.

> **Hinweis:** Als Basis für die Zuordnung zu EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland gilt der EU-Mitgliedsstatus zum 31.12. des Berichtsjahres.

4.22.8 Darunter Nicht-EU-Ausländer/innen insgesamt – Kopfzahl

Anzahl der Personen („Kopfzahlen“) je Berufsgruppe insgesamt (männlich und weiblich), die Staatsangehörige eines Nicht-EU-Staates sind und am 31.12. des Berichtsjahres in Dienstverwendung der Krankenanstalt standen.

Hinweis: Als Basis für die Zuordnung zu EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland gilt der EU-Mitgliedsstatus zum 31.12. des Berichtsjahres.

4.22.9 Personal männlich – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

4.22.10 Personal weiblich – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

4.22.11 Darunter EU-Ausländer/innen insgesamt – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

Hinweis: Als Basis für die Zuordnung zu EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland gilt der EU-Mitgliedsstatus zum 31.12. des Berichtsjahres.

4.22.12 Darunter Nicht-EU-Ausländer/innen insgesamt – Vollzeitäquivalente

Vollzeitäquivalente sind zusätzlich verpflichtend anzugeben.

Hinweis: Als Basis für die Zuordnung zu EU-Ausland und Nicht-EU-Ausland gilt der EU-Mitgliedsstatus zum 31.12. des Berichtsjahres.

4.23 Satzart K08 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (bettenführende Hauptkostenstellen)

Hinweis: Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.
Vollzeitäquivalente sind generell als Dezimalzahlen mit zwei Kommastellen anzugeben (z.B. 3,00).
Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze

Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist. Die Ermittlung der Kosten erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des KORE-Handbuches.
Es ist darauf zu achten, dass in die Berechnung der Vollzeitäquivalente nur jenes Personal in jenem Umfang einbezogen wird, für welches auch Personalkosten inkl. kalkulatorische Personalkosten (KOAGR01) in entsprechendem Ausmaß auf der bettenführenden Hauptkostenstelle erfasst wurden.
Die Summe der einzelnen Kostenartengruppen in den Satzarten K08 bis K10 hat jeweils mit den Summen der entsprechenden Kostenartengruppen in den Satzarten K11 und K12 übereinzustimmen.
Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Handbuch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.23.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K08" zu befüllen.

4.23.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.23.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.23.4 Bettenführende Hauptkostenstelle – Funktionscode

Das Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode.
Der 6-stellige Funktionscode entspricht dem Kostenstellenkatalog im KORE-Handbuch (Anhang C, Funktionscodes 11---- bis 15---- und 19----).
Der Subcode ist eine Untergliederung des Funktionscodes: Ist ein 6-stelliger Funktionscode mehrfach vergeben, so ist mittels Subcode eine eindeutige Identifizierung der einzelnen Kostenstellen sicherzustellen.

4.23.5 Systemisierte Betten

Es ist die Anzahl der systemisierten Betten der bettenführenden Hauptkostenstelle, inkl. Tagesklinikbetten, per 31.12. des Berichtsjahres anzugeben.

> **Hinweis:** Die Anzahl der systemisierten Betten der Krankenanstalt insgesamt (Satzart K03) muss der Summe der systemisierten Betten aller bettenführenden Hauptkostenstellen entsprechen.

4.23.6 Tatsächlich aufgestellte Betten

Es ist die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten der bettenführenden Hauptkostenstelle, inkl. Tagesklinikbetten, anzugeben.

> **Hinweis:** Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten der Krankenanstalt insgesamt (Satzart K03) muss der Summe der tatsächlich aufgestellten Betten aller bettenführenden Hauptkostenstellen entsprechen.

4.23.7 Nettogrundrissfläche

Die Nettogrundrissfläche der bettenführenden Hauptkostenstelle ist in Quadratmetern als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben.

4.23.8 Ärzte/Ärztinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-1)

Es ist die Anzahl des ärztlichen Personals der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.23.9 Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen u.ä. – Vollzeitäquivalente (MLV 1-2)

Es ist die Anzahl der Apotheker:innen, Chemiker:innen, Physiker:innen u.ä. der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.23.10 Hebammen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-3)

Es ist die Anzahl der Hebammen der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

> **Hinweis:** Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.23.11 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe – Vollzeitäquivalente (MLV 1-4)

Es ist die Anzahl des Personals des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

> **Hinweis:** Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.23.12 Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/Masseurinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-5)

Es ist die Anzahl des Personals des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes, medizinisch-technischen Fachdienstes und die Anzahl der Masseure/Masseurinnen der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

> **Hinweis:** Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.23.13 Sanitäter, Pflegehilfe und Medizinische Assistenzberufe – Vollzeitäquivalente (MLV 1-6)

Es ist die Anzahl des Personals der Sanitäter:innen, Pflegehilfe und der medizinischen Assistenzberufe der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

> **Hinweis:** Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.23.14 Verwaltungs- und Kanzleipersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-7)

Es ist die Anzahl des Verwaltungs- und Kanzleipersonals der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.23.15 Betriebspersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-8)

Es ist die Anzahl des Betriebspersonals der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.23.16 Sonstiges Personal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-9)

Es ist die Anzahl des sonstigen Personals der bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.23.17 Personalkosten (KOAGR01)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Personalkosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.18 Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch insbesondere Erster Teil).

4.23.19 Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.20 Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für medizinische Fremdleistungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.21 Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.22 Energiekosten (KOAGR06)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Energiekosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.23 Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.24 Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten kalkulatorischen Anlagekapitalkosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.23.25 Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR11)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung anzugeben.

4.23.26 Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR12)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung anzugeben.

4.23.27 Kosten der Verwaltung (KOAGR13)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der Verwaltung anzugeben.

4.23.28 Andere Sekundärkosten (KOAGR14)

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten anderen Sekundärkosten anzugeben.

4.23.29 Kostenminderungen

Es sind die der bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kostenminderungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Dritter Teil).

> **Hinweis:** Kostenminderungen sind ohne negatives Vorzeichen anzugeben.

Die Summe der Kostenminderungen in den Satzarten K08 bis K10 hat mit den Summen der entsprechenden Kostenminderungen in den Satzarten K11 und K13 übereinzustimmen.

4.23.30 Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen

Es sind die aufgrund abgegebener innerbetrieblicher Leistungen anderen Kostenstellen weiterverrechneten Kosten in Summe anzugeben.

> **Hinweis:** Die Summe der abgegebenen innerbetrieblichen Leistungen ist ohne negatives Vorzeichen anzugeben.

4.23.31 Unter- oder Überdeckung

Es sind die auf der bettenführenden Hauptkostenstelle sich ergebenden Unter- oder Überdeckungsbeträge anzugeben.

Hinweis: Unterdeckungsbeträge sind mit negativem Vorzeichen anzugeben.

4.23.32 Endkosten der Kostenstelle

Es sind die auf der bettenführenden Hauptkostenstelle sich ergebenden Endkosten anzugeben.

4.24 Satzart K09 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (nicht-bettenführende Hauptkostenstellen)

Hinweis: Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.
Vollzeitäquivalente sind generell als Dezimalzahlen mit zwei Kommastellen anzugeben (z.B. 3,00).
Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist. Die Ermittlung der Kosten erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des KORE-Handbuchs.
Es ist darauf zu achten, dass in die Berechnung der Vollzeitäquivalente nur jenes Personal in jenem Umfang einbezogen wird, für welches auch Personalkosten inkl. kalkulatorische Personalkosten (KOAGR01) in entsprechendem Ausmaß auf der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle erfasst wurden.
Die Summe der einzelnen Kostenartengruppen in den Satzarten K08 bis K10 hat jeweils mit den Summen der entsprechenden Kostenartengruppen in den Satzarten K11 und K12 übereinzustimmen.
Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Handbuch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.24.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K09" zu befüllen.

4.24.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.24.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.24.4 Nicht-bettenführende Hauptkostenstelle – Funktionscode

Dieses Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode. Der 6-stellige Funktionscode entspricht dem Kostenstellenkatalog im KORE-Handbuch (Anhang C, Funktionscodes 16---- bis 18----).
Der Subcode ist eine Untergliederung des Funktionscodes: Ist ein 6-stelliger Funktionscode mehrfach vergeben, so ist mittels Subcode eine eindeutige Identifizierung der einzelnen Kostenstellen sicherzustellen.

4.24.5 Ambulante Betreuungsplätze

Es ist die Anzahl der auf der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle gezählten ambulanten Plätze anzugeben, auf denen eine mehrstündige ambulante Behandlung/Beobachtung erfolgt. Details siehe Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung, Kap. 7.2., Ambulante Betreuungsplätze.

4.24.6 Ambulante Patienten/Patientinnen

Es ist die Anzahl der auf der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle gezählten ambulanten Patient:innen anzugeben.

> **Hinweis:** Die Anzahl der ambulanten Patient:innen der Krankenanstalt insgesamt (Satzart K03) muss der Summe der ambulanten Patient:innen aller nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen entsprechen.

4.24.7 Frequenzen an ambulanten Patienten/Patientinnen

Es ist die Summe der Frequenzen ambulanter Patient:innen (physischer Personen) der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle je Berichtsjahr anzugeben.

4.24.8 Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen

Es ist die Summe der Frequenzen stationärer Patient:innen (physischer Personen) der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle je Berichtsjahr anzugeben.

4.24.9 Frequenzen an stationären Patienten/Patientinnen anderer Krankenhäuser

Es ist die Summe der Frequenzen stationärer Patient:innen (physischer Personen) anderer Krankenanstalten, die zu einer ambulanten Untersuchung/Behandlung überwiesen werden, je Berichtsjahr anzugeben.

4.24.10 Nettogrundrissfläche

Die Nettogrundrissfläche der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle ist in Quadratmetern als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben.

4.24.11 Ärzte/Ärztinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-1)

Es ist die Anzahl des ärztlichen Personals der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.24.12 Apotheker/innen, Chemiker/innen, Physiker/innen u.ä. – Vollzeitäquivalente (MLV 1-2)

Es ist die Anzahl der Apotheker:innen, Chemiker:innen, Physiker:innen u.ä. der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.24.13 Hebammen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-3)

Es ist die Anzahl der Hebammen der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

Hinweis: Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuchdargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.24.14 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe – Vollzeitäquivalente (MLV 1-4)

Es ist die Anzahl des Personals des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und weitere Gesundheitsberufe der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

Hinweis: Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.24.15 Gehobene medizinisch-technische Dienste, medizinisch-technischer Fachdienst und Masseure/Masseurinnen – Vollzeitäquivalente (MLV 1-5)

Es ist die Anzahl des Personals des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes, medizinisch-technischen Fachdienstes und die Anzahl der Masseure/Masseurinnen der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

Hinweis: Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.24.16 Sanitäter, Pflegehilfe und Medizinische Assistenzberufe – Vollzeitäquivalente (MLV 1-6)

Es ist die Anzahl des Personals der Sanitäter, Pflegehilfe und der medizinischen Assistenzberufe der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

> **Hinweis:** Es ist nur jenes Personal anzugeben, dessen Ausbildung und Aufgabenbereich den im Handbuch dargestellten gesetzlichen Grundlagen entspricht.

4.24.17 Verwaltungs- und Kanzleipersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-7)

Es ist die Anzahl des Verwaltungs- und Kanzleipersonals der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.24.18 Betriebspersonal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-8)

Es ist die Anzahl des Betriebspersonals der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.24.19 Sonstiges Personal – Vollzeitäquivalente (MLV 1-9)

Es ist die Anzahl des sonstigen Personals der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.24.20 Personalkosten (KOAGR01)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Personalkosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.21 Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.22 Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.23 Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für medizinische Fremdleistungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.24 Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.25 Energiekosten (KOAGR06)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Energiekosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.26 Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.27 Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten kalkulatorischen Anlagekapitalkosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.24.28 Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR11)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung anzugeben.

4.24.29 Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR12)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung anzugeben.

4.24.30 Kosten der Verwaltung (KOAGR13)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der Verwaltung anzugeben.

4.24.31 Andere Sekundärkosten (KOAGR14)

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten anderen Sekundärkosten anzugeben.

4.24.32 Kostenminderungen

Es sind die der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugerechneten Kostenminderungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Dritter Teil).

> **Hinweis:** Kostenminderungen sind ohne negatives Vorzeichen anzugeben.
> Die Summe der Kostenminderungen in den Satzarten K08 bis K10 hat mit den Summen der entsprechenden Kostenminderungen in den Satzarten K11 und K13 übereinzustimmen.

4.24.33 Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen

Es sind die aufgrund abgegebener innerbetrieblicher Leistungen auf andere Kostenstellen weiterverrechneten Kosten anzugeben.

> **Hinweis:** Die Summe der abgegebenen innerbetrieblichen Leistungen ist ohne negatives Vorzeichen anzugeben.

4.24.34 Unter- oder Überdeckung

Es sind die auf der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle sich ergebenden Unter- oder Überdeckungsbeträge anzugeben.

> **Hinweis:** Unterdeckungsbeträge sind mit negativem Vorzeichen anzugeben.

4.24.35 Endkosten der Kostenstelle

Es sind die auf der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle sich ergebenden Endkosten anzugeben.

4.25 Satzart K10 – Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (Neben- und Hilfskostenstellen)

Hinweis: Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.
Vollzeitäquivalente sind generell als Dezimalzahlen mit zwei Kommastellen anzugeben (z.B. 3,00).
Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist. Die Ermittlung der Kosten erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des KORE-Handbuchs.
Es ist darauf zu achten, dass in die Berechnung der Vollzeitäquivalente nur jenes Personal in jenem Umfang einbezogen wird, für welches auch Personalkosten inkl. kalkulatorische Personalkosten (KOAGR01) in entsprechendem Ausmaß auf den Neben- und Hilfskostenstellen erfasst wurden.
Die Summe der einzelnen Kostenartengruppen in den Satzarten K08 bis K10 hat jeweils mit den Summen der entsprechenden Kostenartengruppen in den Satzarten K11 und K12 übereinzustimmen.
Definitionen zu den einzelnen Datenfeldern sind dem Handbuch „Handbuch Organisation und Datenverwaltung“ zu entnehmen.

4.25.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K10" zu befüllen.

4.25.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.25.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.25.4 Neben-/Hilfskostenstelle – Funktionscode

Dieses Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode. Der 6-stellige Funktionscode entspricht dem Kostenstellenkatalog im KORE-Handbuch (Anhang C, Funktionscodes 20---- bzw. 31---- bis 33----).
Der Subcode ist eine Untergliederung des Funktionscodes: Ist ein 6-stelliger Funktionscode mehrfach vergeben, so ist mittels Subcode eine eindeutige Identifizierung der einzelnen Kostenstellen sicherzustellen.

4.25.5 Nettogrundrissfläche

Die Nettogrundrissfläche der Neben- bzw. Hilfskostenstelle ist in Quadratmetern als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben.

4.25.6 Personal insgesamt – Vollzeitäquivalente

Es ist die Anzahl des Personals insgesamt der Neben- bzw. Hilfskostenstelle in Vollzeitäquivalenten anzugeben, inklusive dem zusätzlichen Personal, für das in der Krankenanstalten-Kostenrechnung kalkulatorische Personalkosten angesetzt werden.

4.25.7 Personalkosten (KOAGR01)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Personalkosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.8 Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.9 Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.10 Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Kosten für medizinische Fremdleistungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.11 Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.12 Energiekosten (KOAGR06)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Energiekosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.13 Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.14 Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten kalkulatorischen Anlage-kapitalkosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.25.15 Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR11)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der vorwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung anzugeben.

4.25.16 Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung (KOAGR12)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der vorwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung anzugeben.

4.25.17 Kosten der Verwaltung (KOAGR13)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten Kosten der Verwaltung anzugeben.

4.25.18 Andere Sekundärkosten (KOAGR14)

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle innerbetrieblich weiterverrechneten anderen Sekundärkosten anzugeben.

4.25.19 Kostenminderungen

Es sind die der Neben- bzw. Hilfskostenstelle zugerechneten Kostenminderungen anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Dritter Teil).

> **Hinweis:** Kostenminderungen sind ohne negatives Vorzeichen anzugeben.
> Die Summe der Kostenminderungen in den Satzarten K08 bis K10 hat mit den Summen der entsprechenden Kostenminderungen in den Satzarten K11 und K13 übereinzustimmen.

4.25.20 Summe abgegebener innerbetrieblicher Leistungen

Es sind die aufgrund abgegebener innerbetrieblicher Leistungen auf andere Kostenstellen weiterverrechneten Kosten anzugeben.

> **Hinweis:** Die Summe der abgegebenen innerbetrieblichen Leistungen ist ohne negatives Vorzeichen anzugeben.

4.25.21 Unter- oder Überdeckung

Es sind die auf der Neben- bzw. Hilfskostenstelle sich ergebenden Unter- oder Überdeckungsbeträge anzugeben.

> **Hinweis:** Unterdeckungsbeträge sind mit negativem Vorzeichen anzugeben.

4.25.22 Endkosten der Kostenstelle

Es sind die auf der Neben- bzw. Hilfskostenstelle sich ergebenden Endkosten anzugeben.

> **Hinweis:** Die sich aufgrund von Kostenminderungen auf Nebenkostenstellen ergebenden negativen Endkosten sind mit einem negativen Vorzeichen zu versehen.

Hilfskostenstellen sind auf „0“ abzurechnen. Unter- oder Überdeckungen sind in dem eigens dafür vorgesehenen Datenfeld „Unter- oder Überdeckung“ auszuweisen.

4.26 Satzart K11 – Sammel-Kostennachweis Summenblatt

> **Hinweis:** Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.
> Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist. Die Ermittlung der Kosten erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des KORE-Handbuchs (siehe dazu insbesondere Anhang H).
> Die Summe der einzelnen Kostenartengruppen in den Satzarten K08 bis K10 hat jeweils mit den Summen der entsprechenden Kostenartengruppen in den Satzarten K11 und K12 übereinzustimmen.

4.26.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K11" zu befüllen.

4.26.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.26.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.26.4 Personalkosten (KOAGR01)

Es sind die Personalkosten der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

> **Hinweis:** Es ist darauf zu achten, dass für alle in Satzart K04 gemeldeten Personal-Vollzeitäquivalente (inklusive der Schüler:innen und Studierenden) entsprechende Personalkosten angesetzt werden.

4.26.5 Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR02)

Es sind die Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.6 Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter (KOAGR03)

Es sind die Kosten für nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.7 Kosten für medizinische Fremdleistungen (KOAGR04)

Es sind die Kosten für medizinische Fremdleistungen der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.8 Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen (KOAGR05)

Es sind die Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.9 Energiekosten (KOAGR06)

Es sind die Energiekosten der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.10 Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten (KOAGR07)

Es sind die Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.11 Kalkulatorische Anlagekapitalkosten (KOAGR08)

Es sind die kalkulatorischen Anlagekapitalkosten der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

> **Hinweis:** Die Summe der kalkulatorischen Abschreibungen, der kalkulatorischen Zinsen, und der kalkulatorischen Mieten hat mit den kalkulatorischen Anlage-kapitalkosten (KOAGR 08) übereinzustimmen.

4.26.12 Summe Primärkosten

Es sind die sich aufgrund der Summation der Kostenartengruppen 01 bis 08 ergebenden Kosten anzugeben.

4.26.13 Kostenminderungen

Es sind die Kostenminderungen der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Dritter Teil).

> **Hinweis:** Kostenminderungen sind ohne negatives Vorzeichen anzugeben.
> Die Summe der Kostenminderungen in den Satzarten K08 bis K10 hat mit den Summen der entsprechenden Kostenminderungen in den Satzarten K11 und K13 übereinzustimmen.

4.26.14 Endkosten der Krankenanstalt

Es sind die für die Krankenanstalt insgesamt sich ergebenden Endkosten anzugeben.

Hinweis: Die Endkosten ergeben sich aus den Primärkosten minus Kostenminderungen.

4.26.15 Summe der kalkulatorischen Abschreibungen

Es ist die Summe der kalkulatorischen Abschreibungen der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.16 Davon kalkulatorische Abschreibungen für Anlagegüter mit Restwert 0

Es ist die Summe der kalkulatorischen Abschreibungen für Anlagegüter mit Restwert bzw. Restbuchwert 0 der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.17 Davon kalkulatorische Abschreibungen von Restwerten ausgeschiedener oder stillgelegter Anlagen

Es ist die Summe kalkulatorischer Abschreibungen von Restwerten bzw. Restbuchwerten ausgeschiedener oder stillgelegter Anlagen der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe insbesondere § 30 Abs. 4 der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten).

4.26.18 Summe der kalkulatorischen Zinsen

Es ist die Summe der kalkulatorischen Zinsen der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.19 Summe der kalkulatorischen Mieten

Es ist die Summe der kalkulatorischen Mieten der Krankenanstalt insgesamt anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, insbesondere Erster Teil).

4.26.20 Endkosten der stationären Patientenversorgung

Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn im Kostennachweis einer oder mehrerer Kostenstellen (Satzarten K08 bis K10) Unter- oder Überdeckungsbeträge ausgewiesen werden. In diesem Fall sind die auf den Bereich der stationären Patientenversorgung

entfallenden Endkosten in Summe anzugeben, wobei die Unter- oder Überdeckungsbeträge möglichst verursachungsgerecht auf die Bereiche stationär, ambulant und Nebenkostenstellen aufzuteilen sind.

> **Hinweis:** Die Endkosten der stationären Patientenversorgung, die Endkosten der ambulanten Patientenversorgung und die Endkosten der Nebenkostenstellen haben in Summe die Endkosten der Krankenanstalt zu ergeben.

4.26.21 Endkosten der ambulanten Patientenversorgung

Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn im Kostennachweis einer oder mehrerer Kostenstellen (Satzarten K08 bis K10) Unter- oder Überdeckungsbeträge ausgewiesen werden. In diesem Fall sind die auf den Bereich der ambulanten Patientenversorgung entfallenden Endkosten in Summe anzugeben, wobei die Unter- oder Überdeckungsbeträge möglichst verursachungsgerecht auf die Bereiche stationär, ambulant und Nebenkostenstellen aufzuteilen sind.

> **Hinweis:** Die Endkosten der stationären Patientenversorgung, die Endkosten der ambulanten Patientenversorgung und die Endkosten der Nebenkostenstellen haben in Summe die Endkosten der Krankenanstalt zu ergeben.

4.26.22 Endkosten der Nebenkostenstellen

Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn im Kostennachweis einer oder mehrerer Kostenstellen (Satzarten K08 bis K10) Unter- oder Überdeckungsbeträge ausgewiesen werden. In diesem Fall sind die auf den Bereich der Nebenkostenstellen entfallenden Endkosten in Summe anzugeben, wobei die Unter- oder Überdeckungsbeträge möglichst verursachungsgerecht auf die Bereiche stationär, ambulant und Nebenkostenstellen aufzuteilen sind.

> **Hinweis:** Die Endkosten der stationären Patientenversorgung, die Endkosten der ambulanten Patientenversorgung und die Endkosten der Nebenkostenstellen haben in Summe die Endkosten der Krankenanstalt zu ergeben.

4.27 Satzart K12 – Sammel-Kostennachweis Detailblätter

Hinweis: Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.
Die Summe der einzelnen Kostenartengruppen in den Satzarten K08 bis K10 hat jeweils mit den Summen der entsprechenden Kostenartengruppen in den Satzarten K11 und K12 übereinzustimmen.
Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist. Die Ermittlung der Kosten erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten und des KORE-Handbuchs (siehe dazu insbesondere Anhang H).
Es ist darauf zu achten, dass für die jeweiligen in Satzart K04 gemeldeten Personal-Vollzeitäquivalente je Personalgruppenindex entsprechende Personalkosten in den jeweiligen Kostenartennummern angesetzt werden. Es ist darauf zu achten, dass die kalkulatorischen Personalkosten für Schüler:innen und Studierende, die in der Satzart K04 gesondert ausgewiesen sind, in den Personalkosten unter den entsprechenden Kostenartennummern zu berücksichtigen sind.

4.27.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K12" zu befüllen.

4.27.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.27.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.27.4 Blattnummer

Es ist die Blattnummer entsprechend folgender Tabelle anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Anhang H):

Blattnummer	Blattbezeichnung
01/11	Personalkosten (Kostenartennummer 111–119)
01/12	Personalkosten (Kostenartennummer 121–129)
01/13	Personalkosten (Kostenartennummer 131–139)
02	Med. Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
03	Nicht-med. Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
04	Kosten für med. Fremdleistungen
05	Kosten für nicht-med. Fremdleistungen
06	Energiekosten
07	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten
08/3	Kalk. Anlagekapitalkosten (Kostenartennummer 31–39)
08/5	Kalk. Anlagekapitalkosten (Kostenartennummer 51–59)
08/9	Kalk. Anlagekapitalkosten (Kostenartennummer 91–99)

4.27.5 MLV-Nummer (Kostenartennummer)

Es ist die Kostenartennummer anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Anhang H).

4.27.6 Aufwand gemäß Finanzbuchführung

Es ist für die jeweilige Kostenartennummer der Aufwand gemäß Finanzbuchführung anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Erster Teil und Anhang H).

4.27.7 Neutraler Aufwand

Es ist für die jeweilige Kostenartennummer der Neutrale Aufwand anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Erster Teil und Anhang H).

4.27.8 Kalkulatorische Kosten

Es sind für die jeweilige Kostenartennummer die kalkulatorischen Kosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Erster Teil und Anhang H).

4.27.9 Kosten

Es sind für die jeweilige Kostenartennummer die sich ergebenden Kosten anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Erster Teil und Anhang H).

4.28 Satzart K13 – Kalkulatorischer Anhang – Kostenminderungen

> **Hinweis:** Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.

4.28.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K13" zu befüllen.

4.28.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.28.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.28.4 Index Kostenminderungsart

Es ist die Kostenminderungsart entsprechend folgender Tabelle anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Anhang I):

Index	Kostenminderungsart
A	GSBG-Beihilfen
B	Klinischer Mehraufwand
C	Kostenersätze für Schulen und Akademien
D	Erlöse für die in § 27 Abs. 2 KAKuG angeführten Leistungen
E	Erlöse für Anlagegüterverkäufe
F	Erlöse für sonstige Leistungen
G	Übrige Kostenminderungen
H	FLAF - Ausgleich für die Abschaffung der Selbstträgerschaft

4.28.5 Kostenminderungen

Es ist für die jeweilige Kostenminderungsart der entsprechende Wert anzugeben.

Hinweis: Kostenminderungen sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben. Der Ansatz von Kostenminderungen hat den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des KORE-Handbuchs (siehe dazu insbesondere Anhang I) zu entsprechen.
Die Summe der Kostenminderungen in den Satzarten K08 bis K10 hat mit den Summen der entsprechenden Kostenminderungen in den Satzarten K11 und K13 übereinzustimmen.

4.29 Satzart K14 – Kalkulatorischer Anhang – Kalkulatorischer Anlagenspiegel

Hinweis: Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.
Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben. Die Erstellung des kalkulatorischen Anlagenspiegels erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungsverordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des KORE-Handbuchs (siehe dazu insbesondere Anhang I).

4.29.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K14" zu befüllen.

4.29.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.29.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.29.4 Anlagenindex

Es ist das Anlagevermögen entsprechend folgender Tabelle anzugeben (siehe dazu KORE-Handbuch, Anhang I):

Index	Anlagevermögen
A	Grundstücke (MLV-Nr. 91)
B	Bauten (MLV-Nr. 92–99)
C	Anlagen in Bau
D	Medizinische Anlagegüter (MLV-Nr. 31–39)
E	Nicht-medizinische Anlagegüter (MLV-Nr. 51–57, 59)
F	EDV-Software (geräte- und hardwareunabhängig) (MLV-Nr. 58)
G	Medizinische Gebrauchsgüter (MLV-Nr. 31–39)
H	Nicht-medizinische Gebrauchsgüter (MLV-Nr. 51–57, 59)

4.29.5 Anschaffungs- und Herstellungskosten

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die gesamten Anschaffungs- und Herstellungskosten zu Beginn des Berichtsjahres anzugeben.

4.29.6 Zugänge

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die Anschaffungs- und Herstellungskosten der im Berichtsjahr erfolgten Zugänge (z.B. Investitionen) anzugeben.

4.29.7 Abgänge

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die Abgänge des Berichtsjahres (z.B. Verkauf von Anlagegütern) zu Anschaffungs- und Herstellungskosten anzugeben.

4.29.8 Umbuchungen

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die im Berichtsjahr erfolgten Umgruppierungen zwischen einzelnen Posten des betriebsnotwendigen Anlagevermögens auf Anschaffungs- oder Herstellungskostenbasis anzugeben.

4.29.9 Kumulierte Abschreibungen

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die gesamten Abschreibungen bis zum Ende des Berichtsjahres (kumulierte Abschreibungen) anzugeben.

4.29.10 Buchwerte am Ende des Berichtsjahres

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die Buchwerte am Ende des Berichtsjahres anzugeben.

4.29.11 Buchwerte Vorjahr

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die Buchwerte am Ende des dem Berichtsjahr vorangegangenen Jahres anzugeben.

4.29.12 Abschreibungen laufendes Berichtsjahr

Es sind für die einzelnen Posten des Anlagevermögens jeweils die im Berichtsjahr erfolgten Abschreibungen anzugeben.

> **Hinweis:** „Abschreibungen über 0“ werden im kalkulatorischen Anlagenspiegel nicht berücksichtigt, sie werden in der Satzart K11 (Sammel-Kostennachweis Summenblatt) gesondert ausgewiesen.

4.30 Satzart K15 – Kalkulatorischer Anhang – Allgemeine Kostenbereiche

Hinweis: Verweise auf das „Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten“ erfolgen mit der Kurzbezeichnung „KORE-Handbuch“.

4.30.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K15" zu befüllen.

4.30.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.30.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.30.4 Kostenbereichs-Kennzahlenindex

Es ist der Allgemeine Kostenbereich entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	Allgemeiner Kostenbereich
K1	Küche – Tablettsystem
K2	Küche – Schöpfsystem
K3	Küche – Cook and Chill
K9	Küche – Nicht näher bezeichnetes Ausgabesystem (z.B. Mischsysteme)

4.30.5 Kosten

Es ist für den jeweiligen Allgemeinen Kostenbereich die Höhe der Kosten in Summe anzugeben. Die Kostenermittlung hat entsprechend den Vorgaben des KORE-Handbuchs, Anhang I zu erfolgen.

4.30.6 Bezugsgröße

Es ist für den jeweiligen Allgemeinen Kostenbereich der Wert für die entsprechende Bezugsgröße anzugeben. Die Ermittlung der Bezugsgröße hat entsprechend den Vorgaben des KORE-Handbuchs, Anhang I zu erfolgen.

> **Hinweis:** Werte für Bezugsgrößen sind generell in ganzen Zahlen (kaufmännisch gerundet) anzugeben.

4.31 Satzart K16 – Kalkulatorischer Anhang – Ausgewählte Kosten

> **Hinweis:** Kosten sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben. Die Erstellung dieses Teils des kalkulatorischen Anhangs erfolgt nach den Vorschriften der Kostenrechnungs-verordnung für landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten und des „Handbuchs zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten“ (siehe dazu insbesondere Anhang I).

4.31.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "K16" zu befüllen.

4.31.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.31.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.31.4 Kostenindex

Es ist der Index für die einzelnen zu meldenden Positionen entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	Allgemeiner Kostenbereich
10	Blut
20	Chirurgisches Nahtmaterial
30	Implantate und Prothesen (Summe)
31	Implantate und Prothesen für Gefäß- und Herzchirurgie
32	Implantate und Prothesen für Knochenchirurgie
33	Implantate und Prothesen für Neurochirurgie
34	Körperersatzteile, andere
35	Implantate für HNO

4.31.5 Kosten

Es ist für die einzelne zu meldende Position die Höhe der Kosten in Summe anzugeben.

4.32 Satzart G01 – Großgerätebasisdaten

Diese Erhebung (inkl. Satzart G02) dient als Planungsgrundlage für die Gesundheitsplanung, insbesondere für den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG, inklusive Großgeräteplan).

> **Hinweis:** Es werden grundsätzlich jene medizinisch-technischen Großgerät-Arten erhoben, die in der jeweils gültigen Fassung des ÖSG taxativ aufgezählt werden, wobei alle unten (vgl. „Großgerät – Art (Geräteindex)“) angeführten, teilweise auch nicht planungsrelevanten Geräte zu erfassen sind.
> Es sind jene Geräte zu erheben, die am 31.12. des jeweiligen Erhebungsjahres in Verwendung der Krankenanstalt sind.

4.32.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "G01" zu befüllen.

4.32.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.32.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.32.4 Funktionscode

In diesem Datenfeld ist anzugeben, welcher Kostenstelle der Krankenanstalt das nachfolgend beschriebene Großgerät zugeordnet ist.
Dieses Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode.
Der 6-stellige Funktionscode entspricht dem Kostenstellenkatalog im KORE-Handbuch (Anhang C).
Der Subcode ist eine Untergliederung des Funktionscodes: Ist ein 6-stelliger Funktionscode mehrfach vergeben, so ist mittels Subcode eine eindeutige Identifizierung der einzelnen Kostenstellen sicherzustellen.

4.32.5 Großgerät – Positionsnummer

Hier ist eine laufende Nummer einzugeben, die zur eindeutigen Identifikation jedes einzelnen Gerätes dient.

> **Hinweis:** Eine Positionsnummer kann nur einmal pro Gerät vergeben werden. Die Positionsnummer muss in den Satzarten G01 und G02 je Gerät übereinstimmen.

4.32.6 Großgerät – Art (Geräteindex)

Es ist für das jeweilige Großgerät die Art entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	Großgerät – Art
	Computertomographie (CT)
C10	Multi-Slice CT <= 16-zeilig
C06	Multi-Slice CT = 64-zeilig
C08	Multi-Slice CT >= 128-zeilig, Dual Source
C30	Funktionsgerät (CT)
C49	Sonstige CT-Geräte

Index	Großgerät – Art
	Magnetresonanz-Tomographie (MR)
M01	Magnetresonanz-Tomographiegerät (geschlossen) – Feldstärke < 1 Tesla
M03	Magnetresonanz-Tomographiegerät – Feldstärke <= 1,5 Tesla
M04	Magnetresonanz-Tomographiegerät (offen) – Feldstärke < 1 Tesla
M05	Magnetresonanz-Tomographiegerät (offen) – Feldstärke >= 1 Tesla
M07	Magnetresonanz-Tomographiegerät – Feldstärke = 3 Tesla
M30	Funktionsgerät (MR)
M49	Sonstige MR-Geräte
	Coronarangiographie (COR)
H00	Coronarangiographie – Herzkatheterarbeitsplatz
H30	Funktionsgerät (COR in Hybrid-OP)
H49	sonstige Herzkatheterarbeitsplätze
	Strahlentherapie (STR)
S01	Linearbeschleuniger
S02	Linearbeschleuniger inkl. Stereotaxiezusatz
S03	Linearbeschleuniger, geeignet für intraoperativen Einsatz
S30	Funktionsgerät (STR)
S49	sonstige Hochvolttherapiegeräte
	Emissions-Computertomographie (ECT)
E02	Emissions-Computertomographie, SPECT-fähig
E03	SPECT-Kamera mit Koinzidenzmessung
E49	sonstige ECT-Geräte
	Positronenemissions-Tomographie (PET)
P02	Positronenemissions-Tomographiegeräte – PET-Scanner
P03	PET-CT
P49	sonstige PET-Geräte

Erläuterungen zur Großgerät-Art:

- Computertomographie (CT; C06–C49): Jene CT-Geräte, die keiner der angeführten Kategorien C10, C06 und C08 entsprechen, sind unter C49 anzugeben inkl. Ausführung hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung in der Rubrik „Anmerkungen“. Soweit es sich um CT-Geräte, die ausschließlich intraoperativ oder für unmittelbar erforderliche Abklärung im Schockraum verwendet werden, oder um Planungs-CT-Geräte in Zusammenhang mit Strahlentherapie handelt, sind diese unter C30 anzuführen; Ausführungen hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung sind in der Rubrik „Anmerkungen“ zu ergänzen.

- Magnetresonanz-Tomographie (MR; M01–M49): Unter M49 sind nur jene MR-Geräte anzugeben, die keiner der angeführten Kategorien M01–M07 entsprechen inkl. Ausführung hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung in der Rubrik „Anmerkungen“. Soweit es sich um intraoperative MR-Geräte oder Planungs-MR-Geräte in Zusammenhang mit Strahlentherapie handelt, sind diese unter M30 anzuführen; Ausführungen hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung sind in der Rubrik „Anmerkungen“ zu ergänzen.
- Coronarangiographie (COR; H00 und H49): Unter H49 sind DSA/COR-Kombinationsgeräte anzugeben (DSA: Digitale Subtraktions-Angiographie), sofern diese DSA-Anlagen entsprechende coronarangiographische Leistungserbringung ermöglichen. Soweit es sich um Coronarangiographie-Geräte in Hybrid-OP (an Krankenanstaltenstandorten mit Abteilungen für Herzchirurgie) handelt, sind diese unter H30 anzuführen; Ausführungen hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung sind in der Rubrik „Anmerkungen“ zu ergänzen.
- Strahlentherapie (STR; S01–S49): Unter S49 sind nur jene STR anzugeben, die keiner der angeführten Kategorien S01–S03 entsprechen. Soweit es sich um Strahlentherapie-Geräte handelt, die ausschließlich intraoperativ verwendet werden, sind diese unter S30 anzuführen; Ausführungen hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung sind in der Rubrik „Anmerkungen“ zu ergänzen.
- Emissions-Computertomographie (ECT; E02–E49): Unter der Kategorie E03 sind so genannte Kombinationsgeräte (SPECT inkl. Koinzidenzmessung) anzugeben. Ein solches Gerät gilt nur als ein Großgerät und ist daher nur einmal unter E03 zu erfassen. Unter E49 sind nur jene ECT-Geräte anzugeben, die keiner der angeführten Kategorien E02–E03 entsprechen.
- Positronenemissions-Tomographie (PET; P02–P49): Ein PET/CT-Gerät gilt nur als ein Großgerät, da die Nutzung durch die PET-Technologie bestimmt wird, und ist daher nur einmal unter P03 zu erfassen. Jene PET-Geräte, die keiner der angeführten Kategorien P02–P03 entsprechen, sind unter P49 anzugeben, inkl. Ausführung hinsichtlich der gerätetechnischen Ausprägung in der Rubrik „Anmerkungen“.
- Bei Computertomographiegeräten (außer bei C06) ist die entsprechende Zeilenanzahl, bei Magnetresonanz-Tomographiegeräten (außer bei M07) die entsprechende Feldstärke (in Tesla) des Gerätes im entsprechenden Kommentarfeld des jeweiligen Gerätes anzugeben.

4.32.7 Großgerät – Type

Es ist für das jeweilige Großgerät die Type anzugeben.

Beispiele:

- CT: Somatom Definition Flash, iCT Elite etc.
- MR: Magnetom Skyra, Ingenia 1.5T etc.
- COR: Artis one, Allura XperSwing etc.
- STR: Truebeam STx, Versa HD etc.
- ECT: BrightView XCT, Symbia Evo etc.
- PET: Biograph mCT Flow, Ingenuity TF etc.

4.32.8 Hersteller

Es ist für das jeweilige Großgerät der Hersteller anzugeben.

4.32.9 Baujahr

Es ist für das jeweilige Großgerät das Baujahr anzugeben (JJJJ).

4.32.10 Anschaffungskosten

Es sind für das jeweilige Großgerät die Anschaffungskosten ganzzahlig in Euro (kaufmännisch gerundet) anzugeben.
Hinweis: Diese Information dient neben Großgerät-Art, Großgerät-Type und Hersteller zur zusätzlichen Identifikation des Großgerätes und ist keine Information im Sinne der Kostenrechnung bzw. wird in den Datenauswertungen nicht mit den Daten aus der Kostenrechnung in Beziehung gesetzt. Es müssen daher nicht zwangsläufig die tatsächlichen Anschaffungskosten (die bereits Rabatte, Skonti etc. berücksichtigen) angegeben werden, sondern es kann auch ein „Listenpreis“ genannt werden.

4.32.11 Betriebszeiten

Es sind für das jeweilige Großgerät die routinemäßigen Betriebszeiten anzugeben. Weiters ist eine Angabe über die Nachtdienstbereitschaft des Großgerätes erforderlich.

Abkürzungen:

- Mo: Montag
- Di: Dienstag
- Mi: Mittwoch
- Do: Donnerstag
- Fr: Freitag
- Sa: Samstag
- So+F: Sonntag und Feiertag
- NB: Nachdienstbereitschaft bzw. Bereitschaft außerhalb der regulären Betriebszeiten

Eingabeformat:

- Informationen pro Tag oder gleiche Informationen für mehrere Tage (wie Mo–Fr) sind mit „;“ zu trennen.
- Informationen innerhalb eines Tages oder eines Blockes mit gleichen Informationen sind mit „,“ zu trennen.
- Sonstige Informationen sind – wo notwendig – mit „blank“ zu trennen.

Beispiele:

- Mo–Fr 8:00–14:00, NB ja; Sa 9:00–12:00, NB nein; So+F keine, NB nein
- Mo–Do 8:00–13:00 und 14:00–16:00, NB ja; Fr 9:00–13:00, NB ja; etc.
- Mo 8:00–14:00, NB ja; Di 7:00–13:00 und 14:00–17:00, NB ja; Mi etc.

4.32.12 Kommentar

Es sind für das jeweilige Großgerät gegebenenfalls zusätzliche Kommentare anzugeben. Wie unter „Erläuterungen zur Großgeräte-Art“ angeführt ist bei Computertomographiegeräten (außer bei C06) die entsprechende Zeilenanzahl, bei Magnetresonanz-Tomographiegeräten (außer bei M07) die entsprechende Feldstärke (in Tesla) des Gerätes anzugeben (z.B. CT: 32-zeilig, MR: 1,5 Tesla).

4.33 Satzart G02 – Großgeräteleistungsdaten

4.33.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "G02" zu befüllen.

4.33.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.33.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.33.4 Großgerät – Positionsnummer

Hier ist eine laufende Nummer einzugeben, die zur eindeutigen Identifikation jedes einzelnen Gerätes dient.

> **Hinweis:** Eine Positionsnummer kann nur einmal pro Gerät vergeben werden. Die Positionsnummer muss in den Satzarten G01 und G02 je Gerät übereinstimmen.

4.33.5 Großgerät – Leistungsindex

Es sind für das jeweilige Großgerät die entsprechenden Leistungsarten aus folgender Tabelle auszuwählen:

Index	Großgerät – Leistungsart
	Computertomographie (CT)
C50	Alle Leistungen
	Magnetresonanz-Tomographie (MR)
M50	Alle Leistungen
	Coronarangiographie (COR)
H51	Coronarangiographie
H52	PTCA ein Gefäß
H53	PTCA mehr als ein Gefäß
H54	Stentimplantation
H55	Ablation
H56	Elektrophysiologie
H99	Sonstige Eingriffe bei strukturellen Herzerkrankungen

Index	Großgerät – Leistungsart
	Strahlentherapie (STR)
S54	Bestrahlungstermine für strahlentherapeutische Leistungen
S55	Bestrahlungstermine für radiochirurgische Leistungen
S56	Bestrahlungstermine für intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)
	Emissions-Computertomographie (ECT)
E51	Untersuchungen mit planarer Technik
E52	Untersuchungen mit Schichttechnik
	Positronenemissions-Tomographie (PET)
P51	Untersuchungen mit 18-FDG
P99	Untersuchungen mit sonstigen Tracern

Hinweis: Der Leistungsindex dient generell zur Erhebung der Anzahl der Frequenzen (für STR: Bestrahlungstermine) gemäß den oben dargestellten Leistungskategorien.

4.33.6 Ambulante Frequenzen

Es ist für das jeweilige Großgerät und die entsprechende Leistungsart die Anzahl der Frequenzen (im Sinne der Anzahl an erbrachten Untersuchungen bzw. – für STR – Bestrahlungsterminen) an ambulanten Patient:innen anzugeben.
Im Bereich der Großgeräte-Arten CT und MR ist nach Möglichkeit die Anzahl jener Untersuchungen anzugeben, die den aktuellen Vorgaben des LKF-Leistungskatalogs entsprechen (vgl. 12.01 Computertomographie und 12.02 Magnetresonanzdiagnostik).

Hinweis: Unter Frequenzen ist hier die Anzahl der Untersuchungen im Sinne der Gerätebelegungen vom Start bis zum Ende des Untersuchungsablaufs zu verstehen (siehe auch „Durchschnittliche Dauer je Frequenz in Minuten“).

4.33.7 Stationäre Frequenzen

Es ist für das jeweilige Großgerät und die entsprechende Leistungsart die Anzahl der Frequenzen (im Sinne der Anzahl an erbrachten Untersuchungen bzw. für – für STR – Bestrahlungsterminen) an stationären Patient:innen anzugeben. Mit zu berücksichtigen sind auch stationäre Patient:innen anderer Krankenanstalten, für die Leistungen mit diesem Großgerät erbracht worden sind.

Im Bereich der Großgeräte-Arten CT und MR ist die Angabe jener Anzahl an Untersuchungen erforderlich, die den aktuellen Vorgaben des LKF-Leistungskatalogs entsprechen (vgl. 12.01 Computertomographie und 12.02 Magnetresonanzdiagnostik).

> **Hinweis:** Unter Frequenzen ist hier die Anzahl der Untersuchungen im Sinne der Gerätebelegungen vom Start bis zum Ende des Untersuchungsablaufs zu verstehen (siehe auch „Durchschnittliche Dauer je Frequenz in Minuten“).

4.33.8 Durchschnittliche Dauer je Frequenz in Minuten

Es ist für das jeweilige Großgerät und die entsprechende Leistungsart die durchschnittliche Dauer je Frequenz (=Untersuchung) an ambulanten und stationären Patient:innen bzw. für STR je Bestrahlungstermin in Minuten (ganzzahlig) anzugeben. Diese durchschnittliche Dauer bezieht sich auf die Untersuchungszeit im Sinne der Zeitspanne vom Start bis zum Ende des Untersuchungsablaufs (exkl. Patientenvorbereitung außerhalb des Untersuchungsraums) beginnend bei der Patientenabholung aus der Umkleidekabine/dem Patientenwarteraum, Lagerung, Vor- und Nachbereitung allfälliger Kontrastmittelinjektion, Durchführung der Untersuchung bis zum Begleiten der Patient:innen in die Umkleidekabine bzw. Warteraum sowie inkl. allfälliger gerätebezogener Bildnachbearbeitung.

4.34 Satzart B01 – Basisinformation

4.34.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "B01" zu befüllen.

4.34.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.34.3 Krankenanstalten-/Trägernummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstalten- bzw. Trägernummer („Kxxx“ bzw. „Txxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.34.4 Berichtstyp

Der Berichtstyp ist verpflichtend zu melden. Zulässige Ausprägungen:

K	KA-Ebene – Gesamtdarstellung/-bericht
G	Trägerebene – krankenanstaltenübergreifender (gemeinsamer) Bereich
A	Trägerebene – krankenanstaltenfremder Bereich
T	Trägerebene – Gesamtdarstellung/-bericht (KA-übergeordnete Institution)

4.34.5 Berechnungstyp

Der Berechnungstyp ist verpflichtend zu melden. Zulässige Ausprägungen:

E	Eigenständig
K	Konsolidiert
S	Summiert

Eigenständig:

Dieser Bericht hat einen Rechnungsabschluss zur Grundlage, der nicht Teil eines übergeordneten Gesamt-Rechnungsabschlusses (z.B. Konzern-Rechnungsabschluss) ist.

Konsolidiert:

Konsolidierung bedeutet, dass zwischen den Rechnungsabschluss-Teilen der einzelnen Einrichtungen (z.B. Krankenanstalt eines Verbundes, Managementebene) Saldierungen bei den einzelnen Positionen (z.B. Verbindlichkeiten, Forderungen) zwischen diesen Einrichtungen vorgenommen worden sind.

Summiert:

Reine Summierungen der Rechnungsabschluss-Teile werden ohne entsprechende Saldierungen vorgenommen, d. h. es liegt hier keine Konsolidierung vor.

4.34.6 Zuordnungsart

Hier ist die entsprechende Zuordnungsart anzugeben. Zulässige Ausprägungen:

D	Direkt
G	Geschlüsselt

Direkt:

ist dann anzugeben, wenn Positionen auf der Trägerebene in weiterer Folge den einzelnen Einrichtungen (Krankenanstalten) verursachungsgerecht aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahme unmittelbar (direkt) zugerechnet wurden.

Geschlüsselt:

ist dann anzugeben, wenn Positionen auf der Trägerebene in weiterer Folge den einzelnen Einrichtungen (Krankenanstalten) aufgrund eines festgelegten Verteilungsschlüssels auf die Krankenanstalten aufgeteilt wurden.

4.35 Satzart B02 – Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS)

Hinweis: Werte sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist.
Die Werte zu den markierten Summenindizes werden von XDok berechnet und sind nicht zu melden.

4.35.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "B02" zu befüllen.

4.35.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.35.3 Krankenanstalten-/Trägernummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstalten- bzw. Trägernummer („Kxxx“ bzw. „Txxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.35.4 Berichtstyp

Der Berichtstyp ist verpflichtend zu melden. Zulässige Ausprägungen:

K	KA-Ebene – Gesamtdarstellung/-bericht
G	Trägerebene – krankenanstaltenübergreifender (gemeinsamer) Bereich
A	Trägerebene – krankenanstaltenfremder Bereich
T	Trägerebene – Gesamtdarstellung/-bericht (KA-übergeordnete Institution)

4.35.5 VKSIndex

Es sind die einzelnen Posten der Vermögens- und Kapitalstruktur entsprechend den folgenden Tabellen anzugeben:

Index	**Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS)**
	Vermögen
V01	Aufwendungen für das Ingangsetzen und Erweitern eines Betriebes
V02	Immaterielle Vermögensgegenstände
V03	Grundstücke, grundstücksgleiche Rechte
V04	Bauten, einschließlich der Bauten auf fremdem Grund
V05	Technische Anlagen und Maschinen
V06	Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung
V07	Geleistete Anzahlungen und Anlagen in Bau
V08	Finanzanlagen
V09	Anlagevermögen (= V02 + V03 + V04 + V05 + V06 + V07 + V08)
V10	Vorräte
V11	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (Gesamt)
V12	Forderungen aus Lieferungen und Leistungen (davon Landesgesundheitsfonds)
V13	Sonstige Forderungen (Gesamt)
V14	Sonstige Forderungen (davon Bund)
V15	Sonstige Forderungen (davon Land)
V16	Sonstige Forderungen (davon Gemeinde)
V17	Sonstige Forderungen (davon Rechtsträger) [1)]
V18	Sonstige Forderungen (davon Landesgesundheitsfonds)
V19	Sonstige Vermögensgegenstände und aktive Rechnungsabgrenzungsposten
V20	Liquide Mittel i.w.S.
V21	Umlaufvermögen (= V10 + V11 + V13 + V19 + V20)
V22	Gesamtvermögen (= V01 + V09 + V21)

1) Nur auszuweisen, wenn Rechtsträger keine Gebietskörperschaft bzw. kein Gemeindeverbund ist

Index	Vermögens- und Kapitalstruktur (VKS)
	Kapital
K01	Rückstellungen kurzfristige
K02	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten kurzfristige
K03	Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und sonstige kurzfristige Verbindlichkeiten und passive Rechnungsabgrenzungsposten
K04	Kurzfristiges Fremdkapital (= K01 + K02 + K03)
K05	Abfertigungs-, Jubiläums- und Pensionsrückstellungen
K06	Sonstige Rückstellungen langfristige
K07	Anleihen
K08	Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten langfristige
K09	Sonstige Verbindlichkeiten langfristige (Gesamt)
K10	Sonstige Verbindlichkeiten langfristige (davon Bund)
K11	Sonstige Verbindlichkeiten langfristige (davon Land)
K12	Sonstige Verbindlichkeiten langfristige (davon Gemeinde)
K13	Sonstige Verbindlichkeiten langfristige (davon Rechtsträger)
K14	Langfristiges Fremdkapital (= K05 + K06 + K07 + K08 + K09)
K15	Fremdkapital (= K04 + K14)
K16	Eigenkapital i.w.S. + Mezzaninkapital (= V22 - K15)
K17	Gesamtkapital (= K15 + K16)
K18	Eventualverbindlichkeiten

4.35.6 Wert Berichtsjahr

Es ist der Wert des Berichtsjahres in Bezug auf den VKS-Posten anzugeben.

4.35.7 Wert Vorjahr

Es ist der Wert des Vorjahres in Bezug auf den VKS-Posten anzugeben.

4.36 Satzart B03 – Eigenmittelverteilungsrechnung (EVR)

Hinweis: Werte sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist.
Die Werte zu den markierten Summenindizes werden von XDok berechnet und sind nicht zu melden.

4.36.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "B03" zu befüllen.

4.36.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.36.3 Krankenanstalten-/Trägernummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstalten- bzw. Trägernummer („Kxxx“ bzw. „Txxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.36.4 Berichtstyp

Der Berichtstyp ist verpflichtend zu melden. Zulässige Ausprägungen:

K	KA-Ebene – Gesamtdarstellung/-bericht
G	Trägerebene – krankenanstaltenübergreifender (gemeinsamer) Bereich
A	Trägerebene – krankenanstaltenfremder Bereich
T	Trägerebene – Gesamtdarstellung/-bericht (KA-übergeordnete Institution)

4.36.5 EVRIndex

Es sind die einzelnen Posten der Eigenmittelverteilung entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	**Eigenmittelverteilungsrechnung (EVR)**
R01	Eigenmittel i.w.S. + Mezzaninkapital
R02	Mezzaninkapital
R03	Eigenmittel i.w.S. (= R01 - R02)
R04	Investitionszuschüsse zum Anlagevermögen, verbraucht
R05	Investitionszuschüsse zum Anlagevermögen, nicht verbraucht
R06	Eigenmittel gem. §23 URG (= R03 - R04 - R05)
R07	Unversteuerte Rücklagen
R08	Eigenkapital (= R06 - R07)
R09	Kapitalrücklagen
R10	Gewinnrücklagen
R11	Bilanzgewinn/Bilanzverlust
R12	Nenn-Kapital (Grund-, Stammkapital) (= R08 - R09 - R10 - R11)

4.36.6 Wert Berichtsjahr

Es ist der Wert des Berichtsjahres in Bezug auf den EVR-Posten anzugeben.

4.36.7 Wert Vorjahr

Es ist der Wert des Vorjahres in Bezug auf den EVR-Posten anzugeben.

4.37 Satzart B04 – Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)

Hinweis: Werte sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist.
Die Werte zu den markierten Summenindizes werden von XDok berechnet und sind nicht zu melden.

4.37.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "B04" zu befüllen.

4.37.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.37.3 Krankenanstalten-/Trägernummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstalten- bzw. Trägernummer („Kxxx“ bzw. „Txxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.37.4 Berichtstyp

Der Berichtstyp ist verpflichtend zu melden. Zulässige Ausprägungen:

K	KA-Ebene – Gesamtdarstellung/-bericht
G	Trägerebene – krankenanstaltenübergreifender (gemeinsamer) Bereich
A	Trägerebene – krankenanstaltenfremder Bereich
T	Trägerebene – Gesamtdarstellung/-bericht (KA-übergeordnete Institution)

4.37.5 QVAIndex

Es sind die einzelnen Posten der Quellen- und Verwendungsanalyse entsprechend den folgenden Tabellen anzugeben:

Index	Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)
	Einnahmen
E01	Umsatzerlöse (Gesamt)
E02	Umsatzerlöse (davon stationäre Erlöse)
E03	Umsatzerlöse (davon ambulante Erlöse)
E04	Umsatzerlöse (davon sonstige Umsatzerlöse)
E41	Umsatzerlöse (davon Vorhaltekosten)
E05	Ersatz für klinischen Mehraufwand (laufender Betrieb)
E06	Sonstige betriebliche Erlöse
E07	Betriebliche Einnahmen vor Erlöse Verwaltungskostenumlage (= E01 + E05 + E06)
E08	Erlöse aus der Umlage der Verwaltungskosten
E09	Betriebliche Einnahmen (= E07 + E08)
E10	Vorläufiges Ergebnis (= E09 - A11)
E11	Zuschüsse zum Betriebsabgang
E12	Sonstige Betriebszuschüsse
E13	GSBG-Beihilfe
E14	Weiterleitung von Zuschüssen [1)]
E15	Laufende Einnahmen aus Zuschüssen und Beihilfen (= E11 + E12 + E13 - E14)
E16	Summe laufende Einnahmen (= E09 + E15)
E17	Laufendes Ergebnis (= E16 – A15)
E18	Erlöse aus Desinvestitionen
E19	Investitionszuschüsse
E20	Ersatz für klinischen Mehraufwand (Investitionsmittel)
E21	Weiterleitung von Zuschüssen
E22	Einnahmen aus der Investitionstätigkeit (= E18 + E19 + E20 - E21)
E23	Summe aller Einnahmen vor Finanzierung (= E16 + E22)
E24	Ergebnis vor Finanzierung (= E23 - A20)
E25	Aufnahme von verzinslichem Fremdkapital
E26	Aufnahme von Mezzaninkapital
E27	Zinsen und ähnliche Erträge
E28	Zins- und Annuitätenzuschüsse
E29	Einzahlungen von Gesellschaftern
E30	Einnahmen aus der Finanzierungstätigkeit (= E25 + E26 + E27 + E28 + E29)
E31	Summer aller Einnahmen (= E23 + E30)

1) Nur im gemeinsamen Bereich, wenn die Zuschüsse nicht an Krankenanstalten zugeordnet werden

Index	Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)
	Ausgaben
A01	Materialaufwand und Aufwendungen für bezogene Leistungen
A02	Personalaufwand
A03	FLAF-Zuschüsse
A04	Geringwertige Vermögensgegenstände/GWG
A05	Miete für unbewegliche Vermögensgegenstände
A06	Sonstige betriebliche Aufwendungen
A07	Veränderung des Bestandes an fertigen und unfertigen Erzeugnissen sowie an noch nicht abrechenbaren Leistungen
A08	Andere aktivierte Eigenleistungen
A09	Betriebliche Ausgaben vor Aufwendungen Verwaltungskostenumlage (= A01 + A02 - A03 + A04 + A05 + A06 - A07 - A08)
A10	Aufwendungen aus der Umlage der Verwaltungskosten
A11	Betriebliche Ausgaben (= A9 + A10)
A12	Nicht abzugsfähige Vorsteuern (soweit gesondert erfasst)
A13	Übrige Steuern
A14	Summe übrige Ausgaben (=A12 + A13)
A15	Summe laufende Ausgaben (=A11 + A14)
A16	Investitionen immaterielle Vermögensgegenstände
A17	Investitionen Sachanlagen
A18	Investitionen Finanzanlagen
A19	Summe Ausgaben für Investitionen (= A16 + A17 + A18)
A20	Summe aller Ausgaben vor Finanzierung (= A15 + A19)
A21	Tilgung von verzinslichem Fremdkapital
A22	Tilgung von Mezzaninkapital
A23	Zinsen und ähnliche Aufwendungen
A24	Rückzahlungen an Gesellschafter
A25	Ausgaben aus der Finanzierungstätigkeit (= A21 + A22 + A23 + A24)
A26	Summe aller Ausgaben (= A20 + A25)

Index	Quellen- und Verwendungsanalyse (QVA)
	Saldo
S01	Saldo Einnahmen/Ausgaben (= E31 - A26)

4.37.6 Wert Berichtsjahr

Es ist der Wert des Berichtsjahres in Bezug auf den QVA-Posten anzugeben.

4.37.7 Wert Vorjahr

Es ist der Wert des Vorjahres in Bezug auf den QVA -Posten anzugeben.

4.38 Satzart B05 – Erlösstruktur (ES)

Hinweis: Werte sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist.
Die Werte zu den markierten Summenindizes werden von XDok berechnet und sind nicht zu melden.

4.38.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "B05" zu befüllen.

4.38.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.38.3 Krankenanstalten-/Trägernummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstalten- bzw. Trägernummer („Kxxx“ bzw. „Txxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.38.4 Berichtstyp

Der Berichtstyp ist verpflichtend zu melden. Zulässige Ausprägungen:

K	KA-Ebene – Gesamtdarstellung/-bericht
G	Trägerebene – krankenanstaltenübergreifender (gemeinsamer) Bereich
A	Trägerebene – krankenanstaltenfremder Bereich
T	Trägerebene – Gesamtdarstellung/-bericht (KA-übergeordnete Institution)

4.38.5 ErlösIndex

Es sind die einzelnen Posten der Erlösstruktur entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	Erlösstruktur (ES)
U01	LKF-Gebührenersätze
U02	LKF-Gebühren
U03	Pflegegebührenersätze
U04	Amtliche Pflegegebühren
U05	Anstaltsgebühren inkl. Anteile an Arzthonoraren
U06	Kostenbeiträge (§ 27a KAKuG)
U07	Sonstige Erlöse akutstationärer Bereich (Pauschalabgeltungen)
U08	Stationäre Erlöse Gesamt (= U01 + U02 + U03 + U04 + U05 + U06 + U07)
U20	LKF-Gebührenersätze (leistungsbezogen/ambulant)
U21	LKF-Gebührenersätze (Pauschalabgeltungen/ambulant)
U09	Leistungsbezogene Vergütung
U10	Zeitraumbezogene Vergütung (Pauschalabgeltungen)
U11	Sonstige Erlöse ambulanter Bereich
U12	Ambulante Erlöse Gesamt (= U20 + U21 + U09 + U10 + U11)
U13	Erlöse aus sonstigen Patientenversorgungsleistungen
U14	Begleitpersonen (§ 27a KAKuG)
U15	Erlöse aus dem Pflege-/Rehabilitations-/Heilstättenbereich
U16	Sonstige Umsatzerlöse Gesamt (= U13 + U14 + U15)
U22	Vorhaltekostenabgeltung stationär und ambulant (Pauschalabgeltungen)
U17	Umsatzerlöse (= U08 + U12 + U16 + U22)
U18	Ersatz für klinischen Mehraufwand (laufender Betrieb)
U19	Sonstige betriebliche Erträge

4.38.6 Wert Gesamt

Es ist der Wert des Berichtsjahres in Bezug auf den Erlösindex anzugeben.

4.38.7 Wert LGF

Es ist der in Bezug auf den Erlösindex vom Landesgesundheitsfonds für inländische Patient:innen vergütete Wert anzugeben.

4.39 Satzart B06 – Zuschussstruktur (ZS)

Hinweis: Zuschüsse sind generell in Euro (kaufmännisch gerundet auf ganze Euro) als ganze Zahlen (ohne Kommastellen) anzugeben, wobei bei negativen Beträgen das Minuszeichen unmittelbar vor den Betrag zu stellen ist.
Die Werte zu den markierten Summenindizes werden von XDok berechnet und sind nicht zu melden.

4.39.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "B06" zu befüllen.

4.39.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.39.3 Krankenanstalten-/Trägernummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstalten- bzw. Trägernummer („Kxxx“ bzw. „Txxx“) zu befüllen. Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.39.4 Berichtstyp

Der Berichtstyp ist verpflichtend zu melden.
Zulässige Ausprägungen:

K	KA-Ebene – Gesamtdarstellung/-bericht
G	Trägerebene – krankenanstaltenübergreifender (gemeinsamer) Bereich
A	Trägerebene – krankenanstaltenfremder Bereich
T	Trägerebene – Gesamtdarstellung/-bericht (KA-übergeordnete Institution)

4.39.5 FinanzierungsträgerIndex

Es ist der entsprechende Finanzierungsträger entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	Finanzierungsträger
LF	Landesgesundheitsfonds
LD	Land
GM	Gemeinde(n)
RT	Rechtsträger
SO	Sonstige

4.39.6 ZuschussartIndex

Es ist die entsprechende Zuschussart entsprechend folgender Tabelle anzugeben:

Index	Zuschussart
Z01	Zuschüsse zum Betriebsabgang
Z02	Sonstige Betriebszuschüsse
Z03	Betriebszuschüsse (= Z01 + Z02)
Z04	Investitionszuschüsse
Z05	Zins und Annuitätenzuschüsse

4.39.7 Zuschuss

Es sind die Zuschüsse des Berichtsjahres in Bezug auf den Finanzierungsträger und die jeweilige Zuschussart anzugeben.

4.40 Satzart A01 – Antiinfektiva-Abrufe

Als Antiinfektiva werden Präparate verstanden, deren **A**natomisch-**T**herapeutisch-**C**hemische Klassifikation gemäß WHO (ATC-Code) in folgende Gruppen fällt:

- J01 – Antibiotika zur systemischen Anwendung
- J02 – Antimykotika zur systemischen Anwendung
- D01BA – Antimykotika zur systemischen Anwendung
- J04A – Mittel zur Behandlung der Tuberkulose
- J05 – Antivirale Mittel zur systemischen Anwendung
- P01AB – Nitroimidazol-Derivate
- A07AA – Antibiotika

4.40.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "A01" zu befüllen.

4.40.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.40.3 Monat

Dieses Datenfeld ist mit dem numerischen Wert für den Berichtsmonat zu befüllen (z.B. „1“ für Jänner, „11“ für November).

4.40.4 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.40.5 Bettenführende bzw. nicht-bettenführende Hauptkostenstelle – Funktionscode

Das Datenfeld enthält einen 6-stelligen Funktionscode sowie einen 2-stelligen Subcode.
Der 6-stellige Funktionscode entspricht dem Kostenstellenkatalog im KORE-Handbuch (Anhang C, Funktionscodes 11---- bis 15---- und 19---- bzw. Funktionscodes 16---- bis 18----).
Der Subcode ist eine Untergliederung des Funktionscodes: Ist ein 6-stelliger Funktionscode mehrfach vergeben, so ist mittels Subcode eine eindeutige Identifizierung der einzelnen Kostenstellen sicherzustellen.

4.40.6 Bezugsland

Dieses Datenfeld ist mit dem Ländercode gemäß ISO-3166-1 ALPHA-2 jenes Landes zu befüllen, aus dem das Antiinfektivum durch die Anstaltsapotheke bzw. beliefernde Apotheke bezogen wurde.

4.40.7 Pharmazentralnummer

Wird der Antiinfektiva-Abruf für ein in Österreich bezogenes Produkt gemeldet, so ist das Datenfeld mit der österreichischen Pharmazentralnummer zu befüllen. Wird der

Antiinfektiva-Abruf für ein nicht in Österreich bezogenes Produkt gemeldet, so ist das Datenfeld mit der ausländischen Pharmazentralnummer zu befüllen, sofern diese Information systematisch erfasst wird. In allen anderen Fällen ist das Datenfeld mit „0“ zu befüllen.

4.40.8 Handelsname

Dieses Datenfeld ist mit dem auf der Packungsbeschriftung ersichtlichen Handelsnamen des Antiinfektivums zu befüllen.

4.40.9 Abgerufene Packungen

Dieses Datenfeld ist mit der Anzahl an Packungen des Antiinfektivums je Bezugsland zu befüllen, die bei der Anstaltsapotheke bzw. beliefernden Apotheke für die betreffende Kostenstelle (Funktionscode) und den betreffenden Zeitraum abgerufen wurden. Falls die Antiinfektiva-Abrufe nicht schon auf Kostenstellen (Funktionscodes) erfasst werden, die den Dokumentationsregeln dieses Handbuchs und seiner Anhänge entsprechen, muss vor der Datenmeldung eine künstliche Aufteilung der Abrufe durchgeführt werden. Als Aufteilungsschlüssel ist dabei das Verhältnis der Pflegetage auf den betroffenen Kostenstellen (Funktionscodes) anzuwenden. Um aussagekräftige Informationen zu den einzelnen Fachrichtungen zu gewährleisten, ist dabei so vorzugehen, dass die Aufteilung nicht erst auf der Ebene der Gesamt-Krankenanstalt erfolgt, sondern bereits möglichst nahe an der Ebene der zu meldenden Kostenstellen (Funktionscodes). Die solcherart aufgeteilten Antiinfektiva-Abrufe sind je Kostenstelle (Funktionscode) auf zwei Nachkommastellen gerundet zu melden.

4.40.10 Menge je Packungseinheit

Dieses Datenfeld ist mit der Menge je Packungseinheit des Antiinfektivums zu befüllen (z.B. „10“ bei einem Packungsinhalt von 10 Stück).

4.40.11 Packungseinheit

Dieses Datenfeld ist mit der Bezeichnung der Packungseinheit des Antiinfektivums zu befüllen. Zulässige Ausprägungen sind:

- Stück
- ml

4.40.12 ATC-Code

Dieses Datenfeld ist mit dem ATC-Code (Level 5) des Antiinfektivums zu befüllen.

4.41 Satzart S11 – Prüf- und Summensatz

4.41.1 Satzartenkennzeichen

Das Datenfeld kennzeichnet die aktuelle Satzart und ist mit "S11" zu befüllen.

4.41.2 Jahr

Das Berichtsjahr ist 4-stellig einzugeben (JJJJ).

4.41.3 Krankenanstaltennummer

Dieses Datenfeld ist mit der jeweiligen Krankenanstaltennummer zu befüllen („Kxxx“). Die entsprechende Liste wird vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung gestellt.

4.41.4 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X01

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X01 anzugeben.

4.41.5 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X02

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X02 anzugeben.

4.41.6 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X03

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X03 anzugeben.

4.41.7 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X04

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X04 anzugeben.

4.41.8 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X05

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X05 anzugeben.

4.41.9 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X06

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X06 anzugeben.

4.41.10 Anzahl übermittelte Sätze Satzart X07

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart X07 anzugeben.

4.41.11 Anzahl übermittelte Sätze Satzart I11

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart I11 anzugeben.

4.41.12 Anzahl übermittelte Sätze Satzart I12

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart I12 anzugeben.

4.41.13 Anzahl übermittelte Sätze Satzart L01

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart L01 anzugeben.

4.41.14 Anzahl übermittelte Sätze Satzart L02

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart L02 anzugeben.

4.41.15 Anzahl übermittelte Sätze Satzart L03

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart L03 anzugeben.

4.41.16 Anzahl übermittelte Sätze Satzart L04

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart L04 anzugeben.

4.41.17 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K01

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K01 anzugeben.

4.41.18 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K02

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K02 anzugeben.

4.41.19 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K03

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K03 anzugeben.

4.41.20 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K04

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K04 anzugeben.

4.41.21 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K05

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K05 anzugeben.

4.41.22 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K06

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K06 anzugeben.

4.41.23 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K07

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K07 anzugeben.

4.41.24 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K08

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K08 anzugeben.

4.41.25 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K09

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K09 anzugeben.

4.41.26 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K10

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K10 anzugeben.

4.41.27 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K11

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K11 anzugeben.

4.41.28 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K12

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K12 anzugeben.

4.41.29 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K13

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K13 anzugeben.

4.41.30 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K14

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K14 anzugeben.

4.41.31 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K15

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K15 anzugeben.

4.41.32 Anzahl übermittelte Sätze Satzart K16

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart K16 anzugeben.

4.41.33 Anzahl übermittelte Sätze Satzart G01

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart G01 anzugeben.

4.41.34 Anzahl übermittelte Sätze Satzart G02

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart G02 anzugeben.

4.41.35 Anzahl übermittelte Sätze Satzart B01

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart B01 anzugeben.

4.41.36 Anzahl übermittelte Sätze Satzart B02

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart B02 anzugeben.

4.41.37 Anzahl übermittelte Sätze Satzart B03

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart B03 anzugeben.

4.41.38 Anzahl übermittelte Sätze Satzart B04

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart B04 anzugeben.

4.41.39 Anzahl übermittelte Sätze Satzart B05

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart B05 anzugeben.

4.41.40 Anzahl übermittelte Sätze Satzart B06

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart B06 anzugeben.

4.41.41 Anzahl übermittelte Sätze Satzart A01

Hier ist die Anzahl der in der Meldung enthaltenen Sätze der Satzart A01 anzugeben.

4.41.42 Anzahl der Fehlersätze

Dieses Datenfeld hat die Anzahl jener Sätze der Satzart X01 zu enthalten, die aufgrund der Plausibilitätsprüfung fehlerhaft und daher nicht scorefähig sind.

4.41.43 Anzahl der Warningssätze

Dieses Datenfeld hat die Anzahl jener Sätze der Satzart X01 zu enthalten, die aufgrund der Plausibilitätsprüfung unplausibel, aber scorefähig sind.

4.41.44 Leistungskomponente/Leistungspunkte

In dieses Datenfeld ist die Summe der Leistungskomponenten/Leistungspunkte der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Punktepauschale rechtsbündig einzutragen.

4.41.45 Tageskomponente/Kontaktpunkte

In dieses Datenfeld ist die Summe der Tageskomponenten/Kontaktpunkte der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Punktepauschale rechtsbündig einzutragen.

4.41.46 Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Leistungskomponente

In dieses Datenfeld ist die Summe der Leistungskomponenten der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Punkte für Belagsdauerausreißer nach unten rechtsbündig einzutragen.

4.41.47 Punkte Belagsdauerausreißer nach unten – Tageskomponente

In dieses Datenfeld ist die Summe der Tageskomponenten der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Punkte für Belagsdauerausreißer nach unten rechtsbündig einzutragen.

4.41.48 Zusatzpunkte Belagsdauerausreißer nach oben

In dieses Datenfeld ist die Summe der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Zusatzpunkte für Belagsdauerausreißer nach oben rechtsbündig einzutragen.

4.41.49 Zusatzpunkte intensiv

In dieses Datenfeld ist die Summe der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Zusatzpunkte für Tage auf abrechnungsrelevanten Intensiveinheiten rechtsbündig einzutragen.

4.41.50 Zusatzpunkte Mehrfachleistungen

In dieses Datenfeld ist die Summe der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten Zusatzpunkte für Leistungen außerhalb des Punktepauschales rechtsbündig einzutragen.

4.41.51 Punkte spezieller Bereiche (tageweise)

In dieses Datenfeld ist die Summe der unter allen Sätzen der Satzart X05 ermittelten tagesbezogenen Punkte für stationäre Krankenhausaufenthalte in speziellen Leistungsbereichen rechtsbündig einzutragen.

4.41.52 Summe Punkte total innerhalb LGF/PRIKRAF

In dieses Datenfeld ist die Summe der unter allen Sätzen der Satzart X05 mit einem LGF-relevanten Kostenträger ermittelten Gesamtpunkte rechtsbündig einzutragen.

4.41.53 Summe Punkte total außerhalb LGF/PRIKRAF

In dieses Datenfeld ist die Summe der unter allen Sätzen der Satzart X05 mit einem Nicht-LGF-relevanten Kostenträger ermittelten Gesamtpunkte rechtsbündig einzutragen.

4.41.54 Kommentar

Dieses Datenfeld ist für allgemeine krankenanstaltenspezifische Anmerkungen vorgesehen (kann pro Krankenanstalt nur einmal ausgefüllt werden).

Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien
+43 1 711 00-0
sozialministerium.at