

ORGANISATIONSBESCHREIBUNG

DATENAUSTAUSCH MIT KRAN- KENANSTALTEN (KA)

Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherung

VERANTWORTLICHER: **CHRISTIAN MILLER**

AUSGABE: **11/2022**

GÜLTIG AB: **01.05.2023**



VERSIONSVERZEICHNIS

Version ¹	Veröffentlichung	Wirksamkeit	Verantwortlicher
1.0	05.2019	01.11.2019	Christian Miller
1.1.	07.2019	01.12.2019	Christian Miller
1.2.	10.2019	01.01.2020	Christian Miller
1.3.	01.2020	01.06.2020	Christian Miller
1.4.	10.2020	01.04.2021	Christian Miller
Ausgabe	Veröffentlichung	Wirksamkeit	Verantwortlicher
05/2021	01.05.2021	01.11.2021	Christian Miller
11/2021	10.11.2021	01.05.2022	Christian Miller
05/2022	01.05.2022	01.11.2022	Christian Miller
<u>11/2022</u>	<u>07.11.2022</u>	<u>01.05.2023</u>	<u>Christian Miller</u>

¹ Die Erstversion wird immer angezeigt. Die letzten 7 Jahre werden im Änderungsverzeichnis angezeigt.

ÄNDERUNGSPROTOKOLL

Das Änderungsprotokoll bezieht sich auf Änderungen in dieser Dokumentenversion zur Vorversion. Die Eintragungen sind mit dem jeweiligen Kapitel verlinkt.

Art ²	Kapitel	Erklärung
Änderung	A.2	Textuelle Anpassungen
Änderung	D.33.	Textuelle Anpassungen
Neuanlage	D.74.	Neuanlage des Kapitels
Änderung	E.5.	Textuelle Anpassungen
Änderung	E.15.	Textuelle Anpassungen

² Art: Neuanlage, Änderung, Entfall

INHALTSVERZEICHNIS

A. ALLGEMEINES.....	9
A.1 Handhabung der Unterlagen.....	9
A.2 Gesetzliche Grundlagen.....	10
B. UMFANG UND INHALT.....	12
B.1 . Allgemeine Beschreibung	12
B.2 . Vereinbarung	13
B.3 Verarbeitungen	14
B.4. Datensicherung	21
B.5. Datenaustausch mit den AUVA-Unfallkrankenhäusern.....	22
B.6. Übermittlung von Aufnahme- und Entlassungsdaten bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten	24
C. DATENÜBERMITTLUNG / VERWENDUNG.....	28
C.1. Allgemeines zur Datenübermittlung von einer Krankenanstalt/einem Landesgesundheitsfonds an einen Krankenversicherungsträger	28
C.1.1. Fehlerbehandlung	31
C.2. Übermittlung an das Datensammelsystem der Sozialversicherung bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ELDA)	33
C.3. Übermittlungsarten je Versicherungsträger	35
D. DATENBESCHREIBUNG / DATENFELDER	41
D.1. SART - Satzart	41
D.2. VPNR – Vertragspartnernummer	42
D.3. AUFZL – Aufnahmezahl	43
D.4. FANU – Fallnummer	44
D.5. KOST – Kostenträger (leistungszuständig)	45
D.6. VSTR – zahlungszuständiger Versicherungsträger	46
D.7. KOMM – Kommentarsatz	47
D.8. VSNR (AVSNR) – Versicherungsnummer	48
D.9. AKGR (AAKGR) – akademischer Grad.....	49
D.10. GESCHL – Geschlecht	50
D.11. VGR – Versichertengruppe/Kategorie.....	51
D.12. FECO – Fehlercode	52
D.13. KONR - Kostenstellennummer	58
D.14. PROJ - Projekt.....	59
D.15. BEST – Bestandskennzeichen	60
D.16. OBUS – Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle	61

D.17. DVST – datenübernehmende Institution.....	62
D.18. GBER - Gültigkeitsbereich	63
D.19. EREIG – Ereignisanzeige	64
D.20. KANKZ – Anstaltsart - Kennzeichen.....	66
D.21. FKRA – Abteilung Funktionscode	67
D.22. KLAS – Klasse	68
D.23. PAR – Unabweisbarkeitsparere, Gutachten	69
D.24. STAAT - Staatsbürgerschaftsschlüssel	70
D.25. AST AND - Familienstand.....	71
D.26. ANGE - Angehörigeneigenschaft.....	72
D.27. FREVER - Fremdverschulden.....	73
D.28. URS – Ursache für Behandlung	74
D.29. KOME - Kostenmeldung	75
D.30. VLAENG – Verlängerungsbewilligung	76
D.31. DAT1... ..	77
D.32. ENDE - Fristende	78
D.33. KUAB – Ablehnungsgrund für Versichertenzuständigkeit.....	79
D.34. VKBEFR – Verpflegskosten-Beitragsbefreiung.....	80
D.35. VT AGE – Vortageanzahl auf Kostenbeitrag	81
D.36. ENTS – Entlassungsschlüssel	82
D.37. DIAGQ – Diagnosenqualifikation	83
D.38. ENT ART – Art der Entbindung	84
D.39. RM15 – Rückmeldung mit SART K15	85
D.40. Versond – Sonderleistungsnummer	86
D.41. EBH – Entbindungsheimpflegekennzeichen.....	87
D.42. KVAB – Ablehnungsgrund für Leistungserbringung stationär	88
D.43. RDNOT – Rückmeldung Entlassung	89
D.44. BETREU – Art des Betreuungsscheines	90
D.45. AVAB – Ablehnungsgrund für Leistungserbringung ambulant	91
D.46. GEN – Genehmigungsvermerk.....	91
D.47. TEAB – Tei ablehnung	91
D.48. FOKZ – Folgesatzkennzeichen.....	91
D.49. DVERS – Datensatzversion, Versionsnummer ID-Teil und Satzart-Teil ..	92
D.50. ARBU – Arbeitsunfall/Berufskrankheit	93
D.51. NOTF – Medizinischer Notfall	93
D.52. BEGUT – Befundung/Begutachtung.....	93

D.53. MUTTER – Leistung infolge einer Schwangerschaft	93
D.54. REZG1, REZG2 - Rezeptgebührenbefreiung.....	93
D.55. SPENDE – Spende von Körperteilen.....	93
D.56. METHOD – Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode	93
D.57. TRUNK – Offensichtliche Trunkenheit.....	93
D.58. SUCHT – Offensichtlicher Suchtgiftmissbrauch	93
D.59. RAUF – Verdacht auf Raufhandel	93
D.60. KIND – Kind (als Angehöriger)	93
D.61. AMBA – Ambulanzbehandlungsart	94
D.62. FREQU – Frequenzzahl.....	95
D.63. ZUGART – Zugangsart.....	96
D.64. ABART – Abgangsart.....	97
D.65. ZUG VON – Zugewiesen von	98
D.66. HDGLOK Hauptdiagnose – Seitenlokalisierung	99
D.67. VERSATZ - Patientenanteil f. Angehörige (tägl. Satz).....	100
D.68. FOLGE – Folgekennzeichen	102
D.69. DSID – Datensatz-ID	103
D.70. VDAS	104
D.71. AI – Aviso-Info.....	105
D.72. DSIDR – Datensatz-ID Referenz	106
D.73. KABEFR – Kostenbefreiung der Krankenanstalt	107
D.74. GRUND – Grund.....	108
E. DATENEINGABE / DATENSÄTZE	110
E.1. Identifikationsteil	110
E.1.1. Identifikationsteil für den Landesgesundheitsfonds	112
E.2. Vorlaufsatz	114
E.3. Schlusssatz	115
E.4. Aufnahmeanzeige, Ereignisanzeige	116
E.5. Versichertenanspruchserklärung	119
E.6. Entlassungsanzeige	120
<u>Entlassungsaviso (Kapitel D.36. Befüllung Feld 2 „ENTS“)</u>	123
E.7. Leistungsdaten stationär	127
E.8. Kostenmeldung stationär Regresse/Ausländerverrechnung/Information	128
E.9. Kostenmeldungsanforderung.....	132
E.10. Kommentar.....	134

E.11. Leistungsdaten ambulant	135
E.12. Entlassungsanzeige - Rückmeldung	138
E.13. Ausländerverrechnung/Regresse - Rückmeldung	139
145	
E.14. Behandlungsbeitrag Ambulanz	145
E.15. EKVK-Datenmeldung	146
F. DATENDREHSCHIEBE	152
F.1. Vermittlung von Daten zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Datendrehscheibe des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung	152
F.1.1. Übermittlung vom Krankenversicherungsträger an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung	154
F.1.2. Übermittlung vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung an den zuständigen Krankenversicherungsträger	157
F.1.3. Übermittlung von Empfangsbestätigungen	160
G. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	163

A.

ALLGEMEINES

A. ALLGEMEINES

A.1 Handhabung der Unterlagen

Diese Organisationsbeschreibung wird in einer Gesamtausgabe als PDF -Dokument verteilt und im SV-Intranet unter folgendem Link zur Verfügung gestellt:

<http://sv-intranet.at/cdscontent/?contentid=10007.791978&viewmode=content>

Falls Sie über Änderungen dieser Organisationsbeschreibung auf dem Laufenden gehalten werden wollen, lassen Sie sich bitte in die Verteilerliste dieser Organisationsbeschreibung eintragen (Abteilung IT-ORG im Dachverband der österreichischen Sozialversicherung, E-Mail: IT-ORG-service@sozialversicherung.at, Betreff „KA-ORG“). Sie erhalten sodann immer die aktuelle Version.

Die Verteilung der Organisationsbeschreibung erfolgt über die Abteilung IT -ORG.

Änderungen werden im Änderungsmodus hervorgehoben.

In dieser Organisationsbeschreibung steht die Bezeichnung „Krankenanstalt“ (im Zusammenhang mit den Datenmeldungen „Leistungsdaten ambulant“) gleichsam für die Bezeichnungen „Ambulanz“, wenn nicht dezidiert eine Unterscheidung zwischen „Krankenanstalt“ und „Ambulanz“ angeführt ist.

A.2 Gesetzliche Grundlagen

Dienstleistungen des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung nach § ~~31-30~~ Abs. 2 Z 2 ASVG. ~~in Verbindung mit Abs. 4 Z 6 ASVG.~~

Gegenseitige Verwaltungshilfe gemäß § 321 Abs. 1 ASVG, § 183 Abs. 1 GSVG, § 171 Abs. 1 BSVG und § 119 B-KUVG.

Beziehungen zu den Krankenanstalten, die über Landesgesundheitsfonds finanziert werden gemäß § 148 ASVG (§ 97 GSVG, § 91 BSVG, § 68 Abs. 1 B-KUVG).

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Träger der Krankenanstalten und zu den Ländern (Landesgesundheitsfonds) gemäß Art. ~~25-43~~ Abs. ~~89~~, ~~40-11~~ und ~~44-12~~ der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der Fassung vom 01.10.2022.

LKF-Modellbeschreibung und Beschreibung des Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich in der im Behandlungsjahr jeweils gültigen Fassung.

B.

UMFANG UND INHALT

B. UMFANG UND INHALT

B.1 .Allgemeine Beschreibung

Für den Datenaustausch zwischen Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds und Sozialversicherung mittels elektronischer Datenträger wurden bundeseinheitliche Datensatzformate geschaffen.

Von einer Krankenanstalt/einem Landesgesundheitsfonds können mittels Datenfernübertragung

- Meldungen verschiedener Arten (z.B. Aufnahmeanzeigen, Entlassungsanzeigen, Leistungsdaten, etc.)
- Meldungen an verschiedene, zuständige Krankenversicherungsträger

erstattet werden. Ebenso werden die Rückmeldungen

- verschiedener Art
- von verschiedenen Sozialversicherungsträgern

den Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds auf einem Datenträger bzw. mit einer Datenfernübertragung übermittelt.

Die Übermittlung erfolgt grundsätzlich an die nach dem Sitz des Rechtsträgers der Krankenanstalt/des Landesgesundheitsfonds örtlich zuständige Gesundheitskasse bzw. ELDA bzw. an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung!

Der Krankenversicherungsträger übernimmt auch die Information der Krankenanstalt/des Landesgesundheitsfonds in grundsätzlichen Fragen zum Datenaustausch (Beschreibung des Datenträgeraufbaus, Verständigungen von Änderungen im Satzinhalt, Rückweisung nicht verarbeitungsfähiger Daten).

Die Meldungserstattung mittels elektronischen Datenträger ist jedenfalls mit dem für die Datenübernahme zuständigen Krankenversicherungsträger zu vereinbaren.

B.2 .Vereinbarung

Vor der Aufnahme von Übermittlungen muss eine schriftliche Vereinbarung zwischen

- der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds und
- dem übernehmenden Krankenversicherungsträger (Dachverband)

geschlossen werden.

Die Vereinbarung enthält folgende Angaben:

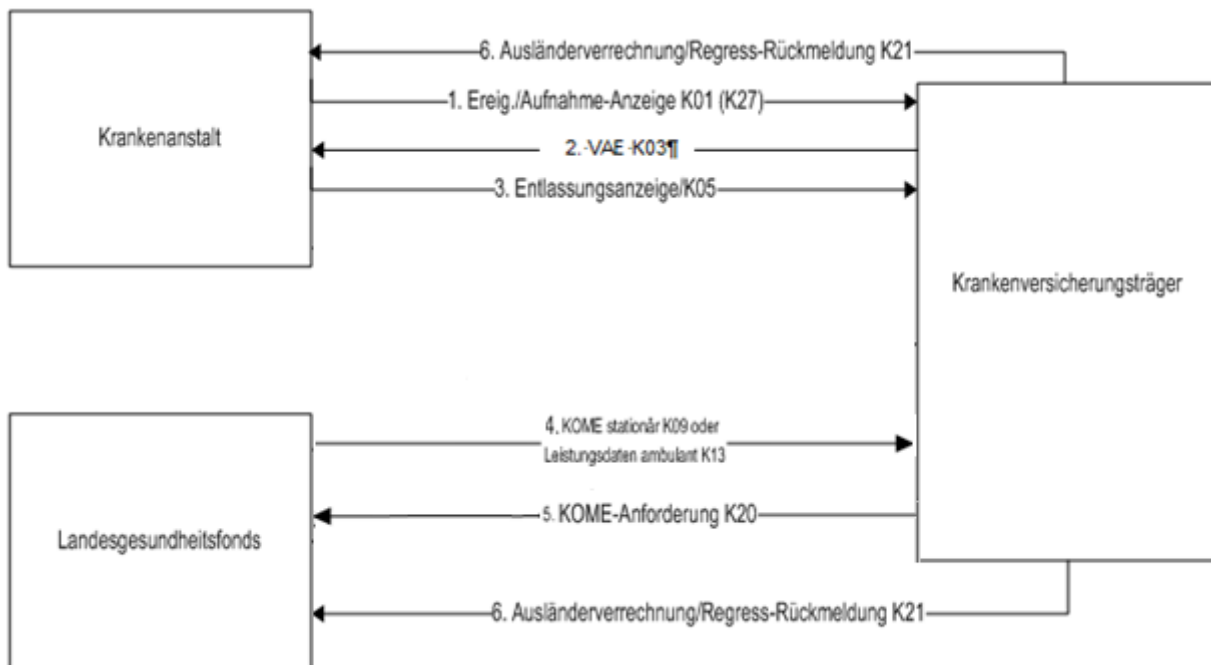
- die übermittelnde Stelle
Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle ist die Vertragspartnernummer der Krankenanstalten – siehe [Kapitel D.16.](#) - bzw. die Nummer des Übermittlers
- den datenübernehmenden Krankenversicherungsträger (Dachverband)
- die Verarbeitungen, für die Daten übermittelt werden
- Melderhythmus, Meldefristen, Verarbeitungstermine
- Datenfernübertragungsadresse

Die Vereinbarung bietet die Möglichkeit, die je Krankenversicherungsträger gewünschte Form der Datenübermittlung sicherzustellen.

B.3 Verarbeitungen

Mögliche Meldungen der Krankenanstalten/der Landesgesundheitsfonds, Rückmeldungen)

Die folgende Darstellung soll schematisch den Ablauf von möglichen Meldungen zwischen Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds und Krankenversicherungsträgern veranschaulichen:



1. Die Krankenanstalt schickt eine Ereignis-/Aufnahmeanzeige (SART K01) an den leistungszuständigen Krankenversicherungsträger (handelt es sich um einen EKV-K-Fall, so muss eine EKV-K-Datenmeldung – SART K27 – mitgeschickt werden).
2. Der Krankenversicherungsträger antwortet mit einer positiven oder negativen Versichertenanspruchserklärung (SART K03).
3. Die Krankenanstalt antwortet nach einer positiven Versichertenanspruchserklärung bei einem stationären Fall mit einer Entlassungsanzeige (SART K05). Nach Übermittlung einer negativen Versichertenanspruchserklärung ist kein Storno (SART K02) der Ereignis-/Aufnahmeanzeige (SART K01) zu übermitteln.
4. Die Kostenmeldung stationär (SART K09) wird für einen stationären Aufenthalt für jede (im Inland und Ausland) versicherte Person übermittelt. Die Leistungsdaten ambulant (SART K13) müssen für jeden ambulanten Besuch eines Patienten übermittelt werden.
Die Übermittlung der K09/K13 Datensätze an den Ziel-Krankenversicherungsträger, wird vom Landesgesundheitsfonds für die Krankenanstalt, über ELDA durchgeführt. Schickt der

Krankenversicherungsträger eine K20-Meldung an den Landesgesundheitsfonds, so hat dieser jedenfalls mit einer K09 bzw. K13-Meldung zu antworten.

5. Der Krankenversicherungsträger schickt an den zuständigen Landesgesundheitsfonds im Anlassfall (bei Ausländerverrechnung, Regress, Zugeteilte, Urgenzmeldung) eine Kostenmeldungsanforderung (SART K20).
6. Im Fall einer Ausländerverrechnung oder einem Regress informiert der Krankenversicherungsträger den zuständigen Landesgesundheitsfonds über den Status der Verrechnung durch die Meldung Ausländerverrechnung/Regress-Rückmeldung Datensatz K21. Die K21-Meldung erhält der Landesgesundheitsfonds.

Die oben angeführten Meldungen, ausgenommen K20-Meldung, können auch wieder storniert werden. In allen oben angeführten Verarbeitungen ist die Fehlerbehandlung durch Meldung von Fehleranzeigen vorgesehen.

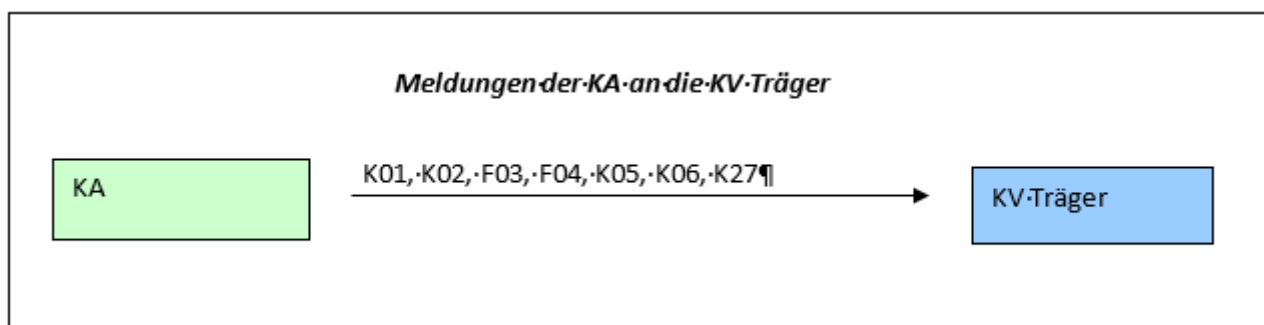
Die untenstehenden Bestandskennzeichen beziehen sich (nur) auf den Bestandsvorsatz der DVSV-Datendrehscheibe und werden nach Verarbeitung in der Vorpflegetagsdatenbank (VPTDB) gesetzt. Diese Änderungen ergaben sich aufgrund des Projektes Reorganisation Datenaustausch mit Krankenanstalten (ReDaKa):

- A2 - Anzeigen nach VPTDB-Verarbeitung
- L2 - Leistungsdaten stationär nach VPTDB-Verarbeitung
- A3 - Ausländerverrechnung nach VPTDB-Verarbeitung
- R2 - Regress nach VPTDB-Verarbeitung
- L3 - Leistungsdaten ambulant nach VPTDB-Verarbeitung

Meldungen der Krankenanstalten

1. Folgende Meldungen werden von den Krankenanstalten erstattet:
 - a) Anzeigen
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AN/WA¹
Aufnahme-, Ereignis-, Entlassungsanzeigen EKVK-Datenmeldung
2. Folgende Meldungen sind an den Krankenversicherungsträger vorgesehen:
 - a) Anzeigen
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: A2
Aufnahme-, Ereignis-, Entlassungsanzeigen, EKVK-Datenmeldung

Anmerkung: Die Umwandlung des Projekt-/Bestandskennzeichens erfolgt in der VPTDB.



¹ Aufnahme-/Ereignisanzeigen, welche von der Krankenanstalt über die DVSVD-DS einlangen und dort zum Zwecke der Pseudonymisierung verarbeitet werden, werden im Anschluss daran mit dem Bestandskennzeichen WA an den Ziel-KVT weitergeleitet.

Meldungen der Krankenversicherungsträger

1. Folgende Meldungen werden vom Krankenversicherungsträger erstattet:

- a) Anzeigen
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: A2
Versichertenanspruchserklärung (VAE)
- b) Anzeigen (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: A2
- c) Kostenmeldung stationär (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: L2
- d) Kostenmeldung stationär Ausländerverrechnung (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: A3
- e) Kostenmeldung stationär Regress (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: R2
- f) Leistungsdaten ambulant (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: L3
- g) Kostenmeldungsanforderung
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: L2
- h) Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regress
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: L2/R2/A3
- i) Kostenmeldungsanforderung ambulant
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: L3

2. Folgende Meldungen sind an die Krankenanstalt vorgesehen:

a) Anzeigen

Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung

Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AN

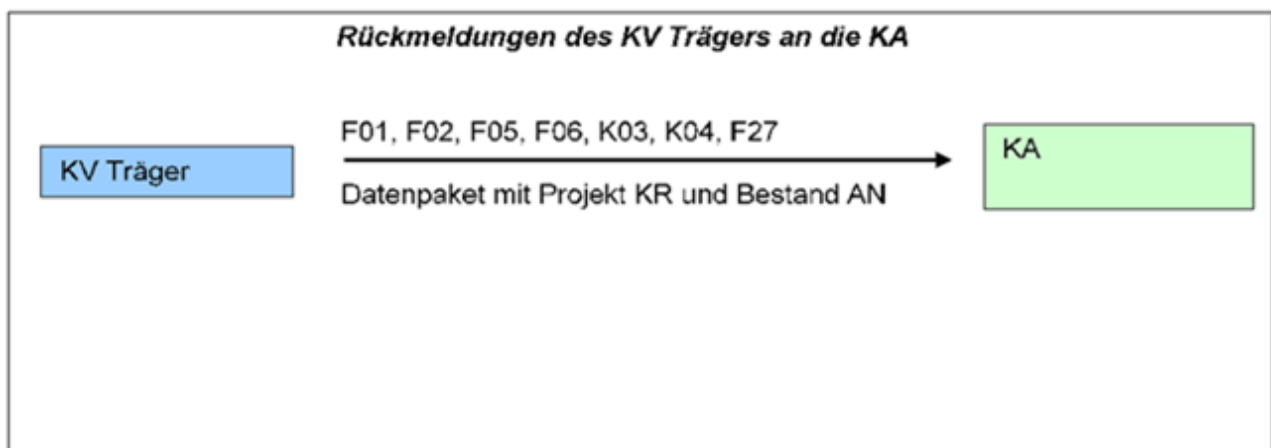
Versichertenanspruchserklärung (VAE)

b) Anzeigen (Fehlerrückmeldung)

Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung

Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AN

Anmerkung: Die Umwandlung des Projekt-/Bestandskennzeichens erfolgt in der VPTDB.



3. Folgende Meldungen sind an den Landesgesundheitsfonds vorgesehen:

- a) Kostenmeldung stationär (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LS
- b) Kostenmeldung stationär Ausländerverrechnung (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AV
- c) Kostenmeldung stationär Regress (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: RG
- d) Leistungsdaten ambulant (Fehlerrückmeldung)
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldungen
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LA
- e) Kostenmeldungsanforderung
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldungen
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LS
- f) Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regressive
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldungen
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung LS/RG/AV
- g) Kostenmeldungsanforderung ambulant
Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LA

Anmerkung: Die Umwandlung des Projekt-/Bestandskennzeichens erfolgt in der VPTDB.

Übersicht der Meldungen der Krankenversicherungsträger an den Landesgesundheitsfonds

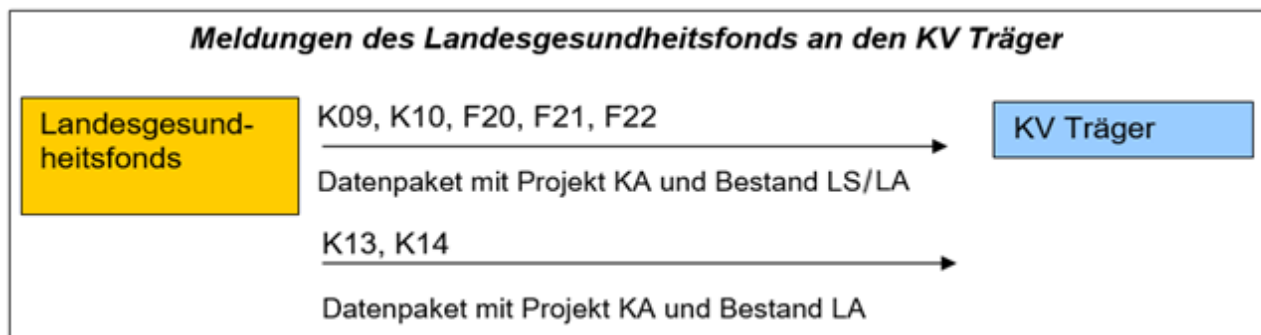


Meldungen der Landesgesundheitsfonds

1. Weitere Meldungen können von den Landesgesundheitsfonds erstattet werden:

- a) Kostenmeldung stationär
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LS
- b) Kostenmeldung stationär Ausländerverrechnung
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LS
- c) Kostenmeldung stationär Regress
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LS
- d) Leistungsdaten ambulant
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: LA

Übersicht der Meldungen des Landesgesundheitsfonds an den Krankenversicherungsträger



Kommentarsätze (SART K12) können in jedem Paket auf einen gültigen Datensatz folgen, Datensätze mit „F“ beginnend beinhalten Fehlerrückmeldung.

Übersicht der Meldungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt

Eine Aufnahmeanzeige ist seitens der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt nicht möglich!

B.4. Datensicherung

Der übernehmende Krankenversicherungsträger bewahrt die für einen anderen Krankenversicherungsträger übernommenen Daten solange auf, bis die korrekte Weiterleitung bestätigt wurde (auf eine darüberhinausgehende Datensicherung beim übernehmenden Versicherungsträger kann verzichtet werden).

Zu diesem Zweck wird zunächst jedem Krankenversicherungsträger ein Protokoll sowohl über die vom Dachverband übernommenen als auch über die vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung übermittelten Daten zur Verfügung gestellt (im Rahmen der Onlineabfrage der DVSV-Ein-/Ausgabedatenbanken, Ausdruck über Terminaldrucker; siehe auch [Kapitel C.3.](#)).

Wurden alle Bestände beim Dachverband der österreichischen Sozialversicherung übernommen, kann der übernehmende Sozialversicherungsträger diese Daten löschen. Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherung seinerseits löscht Daten fünf Arbeitstage nach der Weiterleitung bzw. nach Eintreffen einer Empfangsbestätigung.

B.5. Datenaustausch mit den AUVA-Unfallkrankenhäusern

1. Kostenträger: KV-Träger, leistungszuständig: KV-Träger (Freizeitunfall)

Meldungen der Unfallkrankenanstalten an den zuständigen Krankenversicherungsträger laufen wie bei allen anderen Krankenanstalten. Es sind Meldungen für Versicherte und zwischenstaatlich Betreute zu erstellen.

Zwischenstaatliche Fälle:

Derzeit werden noch keine zwischenstaatlichen Fälle aus dem ambulanten Bereich der Unfallkrankenanstalten gemeldet.

Nur unfallversicherte oder nicht versicherte Personen

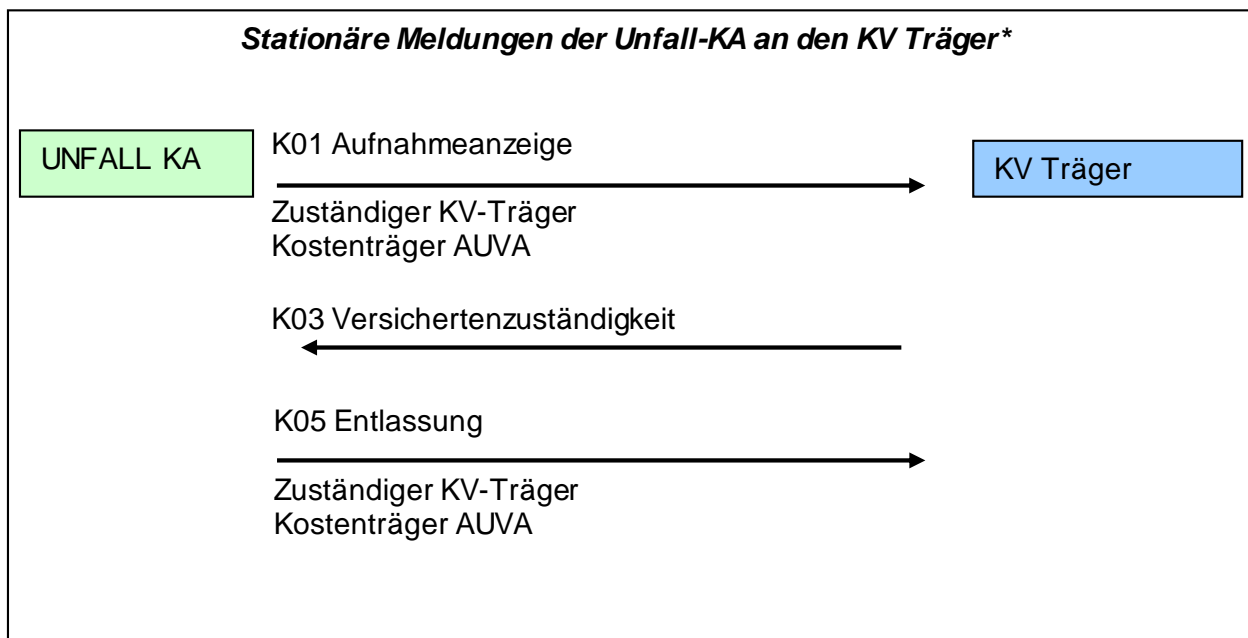
Es erfolgt keine Meldungen an einen Krankenversicherungsträger. Der Patient ist Selbstzahler.

2. Kostenträger: UV-Träger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) leistungszuständig: KV-Träger

In den folgenden Beispielen wird der Datenaustausch zwischen den Unfallkrankenanstalten und den zuständigen Krankenversicherungsträgern für den stationären und den ambulanten Bereich dargestellt. Die Meldungen der Unfallkrankenanstalten an den UV-Träger werden in den Beispielen nicht betrachtet.

Spezielle stationäre Meldung:

Erfolgt die Aufnahme eines Patienten in den stationären Bereich einer Unfallkrankenanstalt, wobei der zuständige Versicherungsträger ein Krankenversicherungsträger und der Kostenträger die AUVA ist, wird von der Unfallkrankenanstalt eine Aufnahmeanzeige an den zuständigen Krankenversicherungsträger und eine an den Kostenträger (AUVA) gemeldet. Die Unfallkrankenanstalt bekommt eine Versichertenanspruchserklärung (vom KV-Träger) zurückgemeldet.



*) die Meldung an den zuständigen KV-Träger ist notwendig um den stationären Aufenthalt beim KV-Träger zu vermerken.

Nur unfallversicherte Personen

Wenn der Patient in einer Einrichtung behandelt wird, stellt sich der Vorgang so dar, dass die Krankenanstalt aufgrund der e-card Daten ersehen kann, dass keine Krankenversicherung besteht. Die Krankenanstalt wird den Patienten daher mit aller Wahrscheinlichkeit als „Selbstzahler“ führen. Handelt es sich um einen vermuteten Arbeitsunfall, wendet sich der Patient an seinen Unfallversicherungsträger. Eine Meldung von der Krankenanstalt an die AUVA erfolgt jedenfalls nicht! Eine Meldung von der Krankenanstalt ist auch nicht notwendig, da die Leistungspflicht eines Unfallversicherungsträgers erst nach Abschluss eines Prüfverfahrens, ob im Einzelfall ein Arbeitsunfall (Berufskrankheit) vorliegt, entstehen kann.

3. Kostenträgerprüfung durch den UV-Träger

Besteht ein Arbeitsunfall, dann werden die Kosten zur Gänze vom Unfallversicherungsträger übernommen. Durch die Vorleistungspflicht des KV-Trägers, wenn eine Krankenversicherung als Angehöriger besteht, ist die Kostenübernahme vorerst gedeckt.

Durch den jährlichen Pauschalbetrag an die Krankenversicherung, den die AUVA leistet, sind die Vorleistungskosten der Krankenversicherung abgegolten.

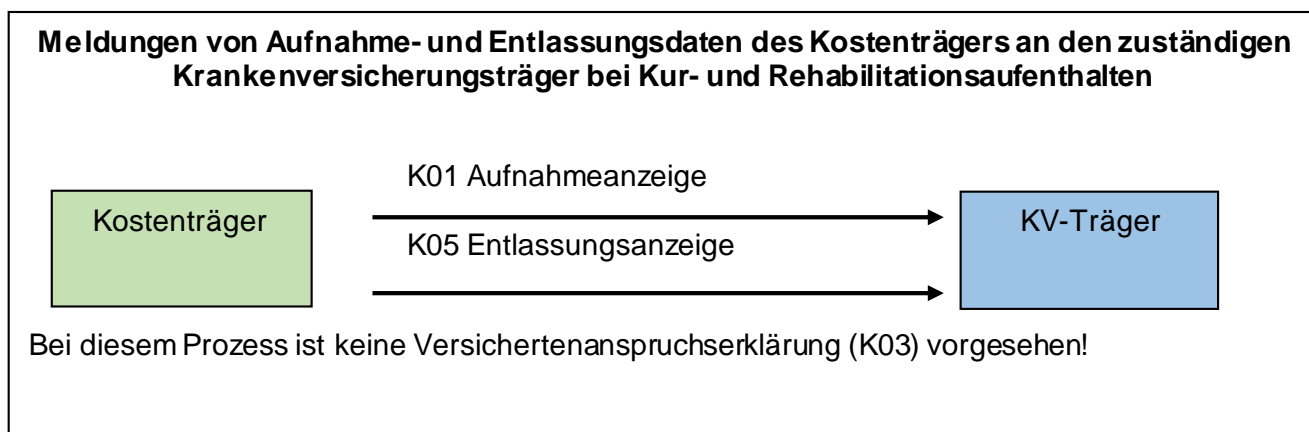
B.6. Übermittlung von Aufnahme- und Entlassungsdaten bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten

Dieses Kapitel beinhaltet die Meldungen von Aufnahme- und Entlassungsdaten von Personen, welche in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversichert sind und einen Aufenthalt auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers in einer Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung absolvieren. Dies betrifft sowohl ambulante als auch stationäre Kur- und Rehabilitationsaufenthalte. Es sind auch Unterbrechungen und Beurlaubungen zu melden.

Ausgenommen davon sind Aufenthalte aus dem Titel der stationären Anstaltspflege. Das Kapitel B.6. ist ausschließlich dem Kur-/Rehabilitationsbereich gewidmet.

Der Prozess dient lediglich zur Übermittlung von Aufnahme- und Entlassungsdaten an den zuständigen Krankenversicherungsträger – ein Eingriff in den Prozess des elektronischen Datenaustausches mit Kur- und Rehabilitationseinrichtungen laut Organisationsbeschreibung „EDIKUR“ ist nicht vorgesehen.

Die folgende Darstellung soll den Ablauf von möglichen Meldungen zwischen Kostenträger und zuständigen Krankenversicherungsträger veranschaulichen:



1. Folgende Meldungen werden von den Kostenträgern erstattet:

a) Anzeigen

Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldungen

Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AN

Aufnahme-, Ereignis-, Entlassungsmeldungen

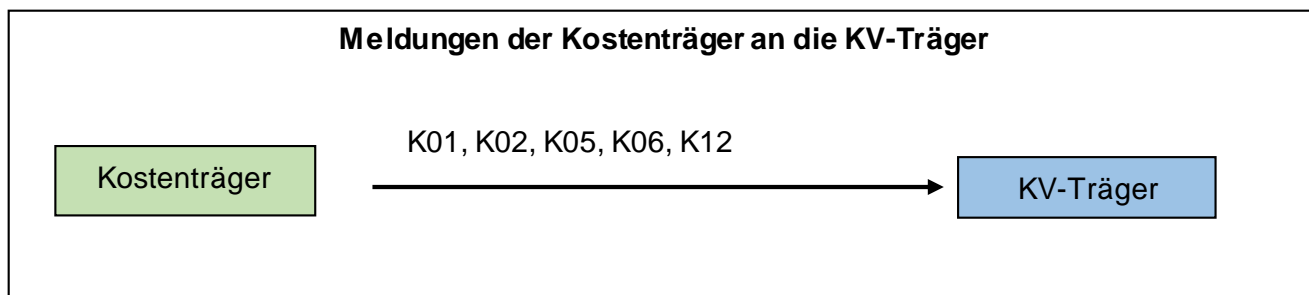
Die untenstehenden Bestandskennzeichen beziehen sich (nur) auf den Bestandsvorsatz der DVSV-Datendrehscheibe und werden nach Verarbeitung in der Vorpflegetagsdatenbank (VPTDB) gesetzt.

- A2 Anzeigen nach VPTDB Verarbeitung
- 2. Folgende Meldungen sind an den Krankenversicherungsträger vorgesehen:
 - a) Anzeigen
 - Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldungen
 - Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: A2
 - Aufnahme-, Ereignis-, Entlassungsmeldungen

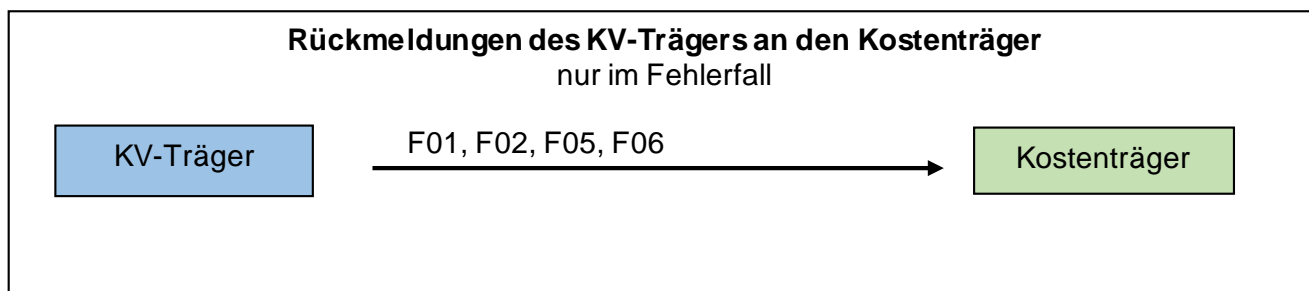
Anmerkung: Die Umwandlung des Projekt-/Bestandskennzeichens erfolgt in der VPTDB.

- 3. Folgende Meldungen sind an den Kostenträger vorgesehen:
 - b) Anzeigen (Fehlerrückmeldung)
 - Projekt: KR – Krankenanstaltenrückmeldungen
 - Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AN
 - Aufnahme-, Ereignis-, Entlassungsmeldungen

Anmerkung: Die Umwandlung des Projekt-/Bestandskennzeichens erfolgt in der VPTDB.



Die Übermittlung der Aufnahme-/Entlassungsmeldung hat zeitnah zu erfolgen.



Fehlerrückmeldungen sind mit entsprechendem Fehlercode (siehe [Kapitel D.12.](#) dieser Organisationsbeschreibung) zu berücksichtigen.

Die Meldung von Unterbrechungen und Urlauben werden analog des KA-Bereiches mit Erhöhung der Fallnummer gemeldet. Nähere Informationen sind dem [Kapitel D.4.](#) zu entnehmen.

Weiters gibt es optional die Möglichkeit, den Kommentarsatz (siehe [Kapitel E.10.](#)) zu verwenden. Kommentarsätze (K12) können jedem Paket auf einen gültigen Datensatz folgen, Datensätze mit „F“ beginnend beinhalten Fehlerrückmeldungen.

Im Identifikationsteil (siehe [Kapitel E.1.](#)) ist im Datenfeld KANR (Vertragspartnernummer der Krankenanstalt) die Vertragspartnernummer der Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung anzuführen. Für ausländische Einrichtungen, wo keine Vertragspartnernummer vorhanden ist, ist die Sammel-Vertragspartnernummer 000042 anzuführen.

Prinzipiell sind die Personendaten im ID-Teil zu befüllen. Wenn aber bei Angehörigen der Versicherte nicht ermittelt werden kann, dann ist der Angehörige als Versicherter zu melden.

C.

DATENÜBERMITTLUNG / VERWENDUNG

C. DATENÜBERMITTLUNG / VERWENDUNG

C.1. Allgemeines zur Datenübermittlung von einer Krankenanstalt/einem Landesgesundheitsfonds an einen Krankenversicherungsträger

Ein Übermittlungsvorgang kann einen oder mehrere Datenbestände beinhalten.

Ein Datenbestand enthält ausschließlich Daten

- zu einer Verarbeitung (z.B. Aufnahmeanzeigen, Leistungsdaten, etc.) und
- für einen zuständigen Krankenversicherungsträger.

Ein Datenbestand enthält

- Als ersten Satz einen Vorlaufsatz mit den Informationen
 - Zuständiger Krankenversicherungsträger
 - Datenträgernummer (Durchnummerierung der übermittelten Datenträger für Überprüfung der Verarbeitungsreihenfolge und Rückfragen)
 - Empfangender = datenübernehmender Krankenversicherungsträger
 - Übermittelnde Stelle (Vertragspartnernummer der Krankenanstalt bzw. Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF)
 - Projekt-, Bestandsbezeichnung/Verarbeitung
 - Erstellungsdatum
 - Datensatzversion
- die Datensätze
- als letzten Satz einen Schlusssatz mit der Satzanzahl der übermittelten Datensätze.

Datenbestände von einer Krankenanstalt an einen Krankenversicherungsträger

(z.B. NÖ Krankenanstalt an die Österreichische Gesundheitskasse)

Vorlaufsatz

SART = K00, PROJ = KA/AN, VSTR = 12

Datensätze

SART = Kxx

Schlussatz

SART = K99

Vorlaufsatz

SART = K00, PROJ = KA/AN, VSTR = 12

Datensätze

SART = Kxx

Schlussatz

SART = K99

Vorlaufsatz

SART = K00, PROJ = KA/LA, VSTR = 12

Datensätze

SART = Kxx

Schlussatz

SART = K99

Auflistung der Nummern der Landesgesundheitsfonds/des PRIKRAF:

Gesundheitsfonds	Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF
Wien	0000191
Niederösterreich	0920053
Burgendland	0023973
Oberösterreich	0069264
Steiermark	0087122
Kärnten	4011402
Salzburg	0078182
Tirol	0059463
Vorarlberg	0058751
PRIKRAF	2108194

C.1.1. Fehlerbehandlung

1. Rückweisung einer Übertragungssendung an das elektronische Datensammelsystem (ELDA)

Bei Übernahme eines Datenpakets durch ELDA werden

- Satzlängen
- Satzfolgen (Vorlaufsatz, Datensätze, Schlusssatz)
- Projektcodes (Berechtigung zum Senden bestimmter Daten)
- Satzanzahl (Schlusssatz, gelesene Sätze)

geprüft. Bei Auftreten eines Fehlers wird der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds eine entsprechende Fehlernachricht rückgesendet, der Sendevorgang wird mit „nicht in Ordnung“ beendet. Die Sendung ist von der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds nach Fehlerbereinigung zu wiederholen.

2. Rückweisung eines Bestandes

- Daten (Eigen- und Fremddaten ohne Unterschied) ohne Vorlaufsatz (FECO = A01) oder ohne Schlusssatz (FECO = A02)
- Datenbestände mit fehlerhaften Daten im Vorlaufsatz
 - ungültiger zuständiger Krankenversicherungsträger (FECO = A03)
 - Projektcode (FECO = A04)
 - Bestandsbezeichnung (FECO = A05)
 - Ordnungsbegriff der übermittelten Stelle (FECO = A06)
 - Erstellungsdatum (FECO = A07)
 - Erstellungszeit (FECO = A08) oder
 - Datenübernehmender Krankenversicherungsträger (FECO = A09)
 - Datenträgernummer (FECO = A11)
 - Gültigkeitsbereich (FECO = A12 und A13)
 - Datensatzversion (FECO = A14)
- Datensätze mit fehlerhaften Daten im Schlusssatz
 - Satzanzahldifferenzen Schlusssatz (gelesene Sätze, FECO = A10)
 - Ungültiger Versicherungsträger zum Vorlaufsatz (FECO = A15)

werden bei der Übernahme an die Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds zurückgewiesen.

Die Rückweisung eines Bestandes erfolgt seit 21.02.2017 ausschließlich durch die VPTDB mit einem entsprechenden Fehlercode (Feld FECO im Identifikationsteil, siehe [Kapitel E.1.](#); Fehlercodes siehe [Kapitel D.12.](#)) im Vorlaufsatz als Rückmeldung der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds. Die Rückweisung des Bestandes durch den Krankenversicherungsträger ist seit 21.02.2017 nicht mehr zulässig.

3. Rückweisung fehlerhafter Datensätze

Datensatzfehler (Formalfehler) werden vom zuständigen Krankenversicherungsträger festgestellt und als Rückmeldung – Fehleranzeige mit dem entsprechenden Fehlercode (Fehlercodes siehe [Kapitel D.12.](#)) der jeweiligen Krankenanstalt/dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds rückübermittelt.

C.2. Übermittlung an das Datensammelsystem der Sozialversicherung bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ELDA)

Technische Voraussetzungen

ELDA Software und ELDA online benötigen folgende Systemvoraussetzungen:

- Windows Betriebssystem ab Version Windows 7
- Aktuelle Version von Internet Explorer, Firefox oder Google Chrome
- Eine funktionierende Internetverbindung

Zusätzlich für die ELDA Software

- Microsoft .NET Version 3.5.

Sollten Sie nur eine .NET Version 4.0 oder höher installiert haben, so muss die Version 3.5 zusätzlich installiert werden.

ELDA-Software und ELDA Software Sendemodul

Die Datenübermittlung wickelt die Datenübertragung der Sozialversicherungsmeldungen vom ELDA-Kunden zum Datensammelsystem der Sozialversicherungen ab. Es ist für die Datenfernübertragung zum Datensammelsystem zwingend erforderlich.

Die Datenübertragung an das Datensammelsystem erfolgt über eine Internetverbindung mittels https- oder ftp-Protokoll.

Das ELDA-Sendemodul kann auch im Batchmodus aufgerufen werden. Im Batchmodus wird das Programm mit Übergabeparametern gestartet, die Datenübertragung läuft automatisiert.

Die Anbindung von ELDA an Abrechnungsprogramme erfolgt in der Regel über den Batchmodus.

Die ELDA-Software kann unter der Adresse www.elda.at heruntergeladen werden.

ELDA-Online

Der ELDA-Kunde kann seine Abrechnungen im Internet Online zum Datensammelsystem übertragen und abrufen. Eine Software-Installation am eigenen Rechner ist nicht notwendig.

Für diese Anwendung ist nur ein Internet-Browser (Anmerkung: derzeit Internet Explorer oder Firefox) als Voraussetzung notwendig. ELDA-Online ist unter <https://online.elda.at> oder www.elda.at zu finden.

Registrierung zu ELDA

Die Krankenanstalt / Der Landesgesundheitsfonds füllt das Anmeldeformular zum Datensammelsystem unter www.elda.at aus. Hierfür ist die Authentifizierung mittels Handysignatur oder Bürgerkarte erforderlich. Informationen zur Signatur finden Sie unter www.bürgerkarte.at.

Die Benutzerdaten für die Installation werden von ELDA dem Kunden per E-Mail übermittelt.
Die Vergabe eines Kundenpasswortes ist zwingend erforderlich.

Eine Liste der Servicestellen (Telefonnummern) der Gesundheitskasse, die zur Betreuung des Datensammelsystems eingerichtet wurden, ist auf der ELDA Homepage zu finden.

Kosten

Die Verwendung von ELDA ist kostenlos.

Ablauf der Datenfernübertragung

- ELDA stellt die Leitungsverbindung her, die Datenfernübertragung zum Datensammelsystem erfolgt. Der Zeitpunkt der Übertragung kann frei gewählt werden.
- Dem ELDA - Anwender wird am Bildschirm eine Mitteilung über die erfolgreiche Übertragung angezeigt.
- Wurde bei der Datenübernahme ins Datensammelsystem ein Fehler festgestellt, wird eine Fehlermeldung angezeigt. Die Übertragung muss nach Fehlerbereinigung von der Krankenanstalt / vom Landesgesundheitsfonds neuerlich gestartet werden.
- Vom Datensammelsystem aus werden die Daten über die Datendrehscheibe Dachverband der österreichischen Sozialversicherung an den zuständigen Krankenversicherungsträger weitergeleitet. Der Krankenversicherungsträger erstellt die Versichertenanspruchserklärung als Rückmeldung, die Rückmeldung steht am Datensammelsystem zur Abholung bereit.
- Die Krankenanstalt / Der Landesgesundheitsfonds kann die Rückmeldung vom Datensammelsystem abholen.
- Bei der nächsten Datenübermittlung der Krankenanstalt / des Landesgesundheitsfonds an das Datensammelsystem, holt ELDA Rückmeldungen (soweit vorhanden) automatisch ab.

C.3. Übermittlungsarten je Versicherungsträger

Für den Datenaustausch mit Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds kann folgende Übermittlungsart eingesetzt werden:

1. Datenfernübertragung (DFÜ)

Der Einsatz von Datenfernübertragung ist in allen Details mit dem datenübernehmenden Krankenversicherungsträger bzw. mit dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherung zu vereinbaren.

C.4. Übermittlung von einem Krankenversicherungsträger an eine Krankenanstalt/einen Landesgesundheitsfonds

Der Krankenversicherungsträger gibt zum vereinbarten Zeitpunkt Daten mit einem oder mehreren Datenbeständen, welche sich aus allen bis zu diesem Zeitpunkt eingelangten bzw. selbst erstellten Rückmeldungen ergeben, aus.

Bei Rückmeldungen von anderen Krankenversicherungsträgern sind die Datensätze mit Satzzeichen 1 und 4 bzw. das Satzzeichen 3 vor der Ausgabe zu entfernen.

Eine Übermittlung (ein Datenträger) kann einen oder mehrere Datenbestände beinhalten.

Ein Datenbestand enthält ausschließlich Daten

- zu einer Verarbeitung und
- für einen zuständigen Krankenversicherungsträger.

Ein Datenbestand enthält

- als ersten Satz einen Vorlaufsatz mit den Informationen
 - zuständiger Krankenversicherungsträger
 - Datenträgernummer (Durchnummerierung der übermittelten Datenträger für Überprüfung der Verarbeitungsreihenfolge und Rückfragen)
 - Krankenversicherungsträger, der den Datenaustausch mit der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds vornimmt
 - empfangende Stelle (Vertragspartnernummer der Krankenanstalt bzw. Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF)
 - Projekt-, Bestandsbezeichnung/Verarbeitung
 - Erstellungsdatum
- die Datensätze
- als letzten Satz einen Schlusssatz mit der Satzanzahl der übermittelten Datensätze.

Die Übermittlung erfolgt in fixer Satzlänge.

Besteht eine Übermittlung aus mehreren Datenträgern, so muss jeder Datenträger für sich verarbeitbar sein, d.h.

- mit einem Vorlaufsatz beginnen,
- mit einem Schlusssatz (mit entsprechender Datensatzanzahl) enden und
- jeder Datenträger eine eigene Datenträgernummer aufweisen.

Datenbestände von einem Krankenversicherungsträger an eine Krankenanstalt

(z.B. Österreichische Gesundheitskasse an NÖ-Krankenanstalt)

Vorlaufsatz

SART = K00, PROJ = KR/AN, VSTR = 12, DVST = 12

Datensätze

SART = Kxx

Schlussatz

SART = K99

Vorlaufsatz

SART = K00, PROJ = KR/AN, VSTR = 12, DVST = 12

Datensätze

SART = Kxx

Schlussatz

SART = K99

Vorlaufsatz

SART = K00, PROJ = KR/LA, VSTR = 12, DVST = 12

Datensätze

SART = Kxx

Schlussatz

SART = K99

C.4.1. Erstellung von Rückmeldungen durch den zuständigen Krankenversicherungsträger

Für Rückmeldungen ist pro Verarbeitung und Krankenanstalt/Landesgesundheitsfonds ein Datenbestand zu erstellen.

Dieser enthält

- als ersten Satz einen Vorlaufsatz mit den Informationen
 - zuständiger Krankenversicherungsträger = erstellender Krankenversicherungsträger
 - Datenträgernummer = Datenträgernummer aus dem Vorlaufsatz der die Rückmeldung begründenden Daten
 - Krankenversicherungsträger, der den Datenaustausch mit der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds vornimmt
 - Zuständige Krankenanstalt/Zuständiger Landesgesundheitsfonds = übermittelnde Stelle
 - Projekt = KR, Bestandsbezeichnung/Verarbeitung
 - Erstellungsdatum
 - Gültigkeitsbereich der rückgemeldeten Daten
- die Datensätze
- als letzten Satz einen Schlusssatz mit der Satzanzahl der übermittelten Datensätze.

Alle Datensätze eines Datenbestandes haben die gleiche Satzlänge (fixe Satzlänge).

C.4.2. Mögliche Projekt- und Bestandskennzeichen für die Kommunikation über die DVSV-Datendrehscheibe

Eingehend									
KH/Fonds an DDS (vor VPTDB)					DDS (nach VPTDB) an KVT				
Vorsatz DDS („1“er)			K00		Vorsatz DDS („1“er)			K00	
PROJ	BEST	TEST KZ	PROJ	BEST	PROJ	BEST	TEST KZ	PROJ	BEST
KA	AN		KA	AN	KA	A2		KA	AN
KA	LS		KA	LS	KA	L2		KA	LS
KA	LA		KA	LA	KA	L3		KA	LA
KA	AV		KA	AV	KA	A3		KA	AV
KA	RG		KA	RG	KA	R2		KA	RG
KA	AN	T	K1	AN	KA	A2	T	KA	AN
KA	LS	T	K1	LS	KA	L2	T	KA	LS
KA	LA	T	K1	LA	KA	L3	T	KA	LA
KA	AV	T	K1	AV	KA	A3	T	KA	AV
KA	RG	T	K1	RG	KA	R2	T	KA	RG

Ausgehend									
KVT an DDS (vor VPTDB)					DDS (nach VPTDB) an KH/Fonds				
Vorsatz DDS („1“er)			K00		Vorsatz DDS („1“er)			K00	
PROJ	BEST	TEST KZ	PROJ	BEST	PROJ	BEST	TEST KZ	PROJ	BEST
KR	A2		KR	AN	KR	AN		KR	AN
KR	L2		KR	LS	KR	LS		KR	LS
KR	L3		KR	LA	KR	LA		KR	LA
KR	A3		KR	AV	KR	AV		KR	AV
KR	R2		KR	RG	KR	RG		KR	RG
KR	A2	T	K2	AN	KR	AN	T	K2	AN
KR	L2	T	K2	LS	KR	LS	T	K2	LS
KR	L3	T	K2	LA	KR	LA	T	K2	LA
KR	A3	T	K2	AV	KR	AV	T	K2	AV
KR	R2	T	K2	RG	KR	RG	T	K2	RG

D.

Datenbeschreibung / Datenfelder

D. DATENBESCHREIBUNG / DATENFELDER

D.1. SART - Satzart

3 Stellen alphanumerisch

- K00 - Vorlaufsatz
- K01 - Aufnahmeanzeige, Ereignisanzeige
- K02 - Storno Aufnahmeanzeige
- K03 - Versichertenanspruchserklärung
- K04 - Storno Versichertenanspruchserklärung
- K05 - Entlassungsanzeige
- K06 - Storno Entlassungsanzeige
- K09 - Kostenmeldung stationär RG/AV/KO
- K10 - Storno Kostenmeldung stationär RG/AV/KO
- K12 - Kommentar
- K13 - Leistungsdaten ambulant
- K14 - Storno Leistungsdaten ambulant
- K20 - Kostenmeldungsanforderung
- K21 - Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse
- K22 - Storno Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse
- K27 - EKVK-Datenmeldung
- K99 - Schlusssatz

Die Satzart identifiziert die gemeldeten Daten.

Zur Kennzeichnung von Fehlerrückmeldungen (Formalfehler) wird das Kennzeichen „K“ in der Satzart durch das Kennzeichen „F“ ersetzt. Die mittels Fehlerrückmeldung behandelten Fehlerarten sind dem [Kapitel D.12.](#) – Fehlercodes zu entnehmen.

Die Angabe der Satzart ist zwingend.

D.2. VPNR – Vertragspartnernummer

6 Stellen numerisch

Der Ordnungsbegriff Vertragspartnernummer wird im Dachverband der österreichischen Sozialversicherung verwaltet. Die Vertragspartnernummer ist numerisch, 6-stellig, wobei die 6. Stelle eine Prüfziffer ist, welche die Richtigkeit der Vertragspartnernummer gewährleistet.

Die Vertragspartnernummer hat folgenden Aufbau:

L L L L L	P
	Prüfziffer
Laufnummer	

Die Prüfziffer (P) wird auf folgende Art errechnet:

Vertragspartnernummer:	7	4	1	2	5
	x	x	x	x	x
Faktorenreihe:	3	7	5	1	6
	21	28	5	2	30

$$= 86 : 11 = 7, \text{ Rest } 9 = \text{Prüfziffer (P)}$$

Jede Stelle der Vertragspartnernummer wird mit einem Faktor multipliziert – Faktorenreihe: 37516. Die Prüfziffer ist der Rest aus der Summe der Produkte geteilt durch 11.

Ergibt sich ein Divisionsrest von 10, so lautet die Prüfziffer in jedem Fall 5.

Ergibt der Divisionsrest 0-9, dann gelten folgende zwei Regeln:

1. Divisionsrest = Prüfziffer
2. Divisionsrest erhöht um 5 = Prüfziffer. Ist die daraus resultierende Ziffer größer gleich 10, so ist die Zehnerstelle zu entfernen

Beispiel #1:

Die Laufnummer 28902 ergibt, aufgrund des Divisionsrests von 9, die **zwei** Vertragspartnernummern 28902**9** und 28902**4**.

Beispiel #2:

Die Laufnummer 10540 ergibt, aufgrund des Divisionsrests von 10, eine Vertragspartnernummer 10540**5**.

D.3. AUFZL – Aufnahmezahl

12 Stellen alphanumerisch

Hier ist die krankenhausintern zu vergebende Aufnahmezahl des Patienten anzugeben, die ein – zu einem späteren Zeitpunkt notwendige – Identifikation des Falles in der Krankenanstalt gewährleisten soll. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass Patientenaufnahmezahlen in der Krankenanstalt über mehrere Jahre hindurch einmal vergeben werden. Die Fallidentifikation über die Aufnahmezahl ist notwendig um krankenhausintern nachträgliche Überprüfungen und Korrekturen jener Datensätze durchführen zu können, die sich im Zuge von Prüfroutinen und Plausibilitätskontrollen als unrichtig bzw. unwahrscheinlich herausstellen.

Im stationären Bereich ist die Aufnahmezahl maximal 10 Stellen lang, im ambulanten Bereich maximal 12 Stellen lang.

Betrifft Übermittlung von Aufnahme- und Entlassungsdaten bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten:

Ist die Aufnahmezahl nicht bekannt, liefert der UV-/PV-Träger einen eindeutigen Schlüssel beginnend mit

A – für AUVA

P – für PVA

V – für BVAEB

D.4. FANU – Fallnummer

2 Stellen numerisch

laufende Nummer bei Beurlaubungen mit 0 beginnend

Beurlaubte Patienten (Entlassungsschlüssel ENTS bei SART „K05 – Entlassungsanzeige“ = Urlaub) werden mit der gleichen Aufnahmezahl nach der Beurlaubung in den stationären Bereich aufgenommen.

Handelt es sich um eine Verlängerungsanzeige oder eine SART K09, ist eine Fallnummer mit einer „00“ befüllt.

D.5. KOST – Kostenträger (leistungszuständig)

4 Stellen alphanumerisch

1. und 2. Stelle Code, 3. und 4. Stelle blank

- 02 – Pensionsversicherungsanstalt
- 03 – Sozialversicherung der Selbständigen als Unfallversicherungsträger
- 05 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Eisenbahn Bergbau
- 06 – Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats
- 07 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Öffentlich Bedienstete
- 08 – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
- 09 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – UV*
- 11 – Österreichische Gesundheitskasse
- 12 – Österreichische Gesundheitskasse
- 13 – Österreichische Gesundheitskasse
- 14 – Österreichische Gesundheitskasse
- 15 – Österreichische Gesundheitskasse
- 16 – Österreichische Gesundheitskasse
- 17 – Österreichische Gesundheitskasse
- 18 – Österreichische Gesundheitskasse
- 19 – Österreichische Gesundheitskasse
- 40 – Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen - gewerbliche Wirtschaft
- 50 – Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen - Landwirtschaft
- 1A – KFA der Stadt Wien
- 4A – KFA der Landeshauptstadt Linz
- 4B – KFA für oberösterreichische Gemeindebeamte
- 5A – KFA der Landeshauptstadt Graz
- 7A – KFA der Magistratsbeamten - Stadt Salzburg
- 8B – KF der Tiroler Gemeindebeamten
- 8C – KF der Tiroler Landesbeamten
- 8D – KF der Tiroler Landeslehrer

*betrifft ausschließlich den Kur-/Rehabereich ([siehe Kapitel B.6.](#))

Der Kostenträger bezeichnet jene Stelle, welche für die Leistung aufkommt.

Bei Datenmeldungen aus den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger könnte dieses Feld auch auf andere Versicherungsträgercodes erweitert werden.

D.6. VSTR – zahlungszuständiger Versicherungsträger

4 Stellen alphanumerisch

1. und 2. Stelle Code, 3. und 4. Stelle blank

02 – Pensionsversicherungsanstalt

03 – Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen als Unfallversicherungsträger

05 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Eisenbahn Bergbau

06 – Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats

07 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Öffentlich Bedienstete

08 – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

09 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – UV*

11 – Österreichische Gesundheitskasse

12 – Österreichische Gesundheitskasse

13 – Österreichische Gesundheitskasse

14 – Österreichische Gesundheitskasse

15 – Österreichische Gesundheitskasse

16 – Österreichische Gesundheitskasse

17 – Österreichische Gesundheitskasse

18 – Österreichische Gesundheitskasse

19 – Österreichische Gesundheitskasse

40 – Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen - gewerbliche Wirtschaft

50 – Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen - Landwirtschaft

1A – KFA der Stadt Wien

4A – KFA der Landeshauptstadt Linz

4B – KFA für oberösterreichische Gemeindebeamten

5A – KFA der Landeshauptstadt Graz

7A – KFA der Magistratsbeamten - Stadt Salzburg

8B – KF der Tiroler Gemeindebeamten

8C – KF der Tiroler Landesbeamten

8D – KF der Tiroler Landeslehrer

*betrifft ausschließlich den Kur-/Rehabereich ([siehe Kapitel B.6.](#))

Die Angabe bezeichnet den leistungszuständigen Versicherungsträger, für den die Daten bestimmt sind bzw. den verarbeitenden Versicherungsträger von dem Rückmeldungen erstellt werden. Diese Angabe ist unabhängig davon, von welchen Versicherungsträger die Daten übermittelt wurden.

D.7. KOMM – Kommentarsatz

1 Stelle alphanumerisch

0 - kein Kommentarsatz

1 - Kommentarsatz folgt

D.8. VSNR (AVSNR) – Versicherungsnummer

10 Stellen numerisch

Versicherungsnummer in der Form:

LLLPTTMMJJ	LLL	Laufnummer
	P	Prüfziffer
	TTMMJJ	Geburtsdatum. Bei unbekanntem Geburtsdatum fingiertes Datum bestehend aus
	TT	= 01 -31
	MM	= 13 -15
	JJ	= Geburtsjahr

Ist die Versicherungsnummer nicht bekannt, ist das Geburtsdatum anzugeben.

10 Stellen Geburtsdatum (nur wenn die Versicherungsnummer des Patienten unbekannt ist) in der Form 0000TTMMJJ → TTMMJJ = Geburtsdatum.

Die Angabe einer gültigen Versicherungsnummer ist grundsätzlich zwingend.

D.9. AKGR (AAKGR) – akademischer Grad

AUFGELASSEN

D.10. GESCHL – Geschlecht

1 Stelle alphanumerisch

M – männlich

W – weiblich

X – Divers

O – offen

I - inter

D.11. VGR – Versichertengruppe/Kategorie

2 Stellen alphanumerisch

- 01 – erwerbsfähig, arbeitslos, selbstversichert, Asylwerber Flüchtling
- 05 – Pensionist
- 07 – Kriegshinterbliebener
- 20 – Opferfürsorgegesetz
- 21 – Kriegsopferversorgungsgesetz, Heeresversorgungsgesetz
- 22 – Kriegsopferversorgungsgesetz – Deutschland
- 23 – Strafvollzugsgesetz, Impfschadengesetz
- 24 – Verbrechensopfergesetz
- 25 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchung – Nichtversicherte
- 29 – Zwischenstaatlich dauerbetreut (mit ECARD)

Bei vorübergehend Betreuten Patienten mit EKVK, PEB, E112, S2 oder bilateralen Anspruchsnachweisen ist das VGR mit dem Fremdstaatencode zwingend der ISO-A2-Code (ISO 3166 – 1) anzugeben.

Weitere Informationen unter:

http://www.iso.org/iso/country_codes/iso_3166_code_lists/english_country_names_and_code_elements.htm

Ausnahme: Beim Vereinten Königreich Großbritannien wird nicht der ISO-A2-Code „GB“ sondern Code „UK“ gemeldet.

YY = der Krankenanstalt bzw. dem Landesgesundheitsfonds ist der Staat nicht bekannt. Mit diesem Kennzeichen werden die Meldungen für den KV-Träger als zwischenstaatliche Meldungen markiert (in XDOK Kostenträger L1-L9). Der KV-Träger meldet der Krankenanstalt bzw. dem Landesgesundheitsfonds den korrekten ISO A2 Staatencode über die Meldung ([Kapitel E.13](#). Ausländerverrechnung/Regress – Rückmeldung).

Die Versichertengruppe/Kategorie wird vom KV-Träger in der Versichertenanspruchserklärung wenn der Patient versichert ist – zurückgemeldet. Die Krankenanstalt entnimmt für den Identifikationsteil ihrer Datenmeldung die VGR dem e-card-System. Ist der Patient nicht im e-card-System vorhanden, muss die Krankenanstalt die VGR beim Patienten erfragen.

Bei Kostenabrechnungen zwischen Mitgliedsstaaten (MS) ist kein Unterschied mehr, ob es sich um einen Staatsbürger dieses Mitgliedsstaates handelt oder um einen Drittstaatler aus einem Nicht-Mitgliedsstaat.

D.12. FECO – Fehlercode

3 Stellen alphanumerisch

Der Fehlercode bezeichnet bei der Fehlerrückmeldung (SART „FXX“) den Fehler, der zur Rückweisung der Daten führte.

Wird ein rein numerischer Fehlercode angeführt (siehe Punkt 2), dann wird dieser als 3-stelliger Code, rechtsbündig und mit führenden Nullen angegeben.

1. Fehler, die sich auf den Datenbestand, den Vorlaufsatz und den Schlusssatz beziehen und die zur Rückweisung des gesamten Datenbestandes seitens ELDA führen:

Fehler-code	Satz-art	Feld-name	Beschreibung	siehe Kapitel
A01			Daten ohne Vorlaufsatz	
A02			Daten ohne Schlusssatz	
A03	K00	VSTR	ungültiger zuständiger Versicherungsträger	D.6
A04	K00	PROJ	ungültiger Projektcode	D.14
A05	K00	BEST	ungültige Bestandsbezeichnung	D.15
A06	K00	OBUS	ungültiger Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle	D.16
A07	K00	EDAT	ungültiges Erstellungsdatum - formal unrichtig	
A08	K00	EZEI	ungültige Erstellungszeit - formal unrichtig	
A09	K00	DVST	ungültiger datenübernehmender Versicherungsträger	D.17
A10	K99	SANZ	Satzanzahldifferenzen im Schlusssatz (gelesene Sätze)	
A11	K00	DTNR	Datenträgernummer formal unrichtig bzw. nicht aufsteigend	
A12			Reserve	
A13			Reserve	
A14	K00	DVERS	Datensatzversion, Versionsnummer nicht gültig	D.49
A15	K99	IDTEIL	ungültiger oder zum Vorlaufsatz ungleicher Versicherungsträger (Feld VSTR)	D.6
A16	K00		Paketabweisung da Satzlänge in mind. einem der Datensätze dieses Paketes nicht korrekt. Betroffener Datensatz mit E2 in FECO markiert.	
E2			Satzlänge dieses Datensatzes nicht korrekt. Zusätzlich Paketabweisung als F00 mit FECO A16.	

2. Fehler, die sich auf den Datenbestand, den Vorlaufsatz und den Schlusssatz beziehen und die zur Rückweisung des gesamten Datenbestandes seitens der VPTDB führen:

Fehler-code	Satz-art	Feld-name	Beschreibung	siehe Kapitel
V01			Daten ohne Vorlaufsatz	
V02			Daten ohne Schlusssatz	
V03	K00	VSTR	ungültiger zuständiger Versicherungsträger	D.6
V04	K00	PROJ	ungültiger Projektcode	D.14
V05	K00	BEST	ungültige Bestandsbezeichnung	D.15
V06	K00	OBUS	ungültiger Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle	D.16
V07	K00	EDAT	ungültiges Erstellungsdatum - formal unrichtig	
V08	K00	EZEI	ungültige Erstellungszeit - formal unrichtig	
V09	K00	DVST	ungültiger datenübernehmender Versicherungsträger	D.17
V10	K99	SANZ	Satzanzahldifferenzen im Schlusssatz (gelesene Sätze)	
V11	K00	DTNR	Datenträgernummer formal unrichtig bzw. nicht aufsteigend	

V12			Reserve	
V13	K00	PROJ	Testdaten auf Produktionsumgebung	D.14.
V14	K00	DVERS	Datensatzversion, Versionsnummer nicht gültig	D.49
V15	K99	IDTEIL	ungültiger oder zum Vorlaufsatz ungleicher Versicherungsträger (Feld VSTR)	D.6
V16	K00		Paketabweisung da Satzlänge in mind. einem der Datensätze dieses Paketes nicht korrekt. Betroffener Datensatz mit E2 in FECO markiert.	
E2			Satzlänge dieses Datensatzes nicht korrekt. Zusätzlich Paketabweisung als F00 mit FECO V16.	

3. Fehler, die sich auf den Inhalt der Datenfelder beziehen und die zur Rückweisung eines Datensatzes führen:

Fehler-code	Feldname	Beschreibung	siehe Kapitel
001		frei	
002	SART	Satzart ungültig	D.1
003	VPNR	Vertragspartnernummer formal unrichtig bzw. keine Krankenanstalten-VPNR	D.2
004	AUFZL	Aufnahmezahl formal unrichtig	D.3
005	FANU	Fallnummer formal unrichtig bzw. nicht numerisch	D.4
006	FANU	Fallnummer passt nicht zur Letztmeldung	
007	KOST	Kostenträger formal unrichtig bzw. nicht vorgesehen	D.5
008	VSTR	zuständiger Versicherungsträger formal unrichtig	D.6
009	AUFN	Aufnahmedatum formal unrichtig	
010	ENTL	Entlassungsdatum fehlt bzw. formal unrichtig	
011	KOMM	Kommentarsatz, Code falsch	D.7
012	VSNR	Versicherungsnummer formal unrichtig	D.8
013	ZUNA	Zuname fehlt	
014	VONA	Vorname fehlt	
015		frei	
016	GESCHL	Geschlecht nicht vorgesehen	D.10
017	GEBDAT	Geburtsdatum fehlt bzw. formal unrichtig	
018	sKOMM	siehe Kommentarsatz	E.10.
019	VGR	Versichertengruppe nicht vorgesehen	D.11
020	AVSNR	Versicherungsnummer, wenn Patient Angehöriger, formal unrichtig	
021	AZUNA	Zuname fehlt (Angehöriger ist Patient) bzw. nicht gestattet (Versicherter ist Patient)	
022	AVONA	Vorname fehlt (Angehöriger ist Patient) bzw. nicht gestattet (Versicherter ist Patient)	
023	AAKRG	Akadem. Grad nicht vorgesehen (Angehöriger ist Patient) bzw. nicht gestattet (Versicherter ist Patient)	D.9
024	AGESCHL	Geschlecht Angehöriger nicht vorgesehen	D.10
025	AGEBDAT	Geburtsdatum fehlt (Angehöriger ist Patient) bzw. formal unrichtig bzw. nicht gestattet (Versicherter ist Patient)	
026	KONR	Kostenstellennummer formal unrichtig	
027	BETREU	Betreuungsschein nicht vorgesehen	D.24
028	FECO	Fehlercode nicht vorgesehen	D.12
029		frei	
030	EREIG	Ereignisanzeige nicht vorgesehen	D.19
031	KANKZ	Anstaltsart-Kennzeichen nicht vorgesehen	D.20
032	FKRA	Abteilung Funktionscode nicht vorgesehen	D.21
033	FKRASU	Abteilung Subcode nicht vorgesehen	D.21
034		frei	
035	KLAS	Klasse nicht vorgesehen	D.22
036	PAR	Unabweisbarkeitsparere, Gutachten nicht vorgesehen	D.23

037		frei	
038	STAAT	Staatsbürgerschaftsschlüssel nicht vorgesehen	D.24
039		frei	
040	DGLKZ	Länderkennzeichen des Dienstgebers nicht vorgesehen	D.24
041	DGPLZL	Postleitzahl des Dienstgebers formal unrichtig	
042	DGORT	Ort des Dienstgebers muss leer sein, wenn Dienstgebername (DGNA) leer	
043		frei	
044	PALKZ	Länderkennzeichen des Patienten nicht vorgesehen	D.24
045	PAPLZL	Postleitzahl des Patienten formal unrichtig	
046		frei	
047	AGEBNA	Geburtsname Eintrag nicht gestattet wenn Versicherter Patient ist	
048	ASTAND	Familienstand nicht vorgesehen bzw. formal unrichtig	D.25
049	ANGE	Angehörigeneigenschaft nicht vorgesehen bzw. formal unrichtig	D.26
050	DIAG1	Diagnosenschlüssel 1 formal unrichtig bzw. in ICD10-Schlüssel nicht enthalten	
051	DIAG1U1	Diagnosenschlüssel 1 Untergliederung 1 formal unrichtig bzw. nicht gestattet	
052		frei	
053	DIAG2	Diagnosenschlüssel 2 formal unrichtig bzw. in ICD10-Schlüssel nicht enthalten	
054	DIAG2U1	Diagnosenschlüssel 2 Untergliederung 2 formal unrichtig bzw. nicht gestattet	
055		frei	
056	DIAG3	Diagnosenschlüssel 3 formal unrichtig bzw. in ICD10-Schlüssel nicht enthalten	
057	DIAG3U1	Diagnosenschlüssel 3 Untergliederung 3 formal unrichtig bzw. nicht gestattet	
058		frei	
059	FREVER	Verdacht auf Fremdverschulden nicht vorgesehen	D.27
060		frei	
061	URS	Ursache der Behandlung nicht vorgesehen	D.28
062	ENTBDAT	Entbindungsdatum formal unrichtig	
063	USVPCR	überweisende Stelle (Vertragspartnernummer) formal unrichtig	D.2
064	USNA	Name der überweisenden Stelle fehlt (nur wenn USVPCR nicht vorhanden)	
065	USLKZ	Länderkennzeichen der überw. Stelle fehlt (nur wenn USVPCR nicht vorhanden) bzw. nicht vorgesehen	D.24
066	USPLZL	Postleitzahl der überw. Stelle fehlt (nur wenn USVPCR nicht vorhanden) bzw. formal unrichtig	
067	USORT	Ort der überweisenden Stelle fehlt (nur wenn USVPCR nicht vorhanden)	
068	ERDAT	Ereignisdatum formal unrichtig bzw. vor Aufnahmedatum	
069	VTAG	Anzahl der Verlängerungstage fehlt	
070		frei	
080	ENTS	Entlassungsschlüssel nicht vorgesehen	D.36
081	DIAGQ	Diagnosenqualifikation nicht vorgesehen	D.37
082	HDIAG	Hauptdiagnosenschlüssel formal unrichtig bzw. in ICD10-Schlüssel nicht enthalten	
083	HDIAGU1	Hauptdiagnose Untergliederung 1 formal unrichtig bzw. nicht gestattet	
084		frei	
085	ZDIAG1-9	Zusatzdiagnose formal unrichtig bzw. in ICD10-Schlüssel nicht enthalten	
086	ZDIAG1U1-9	Zusatzdiagnose Untergliederung formal unrichtig bzw. nicht gestattet	
087	KABEFR	Kostenbefreiung der Krankenanstalt formal unrichtig	D.73
088		frei	
089	FREVER	Fremdverschulden nicht vorgesehen	D.27
090	URS	Ursache der Behandlung nicht vorgesehen	D.28
091	ENTBDAT	Entbindungstag formal unrichtig bzw. nach Entlassung/vor Aufnahme	
092	ENTGM	Anzahl der Lebendgeburten, männliche Kinder nicht numerisch	

093	ENTGW	Anzahl der Lebendgeburten, weibliche Kinder nicht numerisch	
094	ENTT	Anzahl der Totgeburten nicht numerisch	
095		Anzahl Geburten fehlt	
096	ENTART	Entbindungsart nicht vorgesehen	D.38
097	AVDAT	Aufnahme- Verlegungsdatum formal unrichtig bzw. vor Aufnahme bzw. nach Entlassung	
098	VKLA	Verlegung Klasse nicht vorgesehen	D.22
099	RM15	Rückmeldung mit Satzart „K15“ erwünscht nicht vorgesehen	D.39
100		Aviso-Entlassung bereits gespeichert	
101		Entbindungsblock muss bei ICD-10 O80-O84 befüllt sein	
102		Hauptdiagnose trotz Geburt keine Entbindungsdiagnose	
103		Entlassung bereits gespeichert	
104		Keine Aufnahmeanzeige vorhanden	
105		Kostenmeldung bereits gespeichert	
106		Urlaubs-/Unterbrechungsmeldung – Aufenthalt noch in Bearbeitung	
107		Aviso-Entlassung mit anderem Datum gespeichert	
108		Datum der Entlassung größer als Befristungsdatum in der VAE	
109		Keine Entlassung gespeichert	
110	KOME	Kostenmeldung nicht vorgesehen	D.29
111	VLAENG	Verlängerungsbewilligung nicht vorgesehen	D.30
112	KLAS	Klasse nicht vorgesehen	D.22
113	DAT1	Kostenübernahmebeginndatum 1 formal unrichtig bzw. vor Aufnahme oder nach Entlassung	D.31
114		Meldung bereits storniert	
115		Kostenmeldung nicht vorhanden	
116		Entlassung fällt zeitlich in einen anderen Aufenthalt oder umschließt einen anderen Aufenthalt	
117		frei	
118		frei	
119	DATBIS	BIS-Datum der Kostenübernahme formal unrichtig bzw. vor Aufnahme	D.31
120	ENDE	Fristende nicht vorgesehen	D.32
121	KUAB	Ablehnungsgrund für Versichertenzuständigkeit nicht vorgesehen	D.33
122	VKBEFR	Verpflegskosten-Beitragsbefreiung nicht vorgesehen	D.34
123	VTAGE	Vortageanzahl auf Kostenbeitrag nicht numerisch	
124	VTAGE	Vortageanzahl fehlt	
125	KUAB	Ablehnungsgrund 11, 49 erfordert einen Kommentarsatz – Kommentarsatz fehlt	D.33
126-129		frei	
130	ZEILNR	Zeilennummer nicht numerisch bzw. nicht aufsteigend mit 01 beginnend	
131	TEXT1	leerer Kommentarsatz	
132	IDTEIL	ID-Teil Kommentarsatz nicht ident mit ID-Teil der Meldung	
133		frei	
134	DSID1	Datensatz-ID nicht eindeutig bzw. bereits verwendet	
135	DSID	Datensatz-ID fehlt bzw. formal unrichtig	
136	VDAS	VDAS-ID formal unrichtig	
137	AI	Aviso-Info fehlt bzw. formal unrichtig	
138	DVERSID	Datensatzversion ID-Teil fehlt bzw. formal unrichtig	
139	DVERSA	Datensatzversion Satzart-Teil fehlt bzw. formal unrichtig	
140		Meldung passt nicht zum Status des Aufenthaltes	
141		Daten des Versicherten und des Mitversicherten sind gleich	
142		frei	
143		Aufenthalt wurde bereits abgelehnt	
144		Aufnahme bereits gespeichert	
145		Entlassungsanzeige ohne gültige Aufnahme	
146	HDIAG	eine Diagnose mit # (Raute) oder ! (Rufzeichen) ist nicht als Hauptdiagnose zulässig	
147		Kostenmeldung bereits gespeichert. Meldung kann nicht verarbeitet werden	

		Fehlercode bei EKVK-Datenmeldung (Satzart K27)	
150	EVSNR	EWR-Versicherungsnummer fehlt	
151	EZUNA	Zuname in EKVK-Datenmeldung fehlt	
152	EVONA	Vorname in EKVK-Datenmeldung fehlt	
153	EGESL	Geschlecht in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. formal unrichtig	D.10.
154	EGEBD	Geburtsdatum in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. formal unrichtig	
155	ESTAAT	Staatencode in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. nicht vorgesehen	D.24.
156	EIC	Institutionscode in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. nicht vorgesehen	
157	EAKRO	Akronym des zuständigen Trägers fehlt bzw. nicht vorgesehen	
158	EKANR	EKVK-Kartennummer fehlt (nur zwingend wenn im Feld EFORM=EKVK)	
159	EAEND	Anspruchsendedatum in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. formal unrichtig	
160	EFORM	Art der Anspruchsbescheinigung fehlt bzw. nicht vorgesehen	
161	BETREU	EKVK-Fall-Kennzeichen fehlt (BETREU=E) in EKVK-Datenmeldung (Satzart K27)	
162		EKVK-Datenmeldung unvollständig; Nachfolgende Satzart K27 fehlt, obwohl EKVK-Fall-Kennzeichnung (BETREU=E) in Aufnahmeanzeige (Satzart K01) vorhanden	
163		EKVK-Datenmeldung unvollständig; Satzart K27 ohne vorangehende Aufnahmeanzeige (Satzart K01) mit EKVK-Fall-Kennzeichnung (BETREU=E)	
164		kein betreuender Versicherungsträger im ID-Teil; EKVK-Datenmeldung wurde an keinen betreuenden VSTR übermittelt	
165	EABEG	Anspruchsbeginndatum in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. formal unrichtig	
166	ESTAAT	Staatencode in EKVK nicht ident mit VGR in Aufnahmeanzeige/ Ereignisanzeige	
167	AUFN	Aufnahmedatum (AUFN) in EKVK nicht ident mit Aufnahmedatum (AUFN) in Aufnahmeanzeige/Ereignisanzeige.	
168	EAEND	Anspruchsendedatum in EKVK-Datenmeldung kleiner als Aufnahmedatum (AUFN) in Aufnahmeanzeige/Ereignisanzeige.	

		Fehlercode bei „Leistungsdaten ambulant“ (Satzart K13)	
200	BDAT	Behandlungsdatum formal unrichtig	
201	HDGART	Hauptdiagnose-Art nicht vorgesehen	
202	HDGLOK	Hauptdiagnose-Lokalisation nicht vorgesehen	D.66.
203	ZDGART	Zusatzdiagnose-Art nicht vorgesehen	
204	ZDGLOK	Zusatzdiagnose-Lokalisation nicht vorgesehen	D.66.
205	AMBLEI	Ambulanzleistung fehlt bzw. nicht in Ambulanzkatalog vorhanden	
206	ANZLEI	Anzahl ambulanter Leistungen fehlt bzw. formal unrichtig	
207	PTLEI	Anzahl Punkte für diese Leistungen fehlt bzw. formal unrichtig	
208	BEWNR	Bewilligungsnummer fehlt bzw. nicht gültig	
209	FOLGE	Kennzeichen Folgedatensatz nicht vorgesehen	
210	PTOT	Punkte total formal unrichtig	
211	PWER	Punktwert fehlt bzw. formal unrichtig	
212	LDFBET	LDF-Ambulanzbetrag formal unrichtig	
213	ZEIT	Behandlungsdauerzeit formal unrichtig	
214	ZUGART	Zugangsart nicht vorgesehen	D.63.
215	ZUGVON	Zuweisender Leistungserbringer nicht in BMGF- und HVB-Katalog	D.65.
216	ABART	Abgangsart nicht vorgesehen	D.64.
217	ZUGAN	Zugewiesener Leistungserbringer nicht in BMGF- und HVB-Katalog	D.65.
218		Ereignisanzeige nicht gespeichert	
219		Behandlung fällt in stationäre Pflege	
220		Doppelverrechnung im Quartal	
221		Versichertenzuständigkeit abgelehnt	
222		Aufnahmedatum nicht wie bei Aufnahmeanzeige	
223		Aufnahmedatum und Behandlungsdatum nicht im selben Quartal	

224		Abrechnung dieses ambulanten Falles für dieses Quartal bereits durchgeführt	
225		Doppelmeldung (Kriterien pro Funktionscode und Ambulanzfall pro Tag nur eine Meldung möglich)	
227		Für den K14 Satz ist kein entsprechender K13 Datensatz gemeldet worden	
228		Erstaufnahme im Quartal mit anderem Von-Datum gespeichert	
		Fehlercode bei „Kostenmeldung stationär Regresse/Ausländerverrechnung/Zugeteilte/Information“ (Satzart K09)	
230	KOANF	Kostenanforderungsart falsch belegt	
231	PTOT	Punkte total formal unrichtig	
232	LDFFAK	LDF-Punktwert fehlt bzw. formal unrichtig	
233	LDFBET	LDF Betrag fehlt bzw. formal unrichtig	
234	BEIH	Beihilfenäquivalent fehlt (nur bei KOANF = R oder K)	
235	FORDAV	Forderungsbetrag formal unrichtig (nicht numerisch)	
236	FORDRG	Forderungsbetrag formal unrichtig (nicht numerisch)	
237		Ereignisanzeige nicht gespeichert	
238		Versichertenzuständigkeit abgelehnt	
239		Entlassungsanzeige fehlt	
240		Doppelmeldung	
241		Abrechnung dieses stationären Falles bereits durchgeführt	
242	LDFFPP	Punkte LDF-Pauschale fehlt bzw. falsch belegt	
243	VDU	Punkte Verweildauerausreißer unten fehlt bzw. falsch belegt	
244	VDO	Zusatzpunkte Verweildauerausreißer oben fehlt bzw. falsch belegt	
245	ZUINT	Zusatzpunkte Intensiv fehlt bzw. falsch belegt	
246	ZUMEHR	Zusatzpunkte Mehrleistungen fehlt bzw. falsch belegt	
247	PSPEZ	Punkte spezieller Bereich (tageweise) fehlt bzw. falsch belegt	
248	VERSATZ	Patientenanteil täglicher Satz fehlt bzw. falsch belegt	
249	VERPA	Patientenanteil fehlt bzw. falsch belegt	
250		Datumsdifferenz zu Aufenthalt	

D.13. KONR - Kostenstellennummer

AUFGELASSEN

D.14. PROJ - Projekt

2 Stellen alphanumerisch

KA – Meldungen

KR – Rückmeldung

Die Angabe ist zwingend.

Für die Übermittlung von Testdaten wird im Vorlaufsatz (SART K00) im Projekt (PROJ) der Code

K1 – für KA-Meldungen und

K2 – für KR-Meldungen

angegeben.

D.15. BEST – Bestandskennzeichen

2 Stellen Code -

AN –	Anzeigen
LS –	Leistungsdaten stationär
LA –	Leistungsdaten ambulant
AV –	Ausländerverrechnung
RG –	Regress
WA –	Anzeigen (für von der DVSV-DDS an KFAs und Sonderversicherungsträger weitergeleitete Aufnahme- und Ereignisanzeigen)

Die Angabe ist zwingend.

D.16. OBUS – Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle

7 Stellen alphanumerisch

Der Ordnungsbegriff bezeichnet die übermittelnde Stelle.

Ordnungsbegriff der Krankenanstalt ist die durch den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung vergebene Vertragspartnernummer.

- 1. Stelle V (= Vertragspartnernummer)
- 2. bis 6. Stelle Laufnummer
- 7. Stelle Prüfziffer

Vertragspartnernummer VLLLLLP

Ordnungsbegriff einer anderen übermittelnden Stelle (z.B. Landesgesundheitsfonds) ist die Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF.

Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF: 9999999

D.17. DVST – datenübernehmende Institution

4 Stellen alphanumerisch

1. und 2. Stelle Code, 3. und 4. Stelle blank

02 - Pensionsversicherungsanstalt

08 – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

09 – Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau - UV

99 – Dachverband der österreichischen Sozialversicherung (nach Vereinbarung)

1L – Magistrat der Stadt Wien – Wiener Gesundheitsverbund

ED – ELDA

Die Angabe bezeichnet jene Institution, die den Datenaustausch mit den Krankenanstalten vornimmt. Diese Angabe ist unabhängig davon, an welchen Versicherungsträger die Daten zur Verarbeitung gerichtet sind.

Bei Meldungen an das Datensammelsystem der Österreichischen Gesundheitskasse ist als datenübernehmende Institution ELDA, DVST = ED, anzugeben. Bei Meldungen an den Wiener Gesundheitsverbund ist als datenübernehmende Institution 1L, bei Meldungen an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt ist als datenübernehmende Institution 08 und bei Meldungen an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau als Unfallversicherungsträger ist als datenübernehmende Institution 09 anzugeben.

Bei Meldungen, wo die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Pensionsversicherungsanstalt oder die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau als Unfallversicherungsträger die Erzeuger der Daten sind, ist als datenübernehmende Institution 02 (PVA), 08 (AUVA) oder 09 (BVAEB-UV) anzuführen. Die betrifft ausschließlich die Übermittlung von Aufnahme-/Entlassungsmeldungen bei Kur-/Rehabilitationsaufenthalten ([siehe Kapitel B.6.](#)).

D.18. GBER - Gültigkeitsbereich

AUFGELASSEN

D.19. EREIG – Ereignisanzeige

1 Stelle alphanumerisch

Ereig	Aufnahmeart LKF und KA-Org ident <i>Es wird ein neuer Fall angelegt</i>	Neuer Aufenthalt
A	Aufnahme in den allgemein stationären Bereich inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten	stationär
T	Transfer von einem anderen Krankenhaus in den allgemein stationären Bereich inkl. Intensiveinheiten	stationär
W	Wiederaufnahme in den allgemein stationären Bereich inkl. Wiederaufnahme auf Intensiveinheiten	stationär
R	Aufnahme in den Bereich der Rehabilitation	Rehabilitation
K	Aufnahme eines 0-Tagesfalls	stationär
L	Kennzeichen der Datensätze, die den Patientenaufenthalt nach dem Zeitpunkt der Asylierung beschreiben	stationär
G	Aufnahme eines Frühgeborenen/Neugeborenen am Tag der Geburt oder am Folgetag in den allgemein stationären Bereich inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten	stationär

Ereig	Aufnahmeart in KA-Org <i>Es wird ein neuer Fall angelegt</i>	Neuer Aufenthalt
3	Ambulanzfall	ambulant
7	AUVA Wiederaufnahme (Diagnose der Aufnahme enthält Diagnose der Ersterkrankung. Aufnahmezahl AUFZL enthält jene des Erstberichtes).	stationär
8	Kurheilverfahren stationär	stationär
9	Rehabilitationsaufenthalt ambulant	ambulant

Ereig	Ereignis zu einem bestehenden Aufenthalt	zu bestehendem Aufenthalt
U	Urgenz	stationär
1	Verlängerung	stationär
2	Asylierung	stationär
E	Erinnerung (Urgenz von Ambulanzmeldungen)	ambulant

Das „Ereig“ R, 8 und 9 ist ausschließlich dem Kapitel [B.6.](#) zuzuordnen!

Erstellvorschrift:

Mit der Ereignisanzeige „W – Wiederaufnahme“ wird die Wiederaufnahme in den allgemeinen stationären Bereich, dem eine Aufnahmeanzeige mit der Aufnahmeart „A – Aufnahme in den allgemeinen stationären Bereich, inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten“ vorangegangen ist, gemeldet. Keine Verwendung von EREIG = W nach einer vorangegangenen Beurlaubung (Entlassungsmeldung mit Entlassungsschlüssel „Urlaub“, Feld ENTS = 1).

Hinweis zum EREIG „G“:

Sofern ein Früh-/Neugeborenes am Tag der Geburt oder am Folgetag stationär aufgenommen werden muss, ist die Aufnahmeart „G“ zu dokumentieren. Dies gilt sowohl für Zuweisungen aus anderen Krankenanstalten, aus dem extramuralen Bereich als auch aus der eigenen Krankenanstalt. Bei Aufnahmen von Früh-/Neugeborenen ab dem zweiten Kalendertag nach der Geburt ist nicht die Aufnahmeart „G“, sondern die jeweils zutreffende Aufnahmeart zu dokumentieren.

D.20. KANKZ – Anstaltsart - Kennzeichen

1 Stelle alphanumerisch

- 0 – „normale“ Anstalts-, Entbindungsheimpflege
- 1 – Erholungseinrichtung
- 2 – Kureinrichtung
- 3 – Lungenheilstätte
- 4 – Rehabilitationseinrichtung
- 5 – private Einrichtung für die kein Vertrag besteht
- 6 – Nachtpflege
- 7 – Tagpflege
- 8 – Unfallkrankenhaus
- 9 – private Krankenanstalt für die kein Vertrag besteht

D.21. FKRA – Abteilung Funktionscode

6 Stellen Code zuzüglich 2 Stellen Subcode alphanumerisch

Zur bundesweit einheitlichen Kennzeichnung der bettenführenden Funktionsbereiche (Abteilungen bzw. Leistungsbereiche) ist der bereits in der Krankenanstaltenkostenrechnung gem. Krankenanstaltenkostenverrechnungsverordnung (KRV) vom 30.06.1977 BGBl.Nr. 328/1977 verwendete sechstellige Funktionscode zuzüglich Subcode (7. und 8. Stelle) zu verwenden. Die Liste der Funktionscodes wird vom BMASGK laufend aktualisiert. Diese Liste ist nicht Bestandteil dieser Organisationsbeschreibung. Sie wird im Anhang 2 des LKF-Organisationshandbuches veröffentlicht.

Grundsätzlich ist die 7. und 8. Stelle mit 00 zu belegen. Wird jedoch ein und derselbe Funktionscode mehrfach vergeben, so wird dieser an der 7. und 8. Stelle, beginnend mit 01 laufend durchnummeriert.

Beispiel:

Zwei Primariate für Innere Medizin in einer Krankenanstalt

Innere Medizin I 11111101

Innere Medizin II 11111102

D.22. KLAS – Klasse

1 Stelle Code alphanumerisch

A – Allgemeine Gebührenklasse

S – Sonderklasse

Wenn im Feld „[EREIG](#)“ der Code 3 (= Ambulanzfall) steht, ist als Klasse „A“ einzugeben.

D.23. PAR – Unabweisbarkeitsparere, Gutachten

1 Stelle alphanumerisch

- 0 – unbekannt
- 1 – Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz
- 2 – Einweisung durch den Versicherungsträger
- 3 – Aufnahme, weil anstaltsbedürftig
- 4 – Einweisung durch eine Behörde

Mit den Codes wird die rechtliche Verpflichtung zur Aufnahme entsprechend den Ausführungen des KAG, des ASVG und seiner Nebengesetze bzw. des Unterbringungsgesetzes bezeichnet.

Wenn im Feld „[EREIG](#)“ der Code 3 (= Ambulanzfall) steht, ist im Feld „PAR“ der Code „0“ einzugeben.

D.24. STAAT - Staatsbürgerschaftsschlüssel
ESTAAT - Staatenschlüssel
PALKZ - Länderkennzeichen (Staatenschlüssel)

3 Stellen alphanumerisch, Staatenschlüssel – ISO A2-Code und 1 Stelle Grundstellung (blank)

AT - Österreich

2 Stellen alphanumerisch, Staatenschlüssel – ISO A2-Code

AT – Österreich

Die weiteren Staatenschlüssel sind beim Dachverband der österreichischen Sozialversicherung in einem geführten Staatenschlüsselverzeichnis enthalten. Dieses Verzeichnis kann von den Sozialversicherungsträgern über Bildschirm unter der Verarbeitung

„23 – Allgemeine Tabellen“,

„05 – Staatenschlüssel“

abgefragt werden.

Im SV-Intranet ist das Staatenschlüsselverzeichnis als MS-Word-Dokument abgelegt und steht den Sozialversicherungsträgern unter

<http://sv-intranet.at/cdscontent/?contentid=10007.792538> zur Verfügung.

Im Internet ist das Staatenschlüsselverzeichnis von der Österreichischen Gesundheitskasse für die Verarbeitung im Datensammelsystem unter der Adresse

www.elda.at

abgelegt und kann von den ELDA-Benutzern heruntergeladen werden.

Erstellvorschrift:

In allen Datensätzen werden die Staatenschlüselfelder mit dem ISO-A2-Code belegt.

Ausnahme: Bei Patienten aus dem Vereinten Königreich Großbritannien wird gemäß der EU-Vorschrift für EKVK-Meldungen nicht der ISO-A2-Code „GB“ sondern der Code „UK“ gemeldet.

Im Feld STAAT „Staatsbürgerschaftsschlüssel“ wird bei

- „staatenlos“ der Schlüssel „**XX**“ und bei
- „unbekannt“ oder „nicht feststellbar“ der Schlüssel „**YY**“

gemeldet.

D.25. ASTAND - Familienstand

AUFGELASSEN

D.26. ANGE - Angehörigeneigenschaft

AUFGELASSEN

D.27. FREVER - Fremdverschulden

1 Stelle alphanumerisch

J – ja

N – nein

In allen Datenmeldungen ist ein „Vorläufigkeitscharakter“ (Verdacht auf ein Fremdverschulden) zulässig.

D.28. URS – Ursache für Behandlung

2 Stellen alphanumerisch

- 00 – Überweisung
- 01 – Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
- 02 – Wehrdienstbeschädigung
- 03 – Strom/Blitz
- 04 – Beschädigung nach dem KOVG, HVB, etc.
- 05 – Raufhandel
- 06 – Trunkenheit
- 07 – Arbeitsunfall in der Land- und Forstwirtschaft
- 08 – Verkehrsunfall
- 09 – Erste Hilfe
- 10 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchung
- 11 – Mutter-Kind-Pass-Untersuchung für Nichtversicherte
- 12 – Behandlung in Folge einer Schwangerschaft
- 13 – Gesundenuntersuchung
- 14 – Vergewaltigung
- 15 – Verbrennung
- 17 – Tierbiss
- 18 – Routineuntersuchung Neugeborenes
- 19 – Telemedizinische Leistungen
- 30 – Nachbehandlung nach stationärer Pflege in einer Anstalt
- 32 – Prästationäre Untersuchung/Behandlung vor stationärer Anstaltspflege
- 35 – Nichtanwesenheit des Patienten in der Ambulanz (Laborprobe, Untersuchung einer Gewebeprobe)
- 40 – ambulante Chemotherapie
- 45 – Diabetesbehandlung im Rahmen von Therapie Aktiv
- 50 – Dialyse
- 60 – Spende von Körperteilen
- 70 – Anzeigepflichtige übertragbare Krankheit (meldepflichtige Diagnose)
- 80 – Humangenetische Untersuchung
- 99 – Sonstige Ursache

In allen Datenmeldungen ist ein „Verdacht auf“ zulässig (z.B. Verdacht auf Berufskrankheit).

Erstellvorschrift:

Bei Meldung einer Satzart K13 „Leistungsdaten ambulant“ oder K14 „Storno Leistungsdaten ambulant“ ist der Code = 00 „Überweisung“ nur dann einzutragen, wenn der Patient mit einem Überweisungsschein die Ambulanz aufsucht und kein anderer Code zur Anwendung gelangt. Wenn ein anderer Code zutrifft, dann ist dieser anzugeben, auch, wenn der Patient mit einem Überweisungsschein die Ambulanz aufsucht.

D.29. KOME - Kostenmeldung

1 Stelle alphanumerisch

J – ja

N- nein

Aufgrund der Aufnahmeanzeige stellt der Krankenversicherungsträger fest, ob der Fall auf Regress zu prüfen ist. Wenn das zutrifft, wird im Feld „KOME“ der Code „J“ der Krankenanstalt rückgemeldet. Das bedeutet für die Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds, dass eine „Kostenmeldung“ (SART „K09“), die inhaltlich einer Rechnung entspricht, nach der Entlassung zu erfolgen hat. Die „Kostenmeldungen“ für Regresszwecke sind unabhängig von der Übermittlung der Leistungsdaten kurzfristig an den Krankenversicherungsträger zu übermitteln.

Datenübermittlungen /z.B. Befunde) bei Regressverfahren, die zu Gericht kommen, sind unabhängig von diesem Datentransfer.

D.30. VLAENG – Verlängerungsbewilligung

1 Stelle alphanumerisch

0 – keine Verlängerung

1 – Verlängerung

D.31. DAT1...

DAT1, DATBIS

8 Stellen numerisch

Erstellvorschrift für den stationären Bereich

Der Beginn der Versichertenzuständigkeit ist das Datum der Aufnahme (Beginn der Anstaltspflege) oder ein späteres Datum, ab dem die Versichertenzuständigkeit des Krankenversicherungsträgers besteht.

Erstellvorschrift für den ambulanten Bereich

Für den Beginn der Versichertenzuständigkeit wird das Feld DAT1 mit dem Aufnahmedatum aus der Ereignisanzeige („SART K01“) belegt.

D.32. ENDE - Fristende

1 Stelle alphanumerisch

- 0 – kein Fristende
- 1 – Fristende

Befristungen sind in folgenden Fällen vorgesehen:

- Bei zeitlichen Beschränkungen aufgrund einer zu erwartenden, nachfolgenden medizinischen Hauskrankenpflege
- Bei Vorhersehbarkeit des Eintritts einer Asylierung
- Bei unsicherer, versicherungsrechtlicher Entwicklung

Bei den ersten beiden Punkten wird von den Krankenversicherungsträgern das Fristende individuell gesetzt. Beim dritten Punkt wird im Regelfall eine generelle Tagesbeschränkung erfolgen, weil die Versichertenanspruchserklärung in die Zukunft gerichtet ist und der Krankenversicherungsträger seine Zuständigkeit von vornherein nur für einen bestimmten Zeitraum annehmen kann (Ausleistungssituation gem. § 122 ASVG).

Durch die Angabe eines Fristendes wird signalisiert, dass bei einem über das Fristende hinaus dauernden Aufenthalt eine Verlängerungsanzeige vorzulegen ist.

D.33. KUAB – Ablehnungsgrund für Versichertenzuständigkeit

2 Stellen alphanumerisch

Code	Bezeichnung	Bewilligung	Ablehnung	temporäre Warteschleife <u>bzw. Urgenz</u>
00	bewilligt (nur für stationären Bereich)	X		
01	Versicherung nicht festgestellt		X	
02	Wartezeit für Schutzfrist nicht gegeben		X	
03	nicht leistungszuständig		X	
04	Angehörigeneigenschaft nicht nachgewiesen		X	
05	Änderung der Zuständigkeit		X	
08	Anstaltspflege ohne Notwendigkeit ärztlicher Behandlung		X	
10	Leistungszuständigkeit durch Nichtbeantwortung einer Anfrage nicht geklärt		X	
11	notwendige Unterlagen fehlen		X	
12	direkte Verrechnung mit dem Versicherten		X	
14	Nichterfüllung der Wartezeit bei Selbstversicherten		X	
16	Kostenübernahme vom Chef(Kontroll)arzt abgelehnt		X	
17	die weitere Kostenübernahme vom Chef(Kontroll)arzt abgelehnt		X	
18	Bearbeitung/Verlängerung erst nach Vorlage der Krankengeschichte möglich			X
19	Versicherung festgestellt (nur für Ambulanzverrechnung inkl. tageschirurgischer Versorgung)	X		
21	Pflicht anerkannt, aber zahlungsunfähig		X	
22	Pflicht anerkannt, Kostenübernahme abgelehnt		X	
40	Voraussetzung für Angehörigeneigenschaft nicht mehr gegeben		X	
42	Angehöriger ist selber versichert oder anderweitig mitversichert		X	
49	Ablehnungsgrund steht im Kommentarsatz (sonstige Ablehnung)		X	
<u>97</u>	<u>Urgenz für Entlassungsnachricht (K05)</u>			<u>X</u>
98	in Bearbeitung			X
99	kasseninterne Berichtigung		X	

Dieser Code findet nur in der SART „K03“ und „K04“ Anwendung.

Bei den Codes 00 und 19 (diese Codes sind eine spezielle Form einer Bewilligung) wird keine Ablehnung, sondern eine Zustimmung zurückgemeldet.

Bei dem Status „temporäre Warteschleife“ (Code 18 bzw. 98) handelt es sich um keine Ablehnungen. Die nächste Aktion ist vom jeweiligen Sozialversicherungsträger zu setzen (z.B. K03 mit Ablehnung oder Übernahme). Code 97 ist eine Urgenz für eine fehlende, endgültige Entlassung. Hier ist die nächste Aktion von der KA zu tätigen. Die VAE entspricht in diesem Fall (bis auf das Feld KUAB) der zuletzt gesendeten, korrekten VAE (somit: Duplikat bis auf KUAB = 97).

D.34. VKBEFR – Verpflegskosten-Beitragsbefreiung

1 Stelle alphanumerisch

J – Befreiung

N – keine Befreiung

S – Befreiung aufgrund der Sonderklasse

J: Es liegt eine Befreiung vom Verpflegskostenbeitrag aufgrund einer bundes- oder landesgesetzlichen Gesetzesbestimmung bzw. eines Arbeitsunfalls oder einer Rezeptgebührenbefreiung vor.

N: Es liegt keine Befreiung vom Verpflegskostenbeitrag vor.

S: Es liegt eine Befreiung vom Verpflegskostenbeitrag aufgrund eines gemeldeten Aufenthaltes von Patienten in der Sonderklasse vor (BVAEB-EB, SVS-GW, BVAEB-OEB).

Erstellvorschrift:

Liegt der Patient in der Sonderklasse und ist dieser aufgrund der unter „J“ angeführten Tatbestände vom Verpflegskostenbeitrag befreit, so ist vom Krankenversicherungsträger der Wert „J“ zu übermitteln.

D.35. VTAGE – Vortageanzahl auf Kostenbeitrag

2 Stellen alphanumerisch

Zur Berechnung des Verpflegskostenbeitrags für Versicherte sowie des Kostenbeitrags für Angehörige ist die Angabe der zu berücksichtigenden Vortage erforderlich. Der Krankenversicherungsträger ist auf Grund der ihm zugänglichen Informationen in der Lage, Vorpflegetage zu berücksichtigen. Berücksichtigt werden alle stationären Aufenthalte eines Patienten innerhalb eines Kalenderjahres.

Der höchste Wert, mit welchem das Feld VTAGE befüllt werden kann, ist jener Wert, für welchen maximal ein Verpflegskostenbeitrag pro Kalenderjahr zu entrichten ist. Der Maximale Höchstwert beträgt somit 28 Tage.

D.36. ENTS – Entlassungsschlüssel

1 Stelle alphanumerisch

- 1 – Urlaub
- 2 – Rehabilitation angezeigt
- 3 – Asylierung
- 4 – Entlassung gegen Revers
- 5 – AUVA Ende der Arbeitsunfähigkeit
- 6 – AUVA Ende der ambulanten Behandlung
- 7 – AUVA Ende der ambulanten Behandlung und Ende der Arbeitsunfähigkeit
- 8 – Ende Rehabilitationsaufenthalt stationär
- 9 – Ende Rehabilitationsaufenthalt ambulant
- E – Entlassung aus dem Krankenhaus
- K – Ende Kurheilverfahren stationär
- T – Transfer in eine andere Krankenanstalt
- S – Sterbefall
- A – Krankenhausinterne Verlegung vom Bereich der Rehabilitation und vom ausschließlichen Bereich der Pflege in den allgemeinen stationären Bereich (inkl. Intensivbereich)
- H – Abschluss eines Aufenthaltes im halbstationären Bereich oder krankenhauserne Verlegung in den halbstationären Bereich
- R – Krankenhausinterne Verlegung in den Bereich der Rehabilitation
- P – Krankenhausinterne Verlegung in den ausschließlichen Bereich der Pflege

Der „ENTS“ K, 8 und 9 ist ausschließlich dem Kapitel [B.6.](#) zuzuordnen!

D.37. DIAGQ – Diagnosenqualifikation

1 Stelle alphanumerisch

- 1 – endgültige Entlassungsdiagnose
- 2 – voraussichtliche Entlassungsdiagnose

Diese Codes werden in der Meldung „SART K05“, [Kapitel E.5.](#) – Entlassungsanzeige verwendet.

Der Code 2 ist nur zulässig, wenn bei der Entlassung wegen noch ausständiger Befunde noch keine endgültige Diagnose gestellt werden kann. Die endgültige Diagnose ist jedenfalls in der Jahresmeldung zu melden.

D.38. ENTART – Art der Entbindung

1 Stelle alphanumerisch

blank – normale Geburt

1 – Frühgeburt

2 – frühgeborene Totgeburt

3 – Kaiserschnitt

4 – Fehlgeburt

5 – Totgeburt

D.39. RM15 – Rückmeldung mit SART K15

AUFGELASSEN

D.40. VERSOND – Sonderleistungsnummer

2 Stelle alphanumerisch

00 – orthopädisches Hilfsmittel (Körperersatzstücke), die nicht therapeutische Behelfe darstellen

01 – Ersatz der Kosten für den fallweisen Beistand durch eine nicht in der Anstalt angestellte Hebamme

D.41. EBH – Entbindungsheimpflegekennzeichen

1 Stelle alphanumerisch

Blank	–	keine Entbindungsheimpflege
1	-	Entbindungsheimpflege

D.42. KVAB – Ablehnungsgrund für Leistungserbringung stationär

2 Stellen alphanumerisch

- 00 – Leistungsfall ist ok
- 01 – Überstellung in eine andere Krankenanstalt
- 02 – kein Anspruch auf Leistung – VSNR bekannt (wird im ID-Teil mitgeliefert)
- 03 – fehlende Versichertenanspruchserklärung
- 04 – verrechnete Tage nicht korrekt
- 05 – Betragsdifferenz
- 06 – Aufenthalt nicht gespeichert
- 07 – Leistung bereits abgerechnet
- 08 – Entlassung nicht gemeldet
- 09 – es liegt noch ein offener Krankenhausaufenthalt vor
- 10 – Betragsdifferenz wegen Vorpflege

D.43. RDNOT – Rückmeldung Entlassung

AUFGELASSEN

D.44. BETREU – Art des Betreuungsscheines

1 Stelle Code

- 1 – Krankenkassenscheck
- 2 – Überweisungsschein
- 3 – Ambulanzschein für stationäre Nachbehandlung
- 4 – Erste Hilfe Schein
- 5 – Zweitleistungsschein (Überweisung von einer Ambulanz in andere)
- E – EKVK-Fall
- N – NETC@RDS-FALL

Erstellvorschrift:

Satzart „SART K27“ – EKVK-Datenmeldung (BETREU= E oder N)

Eine EKVK-Datenmeldung wird von der Krankenanstalt bei

- Aufnahme eines EWR-Patienten in den stationären Bereich der Krankenanstalt oder bei
- Behandlung eines EWR-Patienten im ambulanten Bereich der Krankenanstalt

an die Österreichische Gesundheitskasse übermittelt.

D.45. AVAB – Ablehnungsgrund für Leistungserbringung ambulant

AUFGELASSEN

D.46. GEN – Genehmigungsvermerk

AUFGELASSEN

D.47. TEAB – Teillablehnung

AUFGELASSEN

D.48. FOKZ – Folgesatzkennzeichen

AUFGELASSEN

D.49. DVERS – Datensatzversion, Versionsnummer ID-Teil und Satzart-Teil

DVERS-ID

1 Stelle alphanumerisch

Das Feld DVERS-ID ist zwingend mit der Versionsnummer des ID-Teils zu befüllen.

DVERS-SA

1 Stelle alphanumerisch

Das Feld DVERS-SA ist zwingend mit der Versionsnummer des Satzart-Teiles zu befüllen.

Übersteigt die Versionsnummer des Feldes DVERS-ID oder DVERS-SA den numerischen Wert 9, wird auf alphanumerische Nummerierung umgestellt. Dies bedeutet, ab diesem Zeitpunkt wird die Nummerierung im Sinne des Alphabetes durchgeführt.

Für den Einsatz neuer Datensatzstrukturen ist eine Übergangsfrist vorgesehen. Diese Übergangsfrist ist der Überschrift jeder Datensatzbeschreibung zu entnehmen und wird durch die Datumsangaben

- „gültig ab“ Datum ab dem die neue Datensatzstruktur gemeldet werden kann und
- „zwingender Einsatz ab“ Datum ab dem die neue Datensatzstruktur gemeldet werden muss

definiert. Innerhalb dieser Übergangsfrist kann von den Krankenversicherungsträgern die alte und die neue Datensatzstruktur verarbeitet werden. Meldungen von alten Datensatzstrukturen nach dem zwingenden Einsatzdatum von neuen Datensatzversionen führen zur Rückweisung einzelner Sätze oder des gesamten Datenbestandes ([siehe Kapitel D.12.](#), Punkt 1)

D.50. ARBU – Arbeitsunfall/Berufskrankheit

AUFGELASSEN

D.51. NOTF – Medizinischer Notfall

AUFGELASSEN

D.52. BEGUT – Befundung/Begutachtung

AUFGELASSEN

D.53. MUTTER – Leistung infolge einer Schwangerschaft

AUFGELASSEN

D.54. REZG1, REZG2 - Rezeptgebührenbefreiung

AUFGELASSEN

D.55. SPENDE – Spende von Körperteilen

AUFGELASSEN

D.56. METHOD – Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode

AUFGELASSEN

D.57. TRUNK – Offensichtliche Trunkenheit

AUFGELASSEN

D.58. SUCHT – Offensichtlicher Suchtgiftmissbrauch

AUFGELASSEN

D.59. RAUF – Verdacht auf Raufhandel

AUFGELASSEN

D.60. KIND – Kind (als Angehöriger)

AUFGELASSEN

D.61. AMBA – Ambulanzbehandlungsart

AUFGELASSEN

D.62. FREQU – Frequenzzahl

AUFGELASSEN

D.63. ZUGART – Zugangsart

AUFGELASSEN

D.64. ABART – Abgangsart

AUFGELASSEN

D.65. ZUGVON – Zugewiesen von ZUGAN – Zugewiesen an

AUFGELASSEN

D.66. HDGLOK Hauptdiagnose – Seitenlokalisierung
ZDGLOK Zusatzdiagnose – Seitenlokalisierung

AUFGELASSEN

D.67. VERSATZ	- Patientenanteil f. Angehörige (tägl. Satz)
VERPA	- Patientenanteil
BEIH	- Beihilfenäquivalent
FORDAV	- Forderungsbetrag
FORDRG	- Forderungsbetrag für den Regress

Definition der Felder

VERSATZ	5 Stellen numerisch
VERPA	7 Stellen numerisch
BEIH	5 Stellen numerisch
FORDAV	10 Stellen numerisch
FORDRG	10 Stellen numerisch

Für Versicherte (wenn die Krankenanstalt bzw. der Landesgesundheitsfonds den Versicherten erkennt)

Patientenanteil täglich	VERSATZ	NULL (Grundstellung)	
Patientenanteil Betrag	VERPA	NULL (Grundstellung)	
Beihilfenäquivalent	BEIH	zwingend	
Forderung AV	FORDAV	zwingend bei KOANF	A= Ausländerverrechnung
Forderung RG	FORDRG	zwingend bei KOANF	R= Regressangelegenheiten K= Kosteninformation/Zugeteilte

Für Versicherte (wenn die Krankenanstalt bzw. der Landesgesundheitsfonds den Versicherten nicht erkennt)

Patientenanteil täglich	VERSATZ	NULL (Grundstellung)
Patientenanteil Betrag	VERPA	NULL (Grundstellung)
Beihilfenäquivalent	BEIH	zwingend
Forderung AV	FORDAV	Null (Grundstellung)
Forderung RG	FORDRG	Null (Grundstellung)

Für Angehörige (wenn die Krankenanstalt bzw. der Landesgesundheitsfonds den Angehörigen erkennt und der Patientenanteil bekannt ist)

Patientenanteil täglich	VERSATZ	zwingend	
Patientenanteil Betrag	VERPA	zwingend	
Beihilfenäquivalent	BEIH	zwingend	
Forderung AV	FORDAV	zwingend bei KOANF	A= Ausländerverrechnung
Forderung RG	FORDRG	zwingend bei KOANF	R= Regressangelegenheiten K= Kosteninformation/Zugeteilte

Sonderfall: wenn der Angehörige bereits das Jahresmaximum erreicht hat, dann wird das Feld VERSATZ belegt, aber im Feld VERPA wird mit Null (Grundstellung) befüllt.

ACHTUNG: Wenn VERPA gleichgroß oder größer als LDFBET ist, gilt die Kostenmeldung als eingelangt und die Forderung als 0, FORDAV bzw. FORDRG müssen in diesem Fall mit NULL belegt werden.

- **Für Angehörige (wenn die Krankenanstalt bzw. der Landesfonds den Angehörigen nicht erkennt oder der Patientenanteil nicht bekannt ist)**

Patientenanteil täglich	VERSATZ	NULL (Grundstellung)
Patientenanteil Betrag	VERPA	NULL (Grundstellung)
Beihilfenäquivalent	BEIH	zwingend
Forderung AV	FORDAV	NULL (Grundstellung)
Forderung RG	FORDRG	NULL (Grundstellung)

In diesem Fall muss der KV-Träger mit seinen Daten (Vorpflegetage und täglicher Patientenanteil) die Forderung selbst berechnen. Damit der Krankenanstalt bzw. dem Landesfonds der Patientenanteil auch bekannt wird, muss dieser vom KV-Träger bei der Meldung einer Satzart K21 „Ausländerverrechnung/Regresse – Rückmeldung“ (Kapitel E.13.) dem Landesfonds mitgeteilt werden

Für PRIKRAF Krankenanstalten gilt aufgrund spezieller Regelungen des Beihilfeäquivalents und beim Patientenanteil folgende Befüllung durch den PRIKRAF:

Belegung der Felder Patientenanteil täglich (VERSATZ) und Patientenanteil Betrag (VERPA) bei Angehörigen

Belegung vom Beihilfeäquivalent (BEIH)

Belegung von Forderung AV (FORDAV) bei Ausländerverrechnung

Belegung von Forderung RG (FORDRG) bei Regressangelegenheiten und Kosteninformation

Es erfolgt keine Berechnung von den KV-Trägern aber eine arithmetische Prüfung

D.68. FOLGE – Folgekennzeichen

AUFGELASSEN

D.69. DSID – Datensatz-ID

20 Stellen alphanumerisch

Der Aufbau der Datensatz-ID sieht wie folgt aus:

Stelle 1-7	7-stellige eindeutige Kennung des Senders (alphanumerisch)
Stelle 8-13	Datum (JJMMTT)
Stelle 14-20	7-stellige Laufnummer (numerisch)

Die Datensatz-ID ist ein alphanumerisches Feld, welches gewährleistet, dass jeder erstellte Datensatz eindeutig nachvollzogen werden kann. Der Ersteller, welcher den Datensatz erstellt, muss gewährleisten, dass der Datensatz einzigartig ist.

Die 7-stellige eindeutige Kennung des Senders wird wie folgt befüllt:

Für KV-Träger:

- Der Versicherungsträgercode (siehe [Kapitel D.5.](#)) wird an die Stellen 6 und 7 gesetzt und die Stellen 1 bis 5 sind mit der Ziffer 0 aufzufüllen (zum Beispiel 0000018 für ÖGK).

Für Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds

- Wenn eine Vertragspartnernummer vorhanden ist, wird diese an den Stellen 2 bis 7 gesetzt und die Stelle 1 mit dem Buchstaben V aufgefüllt (zum Beispiel V123456).
- Wenn keine Vertragspartnernummer vorhanden ist, werden die Stellen 1 bis 7 mit der 7-stelligen Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF befüllt.

Das Datum wird im Format JJMMTT angegeben.

Die Stellen 14 bis 20 werden mit einer 7-stelligen numerischen Laufnummer, welche vom Ersteller selbst zu vergeben ist, befüllt.

D.70. VDAS

12 Stellen alphanumerisch

Es handelt sich um eine ID, welche bei der VDAS-Abfrage durch die Krankenanstalt vom e-card System vergeben wird und von der Krankenanstalt in der Aufnahme-/Ereignisanzeige mitgeliefert werden kann. Dadurch kann das Abfrageergebnis eindeutig nachvollzogen werden.

Das Ergebnis der VDAS-Abfrage ist im ambulanten Bereich für den Krankenversicherungsträger verbindlich. Eine Ablehnung aus versicherungsrechtlichen Gründen ist nicht möglich, sofern die Ereignisanzeige jenem Träger aus der VDAS-Abfrage (inkl. VDAS-ID) übermittelt wurde.

Um eine zwischenstaatliche Verrechnung zu ermöglichen ist bei zwischenstaatlichen Fällen eine Ablehnung zulässig.

D.71. AI – Aviso-Info

1 Stelle alphanumerisch

Feldinhalt „J“

Es handelt sich um ein Entlassungsaviso (es sind nur die Felder ENTS und AI zu befüllen, alle anderen Felder werden in Grundstellung, blank, gemeldet).

Feldinhalt „N“

Es handelt sich um kein Entlassungsaviso

Das Entlassungsaviso ist frühestens am Tag der Entlassung zu übermitteln, wenn zu diesem Zeitpunkt eine „normale“ Entlassungsmeldung aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist.

Eine detaillierte Beschreibung des Entlassungsavisos befindet sich im [Kapitel E.6.](#)

D.72. DSIDR – Datensatz-ID Referenz

10 Stellen alphanumerisch

Wird eine Formalabweisung (SART F01-F06) übermittelt, ist das Feld DSIDR zwingend mit den letzten 10 Stellen der Datensatz-ID (siehe [Kapitel D.69.](#)), auf die sich eine Meldung bezieht, zu übermitteln.

Wird eine SART K03-Meldung an die Krankenanstalt rückgemeldet, ist das Feld DSIDR mit den letzten 10 Stellen der Datensatz-ID (siehe [Kapitel D.69.](#)) der K01-Meldung, auf die sich die K03-Meldung bezieht, optional zu übermitteln. Ebenso ist bei einer K04-Meldung das Feld DSIDR mit den letzten 10 Stellen der Datensatz-ID der K01-Meldung optional zu befüllen.

Wird eine SART K21-Meldung mit ZKZ „B“ (Empfangsbestätigung) übermittelt, ist das Feld DSIDR mit den letzten 10 Stellen der Datensatz-ID (siehe [Kapitel D.69.](#)) der Meldung (K09/K10/K13/K14) auf die sich die K21 bezieht, zu übermitteln.

D.73. KABEFR – Kostenbefreiung der Krankenanstalt

3 Stellen alphanumerisch

Die Krankenanstalt hat die Möglichkeit, die Anzahl der Tage bekannt zu geben, für welche kein Kostenbeitrag eingehoben wurde.

Wird von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, so hat die Befüllung wie folgt zu erfolgen:

- 3-stellig numerisch mit führenden Nullen – also „000“ – „999“
 - Bsp.: 001 für einen Tag

Wird von dieser Möglichkeit seitens der Krankenanstalt nicht Gebrauch gemacht, hat das Feld in Grundstellung (= 3x blank) zu bleiben.

D.74. GRUND – Grund

40 Stellen alphanumerisch

Format bei K09/K10:

<u>Position</u>	<u>Länge</u>	<u>Inhalt</u>
<u>1</u>	<u>5</u>	<u>SART:</u>
<u>6</u>	<u>1</u>	<u>Blank</u>
<u>7</u>	<u>1</u>	<u>K</u>
<u>8</u>	<u>2</u>	<u>09 oder 10</u>
<u>10</u>	<u>1</u>	<u>.(Beistrich)</u>
<u>11</u>	<u>1</u>	<u>Blank</u>
<u>12</u>	<u>7</u>	<u>EINDAT:</u>
<u>19</u>	<u>1</u>	<u>Blank</u>
<u>20</u>	<u>6</u>	<u>Eingangsdatum im Format JJMMDD</u>
<u>26</u>	<u>15</u>	<u>blank</u>

Beispiel: „SART: K09, EINDAT: 220401 „

Format bei K13/K14:

<u>Position</u>	<u>Länge</u>	<u>Inhalt</u>
<u>1</u>	<u>5</u>	<u>SART:</u>
<u>6</u>	<u>1</u>	<u>blank</u>
<u>7</u>	<u>1</u>	<u>K</u>
<u>8</u>	<u>2</u>	<u>13 oder 14</u>
<u>10</u>	<u>1</u>	<u>.(Beistrich)</u>
<u>11</u>	<u>1</u>	<u>blank</u>
<u>12</u>	<u>7</u>	<u>EINDAT:</u>
<u>19</u>	<u>1</u>	<u>blank</u>
<u>20</u>	<u>6</u>	<u>Eingangsdatum im Format JJMMDD</u>
<u>26</u>	<u>1</u>	<u>.(Beistrich)</u>
<u>27</u>	<u>1</u>	<u>blank</u>
<u>28</u>	<u>5</u>	<u>BDAT:</u>
<u>33</u>	<u>1</u>	<u>blank</u>
<u>34</u>	<u>6</u>	<u>Behandlungsdatum aus K13 oder K14 im Format JJMMDD</u>
<u>40</u>	<u>1</u>	<u>blank</u>

Beispiel: „SART: K13, EINDAT: 220401, BDAT: 220329 „

E.

Dateneingabe / Datensätze

E. DATENEINGABE / DATENSÄTZE

E.1. Identifikationsteil

Version 3

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	3a/n	SART	Satzart	D.1.	Z
2	4	6 n	KANR	Nummer der Krankenanstalt Vertragspartnernummer	D.2.	Z
3	10	12a/n	AUFZL	Aufnahmezahl/Patientenzahl Nach dieser Nummer kann bei einer Einschau der Krankenakt (Patientenunterschrift) gefunden werden. Patientenzahl wird von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt je Unfall vergeben.	D.3.	Z
4	22	2 n	FANU	Fallnummer laufende Nummer bei Beurlaubungen, mit 0 beginnend, bei Verlängerungsanzeigen sowie bei der Übermittlung von SART K09 mit 00 belegt.	D.4.	O
5	24	4a/n	KOST	Kostenträger (leistungszuständig) Versicherungsträgercode Beispiel Arbeitsunfall: leistungszuständig z.B. AUVA zahlungszuständig z.B. ÖGK (Vorleistungspflicht)	D.5.	Z
6	28	4a/n	VSTR	zuständiger Versicherungsträger Versicherungsträgercode Beispiel Arbeitsunfall: leistungszuständig z.B. AUVA zahlungszuständig z.B. ÖGK (Vorleistungspflicht)	D.6.	Z
7	32	8 n	AUFN	Aufnahmedatum JJJJMMTT		Z
8	40	8 n	ENTL	Entlassungsdatum JJJJMMTT zwingend bei „Entlassung“ SART K05 Wird das Datum in einer „Aufnahme“ (SART K01) befüllt, dann ist hier ausschließlich das Datum der endgültigen Entlassung aus dem KH zu melden und nicht ein eventuelles Urlaubsentlassungsdatum.		Z1
9	48	1a/n	KOMM	Kommentarsatz	D.7.	O
				DATEN DES VERSICHERTEN (PATIENTEN)		
10	49	10n	VSNR	Versicherungsnummer	D.8.	Z
11	59	30a/n	ZUNA	Zuname (kein Titel!)		Z
12	89	15a/n	VONA	Vorname		Z
13	104	1a/n	RESE	Reserve		-
14	105	1a/n	GESCHL	Geschlecht	D.10.	Z2
15	106	8 n	GEBDAT	Geburtsdatum JJJJMMTT		Z
16	114	20a/n	DSID	Datensatz-ID	D.69.	Z
17	134	2a/n	VGR	Versichertengruppe/Kategorie	D.11.	Z

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
				DATEN DES ANGEHÖRIGEN (PATIENTEN)		
18	136	10n	AVSNR	Versicherungsnummer	D.8.	O1
19	146	30a/n	AZUNA	Zuname (kein Titel!)		O1
20	176	15a/n	AVONA	Vorname		O1
21	191	1a/n	RESE	Reserve		-
22	192	1a/n	AGESCHL	Geschlecht	D.10.	O1
23	193	8 n	AGEBDAT	Geburtsdatum JJJJMMTT		O1
				SONSTIGE DATEN		
24	201	3a/n	FECO	Fehlercode	D.12.	O
25	204	10a/n	DSIDR	Datensatz-ID Referenz	D.72.	Z1
26	214	1a/n	BETREU	Betreuungsschein	D.44.	Z1
27	215	4a/n	BKANR	Krankenanstaltennummer des Bundesministeriums		Z3
28	219	1 a/n	DVERS-ID	Datensatzversion ID-Teil, Versionsnummer vom ID-Teil	D.49.	Z
29	220	1 a/n	DVERS-SA	Datensatzversion Satzart-Teil, Versionsnummer vom Satzart-Teil	D.49.	Z
		220				

Legende:

a/n	alphanumerisch	linksbündig, Grundstellung = blank
n	numerisch	rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
Z	Angabe zwingend	
Z1	zwingend, wenn zutreffend	
Z2	zwingend im Anlassfall	wenn keine vollständige Versicherungsnummer des Haupt-Versicherten vorhanden ist
Z3	zwingend wenn KA-Bereich	
O	Angabe optional	
O1	optional	wenn Patient Angehöriger, dann zwingend

Betrifft Übermittlung von Aufnahme- und Entlassungsdaten bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten:

Daten des Angehörigen werden nicht befüllt. Bei Rehabilitationsaufenthalten von Schülern, bei welchen die AUVA Kostenträger ist, entscheidet diese, an welchen KV-Träger (sofern bei beiden Eltern mitversichert und unterschiedliche KV-Träger vorliegen) die Meldungen übermittelt werden.

E.1.1. Identifikationsteil für den Landesgesundheitsfonds (ID-Teil Landesgesundheitsfonds)

Version 3

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	3a/n	SART	Satzart	D.1.	Z
2	4	6 n	KANR	Nummer der Krankenanstalt Vertragspartnernummer	D.2.	O
3	10	12a/n	AUFZL	Aufnahmezahl/Patientenzahl Nach dieser Nummer kann bei einer Einschau der Krankenakte (Patientenunterschrift) gesucht werden. Patientenzahl wird von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt je Unfall vergeben. Linksbündig aufgefüllt mit Leerzeichen	D.3.	Z
4	22	2 n	FANU	Fallnummer laufende Nummer bei Beurlaubungen, mit 0 beginnend	D.4.	O
5	24	4a/n	KOST	Kostenträger (leistungszuständig) Versicherungsträgercode Beispiel Arbeitsunfall: leistungszuständig z.B. AUVA zahlungszuständig z.B. ÖGK (Vorleistungspflicht)	D.5.	Z
6	28	4a/n	VSTR	zuständiger Versicherungsträger Versicherungsträgercode Beispiel Arbeitsunfall: leistungszuständig z.B. AUVA zahlungszuständig z.B. ÖGK (Vorleistungspflicht)	D.6.	Z
7	32	8 n	AUFN	Aufnahmedatum JJJJMMTT		Z
8	40	8 n	ENTL	Entlassungsdatum JJJJMMTT		O
9	48	1a/n	KOMM	Kommentarsatz	D.7.	O
				DATEN DES VERSICHERTEN (PATIENTEN)		
10	49	57a/n	RESE	Reserve		O
11	106	8 n	GEBDAT	Geburtsdatum JJJJMMTT		Z
12	114	20a/n	DSID	Datensatz-ID	D.69.	Z
13	134	2a/n	VGR	Versichertengruppe/Kategorie	D.11.	O
				DATEN DES ANGEHÖRIGEN (PATIENTEN)		
14	136	57a/n	RESE2	Reserve		O
15	193	8 n	GEBDATA	Geburtsdatum JJJJMMTT		O
				SONSTIGE DATEN		
16	201	3a/n	FECO	Fehlercode	D.12.	O
17	204	10 a/n	DSIDR	Datensatz-ID Referenz	D.72.	Z1
18	214	1a/n	RESE3	Reserve		O

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
19	215	4a/n	BKANR	Krankenanstaltennummer des Bundesministeriums (nur für Leistungsdaten) Die Krankenanstaltennummer ist unterschiedlich zur Vertragspartnernummer des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung und muss durch die Österreichische Gesundheitskasse auf die Vertragspartnernummer umgeschlüsselt werden		Z
20	219	2 n	DVERS	Datensatzversion, Versionsnummer der Satzstrukturen	D.49.	Z
20	219	1 a/n	DVERS-ID	Datensatzversion ID-Teil , Versionsnummer vom ID-Teil	D.49.	Z
21	220	1 a/n	DVERS-SA	Datensatzversion Satzart-Teil, Versionsnummer vom Satzart-Teil	D.49.	Z
		220				

Legende:

a/n	alphanumerisch	linksbündig, Grundstellung = blank
n	numerisch	rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
Z	Angabe zwingend	
Z1	zwingend, wenn zutreffend	
O	Angabe optional	

E.2. Vorlaufsatz

Version 1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K00 - Vorlaufsatz Bis auf Satzart, zahlungszuständigen Versicherungsträger und Versionsnummer alle Felder Grundstellung	E.1.	Z
2	221	2a/n	PROJ	Projekt	D.14.	Z
3	223	2a/n	BEST	Bestandsbezeichnung	D.15.	Z
4	225	7a/n	OBUS	Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle	D.16.	Z
5	232	6 n	DTNR	Datenträgernummer laufende Nummer des Datenträgers pro übermittelnder Stelle und pro übernehmenden Versicherungsträger, auch bei Jahreswechsel		Z
6	238	8 n	EDAT	Erstellungsdatum JJJJMMTT		Z
7	246	6a/n	EZEI	Erstellungszeit HHMMSS		O
8	252	4a/n	DVST	datenübernehmender Versicherungsträger	D.17.	Z
9	256	4a/n	RESE	Reserve		
		259				

Legende:

a/n	alphanumerisch	linksbündig, Grundstellung = blank
n	numerisch	rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
Z	Angabe zwingend	
O	Angabe optional	

E.3. Schlusssatz

Version 1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K99 - Schlusssatz Bis auf Satzart und zahlungszuständigen Versicherungsträger alle Felder Grundstellung	E.1.	Z
2	221	6 n	SANZ	Satzanzahl Inkl. Vorlauf- und Schlusssatz		Z
		226				

Legende:

a/n	alphanumerisch	linksbündig, Grundstellung = blank
n	numerisch	rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
Z	Angabe zwingend	

E.4. Aufnahmeanzeige, Ereignisanzeige

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K01 - Aufnahmeanzeige, Ereignisanzeige SART K02 - Storno Aufnahmeanzeige	E.1.	Z
2	221	1 a/n	EREIG	Ereignisanzeige	D.19.	Z
3	222	1 a/n	KANKZ	Anstaltsart-Kennzeichen	D.20.	Z
4	223	6 a/n	FKRA	Abteilung Funktionscode	D.21.	Z1
5	229	2 a/n	FKRASU	Abteilung Subcode	D.21.	Z1
6	231	6 a/n	STAT	Abteilung/Station Krankenhausinterne Abteilungsbezeichnung (z.B. 2. Med)		O
7	237	1 a	KLAS	Klasse Nur im stationären Bereich	D.22.	Z1
8	238	1 a/n	PAR	Unabweisbarkeitsparere, Gutachten	D.23.	Z1
				DATEN DES VERSICHERTEN (PATIENTEN)		
9	239	30 a	GEBNA	Geburtsname Die Angabe des Geburtsnamens ist auf Grund der Gepflogenheiten im EU-Bereich in der Personaldatenführung vorgesehen		O
10	269	3 a/n	STAAT	Staatsbürgerschaftsschlüssel	D.24.	Z1
11	272	30 a/n	DGNA	Name des Dienstgebers		O
12	302	3 a	DGLKZ	Länderkennzeichen des Dienstgebers	D.24.	O
13	305	7 a/n	DGPLZL	Postleitzahl des Dienstgebers		O
14	312	25 a	DGORT	Ort des Dienstgebers		O
15	337	30 a/n	PASTR	Wohnadresse des Patienten Straße inkl. Haus-Nr., Stiege, Stock und Tür-Nr.		O
16	367	3 a	PALKZ	Länderkennzeichen des Patienten	D.24.	O
17	370	7 a/n	PAPLZL	Wohnadresse des Patienten Postleitzahl		O
18	377	25 a	PAORT	Wohnadresse des Patienten Ort		O
				DATEN DES ANGEHÖRIGEN (PATIENTEN)		
19	402	30 a	AGEBNA	Geburtsname Die Angabe des Geburtsnamens ist auf Grund der Gepflogenheiten im EU-Bereich in der Personaldatenführung vorgesehen.		O
20	432	1 a/n	RESE	Reserve		-
21	433	1 a/n	RESE	Reserve		-
	434	15 a/n		BLOCK FÜR 3 DIAGNOSEN		

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
22		3 a/n	DIAG1	Diagnose 1 ICD10 BMSG-Schlüssel, E-Code (Unfall) im letztbelegten Feld. Diagnosen mit # (Raute) und ! (Rufzeichen) sind nicht als Hauptdiagnosen zulässig zwingend bei Meldungen eines stationären Aufenthalts		Z1
22°		1 a/n	DIAG1U1	Diagnose 1, Untergliederung 1		Z1
22b		1 a/n	DIAG1U2	Diagnose 1, Untergliederung 2		Z1
23		3 a/n	DIAG2	Diagnose 2		O
23a		1 a/n	DIAG2U1	Diagnose 2, Untergliederung 1		O
23b		1 a/n	DIAG2U2	Diagnose 2, Untergliederung 2		O
24		3 a/n	DIAG 3	Diagnose 3		O
24a		1 a/n	DIAG3U1	Diagnose 3, Untergliederung 1		O
24b		1 a/n	DIAG3U2	Diagnose 3, Untergliederung 2		O
				Blocklänge (3 x 5)		
25	449	1 a/n	FREVER	Verdacht auf Fremdverschulden	D.27.	Z
26	450	60 a/n	DIAG	Diagnose(n) im Klartext entfällt bei Codierung		O
27	510	2 a/n	URS	Ursache der Behandlung kann sich dabei auch um einen Verdacht handeln	D.28.	Z2
28	512	8 n	ENTB-DAT	Entbindungstag JJJMMTT		O
29	520	6 n	USVPNR	Überweisende Stelle Vertragspartnernummer	D.2.	O
30	526	30 a/n	USNA	Überweisende Stelle Name Wenn USVPNR bekannt, dann ist dieses Feld nicht zu erfassen		O
31	556	3 a	USLKZ	Länderkennzeichen der überweisenden Stelle Wenn USVPNR bekannt, dann ist dieses Feld nicht zu erfassen		O
32	559	7 a/n	USPLZL	Überweisende Stelle Postleitzahl Wenn USVPNR bekannt, dann ist dieses Feld nicht zu erfassen		O
33	566	25 a	USORT	Überweisende Stelle Ort Wenn USVPNR bekannt, dann ist dieses Feld nicht zu erfassen		O
				SONSTIGE DATEN		
34	591	8 n	ERDAT	Ereignisdatum JJJMMTT bei EREIG = 7 (Krankmeldung) nicht das Ereignisdatum, sondern Erstaufnahmedatum (SART K01 Feld Nr. 6) bei EREIG = 1 (Verlängerung) ist das Datum, ab welchem die Verlängerung gelten soll anzugeben. Das Datum ist jenes, welches auf dem in der letzten VAE angegebenen Befristungsdatum folgt.		Z1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
35	599	3 n	VTAG	Anzahl der Verlängerungstage bei EREIG = 1 (Verlängerung) Anzahl der Verlängerungstage		O
36	602	12 a/n	VDAS	VDAS-ID	D.70.	O
		613				

Legende:

- a alphabetisch linksbündig, Grundstellung = blank
- a/n alphanumerisch linksbündig, Grundstellung = blank
- n numerisch rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
- Z Angabe zwingend
- O Angabe optional
- Z1 bei Aufnahmeart 1,7, 8, 9 oder R
- Z2 wird bei Kur-/Rehabilitationsaufenthalten mit „99“ befüllt

E.5. Versichertenanspruchserklärung

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K03 - Versichertenanspruchserklärung SART K04 - Storno Versichertenanspruchserklärung	E.1.	Z
2	221	1 a/n	KOME	Kostenmeldung	D.29.	Z
3	222	1 a/n	EREIG	Erweiterte Verlängerungsbewilligung durch Werte der Ereignisanzeige	D.19.	Z
				DATEN DER KOSTENÜBERNAHME		
4	223	1 a/n	KLAS	Klasse	D.22.	Z
5	224	8 n	DAT1	Versichertenzuständigkeit – Beginndatum 1 JJJJMMTT Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (KUAB = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.31.	Z1
6	232	25 a/n	RESE	Reserve		O
7	257	8 n	DATBIS	BIS-Datum der Versichertenanspruchserklärung	D.31.	O
8	265	1 a/n	ENDE	Fristende Bezieht sich auf BIS-Datum der Versichertenanspruchserklärung bzw. Asylierung Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (KUAB = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.32.	Z1
9	266	2 a/n	KUAB	Ablehnungsgrund Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ dann nicht zwingend	D.33.	Z
10	268	1 a/n	VKBEFR	Verpflegskosten-Beitragsbefreiung Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (KUAB = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.34.	Z1
11	269	2 n	VTAGE	Vortageanzahl auf Kostenbeitrag Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (KUAB = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.35.	Z1
		270				

Legende:

- a alphabetisch linksbündig, Grundstellung = blank
- a/n alphanumerisch linksbündig, Grundstellung = blank
- n numerisch rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
- Z Angabe zwingend
- Z1 Zwingend, wenn zutreffend
- O Angabe optional

E.6. Entlassungsanzeige

Version 3

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K05 - Entlassungsanzeige SART K06 - Storno Entlassungsanzeige	E.1.	Z
2	221	1a/n	ENTS	Entlassungsschlüssel	D.36.	Z
				DIAGNOSEN		
3	222	1a/n	DIAGQ	Diagnosenqualifikation	D.37.	O
4*	223	3a/n	HDIAG	Hauptdiagnose ICD10 BMSG-Schlüssel		Z1
5	226	1a/n	HDIAGU1	Hauptdiagnose Untergliederung 1		Z1
6	227	1a/n	HDIAGU2	Hauptdiagnose Untergliederung 2		Z1
	228	45a/n		BLOCK FÜR 9 ZUSATZDIAGNOSEN		
7	228	3a/n	ZDIAG1	Zusatzdiagnose 1 ICD10 BMSG-Schlüssel		O
8	231	1a/n	ZDIAG1U1	Zusatzdiagnose 1 Untergliederung 1		O
9	232	1a/n	ZDIAG1U2	Zusatzdiagnose 1 Untergliederung 2		O
				Blocklänge (9 x 5)		
10	273	60a/n	DIAG	Entlassungsdiagnose im Klartext entfällt bei Codierung		O
11	333	1a/n	FREVER	Fremdverschulden	D.27.	Z
12	334	2a/n	URS	Ursache	D.28.	Z
				ENTBINDUNGSDATEN		
13	336	8 n	ENTBDAT	Entbindungstag JJJJMMTT auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt bezogen		Z1
14	344	1 n	ENTGM	Anzahl der Lebendgeburten, männliche Kinder auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt bezogen		Z1
15	345	1 n	ENTGW	Anzahl der Lebendgeburten, weibliche Kinder auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt bezogen		Z1
16	346	1 n	ENTT	Anzahl der Totgeburten auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt bezogen		Z1
17	347	1a/n	ENTART	Art der Entbindung auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt bezogen	D.38.	Z1

				VERLEGUNGEN gilt nur für Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft		
18	348	8 a/n	AVDAT	Aufnahme-, Verlegungsdatum JJJJMMTT		O
19	356	1 a	VKLA	Verlegung Klasse bei Verlegung von allgemeiner Gebührenklasse auf Sonder- klasse und umgekehrt	D.22.	O
				SONSTIGE DATEN		
20	357	1 a	AI	Aviso-Info	D.71.	Z1
21	358	3 a/n	KABEFR	Kostenbefreiung der Krankenanstalt	D.73.	O
22	361	6 a/n	RESE	Reserve		
		366				

Legende:

a	alphabetisch	linksbündig, Grundstellung = blank
a/n	alphanumerisch	linksbündig, Grundstellung = blank
n	numerisch	rechtsbündig, Grundstellung = 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)
Z	Angabe zwingend	
Z1	zwingend, wenn zutreffend	

*Zu Feld Nr. 4, HDIAG (+ Untergliederungen) und Entbindungsdaten:

Wenn eine Entbindung in der KA stattgefunden hat, ist in SART K05 jedenfalls eine Entbindungsdiagnose lt. nachfolgender Liste als Hauptdiagnose anzugeben (außer bei Totgeburten) sowie der Entbindungsblock zwingend auszufüllen:

Diagnose.....Bezeichnung der Diagnose

O60	.....	Vorzeitige Entbindung, Geburtsbeginn (spontan) vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche
O601	.....	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung
O602	.....	Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung
O603	.....	Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen
O623	.....	Überstürzte Geburt
O63	.....	Protrahierte Geburt
O630	.....	Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
O631	.....	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
O632	.....	Protrahierte Geburt des zweiten Zwillings, Drillings usw.
O639	.....	Protrahierte Geburt, nicht näher bezeichnet, Protrahierte Geburt o.n.A.
O755	.....	Protrahierte Geburt nach Blasensprengung
O756	.....	Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung
O757	.....	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung
O80	.....	Spontangeburt eines Einlings
O800	.....	Spontangeburt aus Schädellage
O801	.....	Spontangeburt aus Beckenendlage
O808	.....	Sonstige Spontangeburt eines Einlings

O809	.....	Spontangeburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet, Spontangeburt o.n.A.
O81	.....	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion
O810	.....	Zangenentbindung aus Beckenausgang
O811	.....	Zangenentbindung aus Beckenmitte
O812	.....	Zangenentbindung aus Beckenmitte mit Rotation
O813	.....	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zangenentbindung
O814	.....	Entbindung mittels Vakuumextraktor, Entbindung mittels Saugglocke
O815	.....	Entbindung mittels Kombination von Vakuum- und Zangenextraktion, Entbindung mittels Vakuumextraktor und Zange
O82	.....	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
O820	.....	Geburt durch elektive Schnittentbindung, Primäre Sektio, Re-Sectio caesarea o.n.A.
O821	.....	Geburt durch Schnittentbindung bei Gefahrenzustand für Mutter oder Kind, Sekundäre Sektio
O822	.....	Geburt durch Schnittentbindung mit Hysterektomie
O828	.....	Sonstige Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung
O829	.....	Geburt durch Schnittentbindung, nicht näher bezeichnet
O83	.....	Sonstige geburtshilfliche Maßnahmen bei Geburt eines Einlings
O830	.....	Extraktion aus Beckenendlage
O831	.....	Manualhilfe bei Entbindung aus Beckenendlage, Entbindung aus Beckenendlage o.n.A.
O832	.....	Sonstige geburtshilfliche Handgriffe bei Entbindung, Wendung mit Extraktion
O833	.....	Entbindung eines lebensfähigen Feten bei Abdominalgravidität
O834	.....	Entbindung durch zerstückelnde Operation [Destruktion des Feten], Embryotomie, Kleidotomie, Kraniotomie, zur Geburtsermöglichung
O838	.....	Sonstige näher bezeichnete geburtshilfliche Maßnahmen bei Geburt eines Einlings
O839	.....	Geburtshilfliche Maßnahme bei Geburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet, Geburtshilfliche Maßnahme bei Entbindung o.n.A.
O84	.....	Mehrlingsgeburt
O840	.....	Mehrlingsgeburt, Spontangeburt aller Kinder
O841	.....	Mehrlingsgeburt, Geburt aller Kinder durch Vakuum- oder Zangenextraktion
O842	.....	Mehrlingsgeburt, Geburt aller Kinder durch Schnittentbindung
O848	.....	Sonstige Mehrlingsgeburt, Mehrlingsgeburt durch kombinierte Methoden
O849	.....	Mehrlingsgeburt, Art der Geburt nicht näher bezeichnet

Entlassungsaviso (Kapitel D.36, Befüllung Feld 2 „ENTS“)

Durch die entsprechende Befüllung im Feld „AI“ (siehe Kapitel D.71 AI) kann eine Entlassung (ohne Hauptdiagnose) als Entlassungsaviso gemeldet werden. Der einzige Zweck dieses Datensatzes ist, dem KV-Träger mitzuteilen, DASS und WANN der Patient die Krankenanstalt verlassen hat und der Aufenthalt endet. Damit sollen Ablehnungen aufgrund von Überschneidungsprüfungen verhindert werden. Daher soll in diesem Fall die Felder ENTS und AI befüllt werden, alle anderen Felder werden ignoriert und sollen leer bleiben.

Der KVT speichert somit ausschließlich das Entlassungsdatum („ENTL“ aus Datensatz E.1) in seinem System ab, und kann somit bereits eine Bundespflegegeld-Meldung erzeugen, da der Patient nicht mehr in der Krankenanstalt verweilt. Alle anderen fachlichen Vorgänge sollen davon unberührt bleiben.

Ein nachfolgender, echter K05 überschreibt das Aviso, ohne dass ein K06-Aviso-Storno notwendig ist, sofern das Entlassungsdatum im Aviso und im „echten“ K05 ident ist!

Ein Entlassungsaviso kann mittels eines K06-Storno-Datensatzes storniert werden. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass ebenso der korrekte Wert im Feld „AI“ gemeldet wird, es gelten die gleichen Grundsätze wie beim Entlassungs-Aviso selbst. Wurde ein Entlassungsaviso übermittelt und soll die K01-Meldung seitens der Krankenanstalt storniert werden, so muss erst das Aviso mittels einer K06-Meldung storniert werden und danach die K01-Meldung mittels einer K02-Meldung storniert werden.

Wurde eine echte K05-Entlassung übermittelt, storniert ein echtes, vollwertiges K06-Storno die echte Entlassung und ein eventuell vorhandenes Aviso gleichzeitig. Somit ist für das Aviso in diesem Fall KEIN eigenes Storno notwendig.

Ein Storno des K05-Avisos (K06) bei gleichzeitigem Vorhandensein einer echten Entlassung ist nicht zulässig!

Nach einem Entlassungsaviso sind keine Unterbrechungsmeldungen mehr zulässig.

Aufenthaltsunterbrechungen

Sachverhalt am Beispiel: Aufnahme am 1.1.2010

Patient verlässt am 5.1. das Krankenhaus
Patient kehrt am 7.1 zurück
Patient verlässt am 10.1. das Krankenhaus
Patient kehrt am 14.1 zurück
Patient verlässt am 18.1. das Krankenhaus
Patient kehrt am 19.1 zurück
Endgültige Entlassung aus dem Krankenhaus am 20.2.2010

Sicht des KV Trägers: Aufnahme am 1.1.2010

am 6.1. kein stationärer Aufenthalt (kein Vorpflegetag)
vom 11.-13.1. kein stationärer Aufenthalt (keine Vorpflegetage)
Unterbrechung vom 18.-19.1 nicht relevant, aus KV Sicht durchgehend
Endgültige Entlassung aus dem Krankenhaus am 20.2.2010

Sicht Bundespflegegeld:

- für 1.1. eine SART=K1 Aufnahmemeldung, FANU=0
- für 5.1. eine SART=K5 Entlassungsmeldung mit EGRD=08 (Urlaub), FANU=0
- für 7.1. eine SART=K1 Aufnahmemeldung, FANU=1
- für 10.1. eine SART=K5 Entlassungsmeldung mit EGRD=08 (Urlaub), FANU=1
- für 14.1. eine SART=K1 Aufnahmemeldung, FANU=2
- für 18.1. eine SART=K5 Entlassungsmeldung mit EGRD= 08 (Urlaub), FANU=2
- für 19.1. eine SART=K1 Aufnahmemeldung, FANU=3
- für 20.2. eine SART=K5 Entlassungsmeldung mit EGRD=01 (Entlassung), FANU=3

Beteiligte Felder: Aufnahmedatum, Entlassungsdatum, Entlassungsgrund und Fallnummer

Bedingungen: Unterbrechung muss über Mitternacht gehen.
Entlassung und Aufnahme nicht am selben Kalendertag.
Es gibt nur zur ersten Aufnahme ein VAE Meldung.

Empfehlungen: Die Aufnahme sofort versenden.

Ablaufprozess Unterbrechungen

Aufnahme in die Krankenanstalt

KA

Aufnahmedatum 1.1.2010 Fallnummer 0

KV Träger

Aufnahmeanzeige mit entsprechender Aufnahmeart

Versichertenzuständigkeit durch den KV Träger

KA

Versichertenanspruchserklärung

KV Träger

1. Unterbrechungsmeldung

KA

Aufnahmedatum 1.1.2010

Entlassungsdatum 5.1.2010 Fallnummer 0

KV Träger

Entlassungsschlüssel 1 Urlaub

Aufnahme nach 1. Unterbrechung

KA

Aufnahmedatum 7.1.2010 Fallnummer 1

KV Träger

Aufnahmeart der ersten Aufnahme

2. Unterbrechungsmeldung

KA

Aufnahmedatum 7.1.2010

Entlassungsdatum 10.1.2010 Fallnummer 1

KV Träger

Entlassungsschlüssel 1 Urlaub

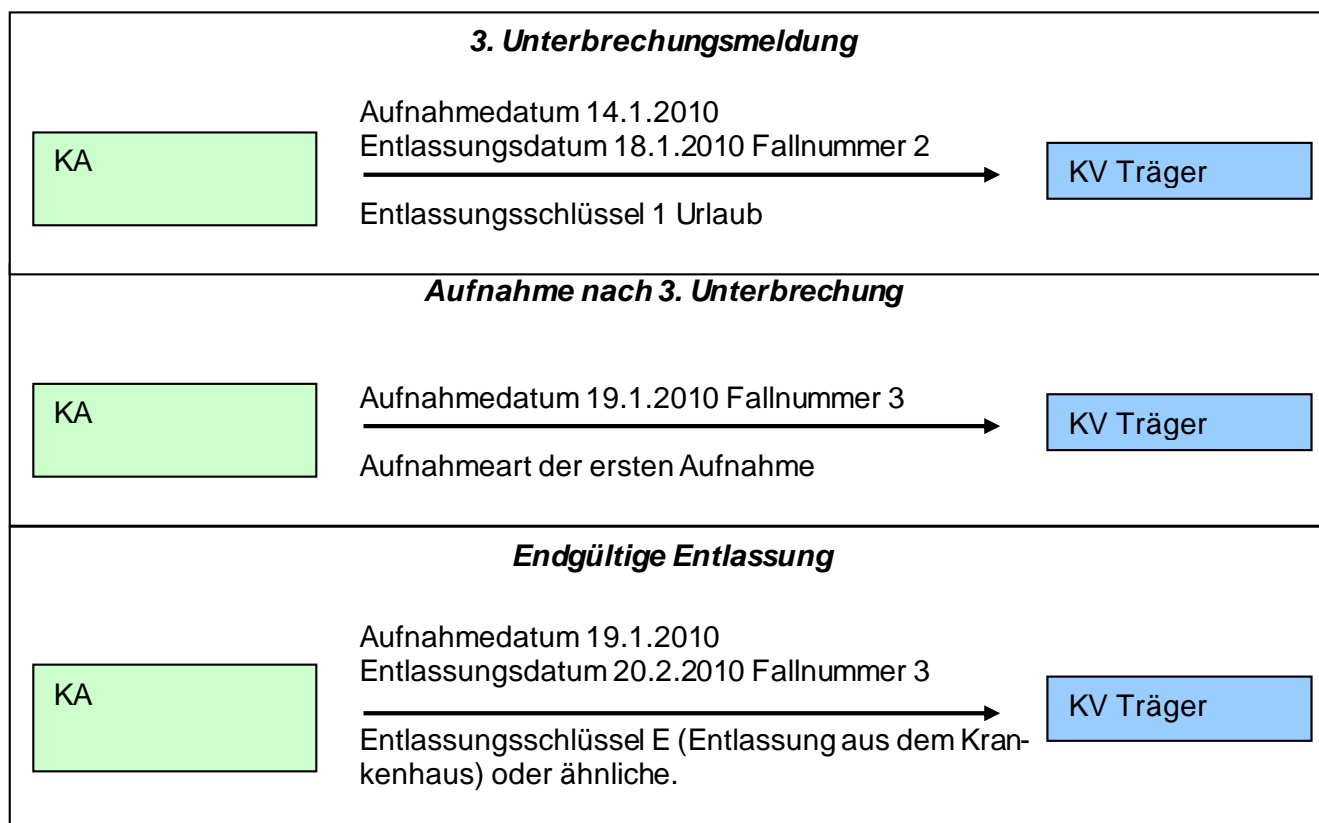
Aufnahme nach 2. Unterbrechung

KA

Aufnahmedatum 14.1.2010 Fallnummer 2

KV Träger

Aufnahmeart der ersten Aufnahme



E.7. Leistungsdaten stationär

AUFGELASSEN

E.8. Kostenmeldung stationär Regresse/Ausländerverrechnung/Information

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL Landes-fond	Identifikationsteil für den Landesfond SART K09 - Kostenmeldung stationär LS/(RG/AV) SART K10 - Storno Kostenmeldung stationär LS/(RG/AV) Grundsätzlich: Berichtigungen können nur bis zur Abrechnung berücksichtigt werden. Neumeldung der K09 Meldung nur bei relevanten Änderungen. Eine relevante Änderung betrifft den Kostenträger, die Punkte oder die Beträge. Korrekturen über K10 und K09 Meldungen	E.1.1.	Z
2	221	3 a/n	VERURL	Urlaubstage im Verrechnungszeitraum		O
3	224	2 a/n	SOND	Sonderleistungsnummer	D.40.	O
4	226	2 n	SOANZ	Anzahl Sonderleistung		O
5	228	1 a/n	EBH	Entbindungsheimpflegekennzeichen	D.41.	O
6	229	2 a/n	KVAB	Ablehnungsgrund für Leistungserbringung stationär	D.42.	O
7	231	1 a/n	QUAL	Qualifier	*	*
8	232	4 a/n	BKANR	Krankenanstaltennummer	*	*
9	236	1 a/n	KOANF	Kostenmeldung für A = Ausländerverrechnung R = Regressangelegenheiten K = Kosteninformation Der Inhalt des Feldes KOANF „Kostenmeldung“ der Satzart K20 „Kostenmeldungsanforderung“ ist in dieses Feld zu übernehmen.		Z
10	237	10 a/n	AUFZ	Aufnahmezahl	*	*
11	247	8 n	GEBDAT	Geburtsdatum JJJJMMTT	*	*
12	255	1 a/n	GESL	Geschlecht	*	*
13	256	3 a/n	STAATB	Staatsbürgerschaft	*	*
14	259	3 a/n	STAATW	Hauptwohnsitz Staat	*	*
15	262	6 a/n	PLZLW	Hauptwohnsitz Postleitzahl	*	*
16	268	1 a/n	AUFART	Aufnahmeart	*	*
17	269	1 a/n	ENTART	Entlassungsart	*	*
18	270	8 n	ENTDAT	Entlassungsdatum JJJJMMTT	*	*
19	278	2 a/n	KOST	Kostenträger	*	*
20	280	8 a/n	LDFGRP	LDF-Gruppe Teil1	*	*
21	288	3 n	LDFKNT	LDF-Gruppe Teil2	*	*
22	291	8 n	LDFPP	Punkte LDF-Pauschale	*	*
23	299	8 n	VDU	Punkte Verweildauerausreißer unten	*	*
24	307	8 n	VDO	Zusatzpunkte Verweildauerausreißer oben	*	*
25	315	8 n	ZUINT	Zusatzpunkte Intensiv	*	*
26	323	8 n	ZUMEHR	Zusatzpunkte Mehrleistungen	*	*

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
27	331	8 n	PSPEZ	Punkte spezieller Bereich (tageweise)	*	*
28	339	8 n	PTOT	Punkte total (Summe der Felder LDFPP + VDU + VDO + ZUINT + ZUMEHR + PSPEZ)	*	Z
29	347	6 n	LDFFAK	LDF-Punktwert Netto 4 Nachkommastellen.		Z
30	353	10 n	LDFBET	LDF-Betrag Netto 2 Nachkommastellen Ergibt sich durch Punkteanzahl mal Punktwert Forderungsbasis ohne Berücksichtigung eines Patientenanteiles f. Angehörige bzw. eines Beihilfenäquivalentes		Z
31	363	5 n	VERSATZ	Patientenanteil für Angehörige (tägl. Satz) netto Betrag in €, 2 Nachkommastellen Täglicher Satz der die Forderungsbasis verringert. <ul style="list-style-type: none"> Ist hier ein tägl. Satz angegeben, dann hat der KV-Träger den im Feld VERPA angegebenen Betrag zwingend für die Forderungsberechnung zu berücksichtigen. Wenn daher im Feld VERPA der Wert Null angegeben ist, ist auch Null zu berücksichtigen. Ist im Feld VERSATZ der Wert Null, dann hat der KV-Träger den Wert für das Feld VERPA aus seinen Datenbeständen (Vorpflegetage etc.) zu berechnen. Bei Kalenderjahr überschreitenden Aufenthalten ist der tägliche Satz der Entlassung anzugeben 	D.67.	Z2
32	368	7 n	VERPA	Patientenanteil netto Betrag in €, 2 Nachkommastellen <ul style="list-style-type: none"> Enthält das Feld VERSATZ den Wert Null, dann ist das Feld VERPA zwingend Null und der KV-Träger hat den zu berücksichtigenden Patientenanteil aus seinen Datenbeständen zu berechnen. Enthält das Feld VERSATZ einen tägl. Satz und ist das Feld VERPA trotzdem Null, ist zwingend kein Patientenanteil zu berechnen. Enthält das Feld VERSATZ einen tägl. Satz und das Feld VERPA einen Betrag, so ist dieser Betrag zwingend für die Forderung zu berücksichtigen. ACHTUNG: Wenn VERPA gleichgroß oder größer als LDFBET ist, gilt die Kostenmeldung als eingelangt und die Forderung als Null, FORDAV bzw. FORDRG müssen in diesem Fall NULL belegt werden. 	D.67.	Z2
33	375	5 n	BEIH	Beihilfenäquivalent Prozentsatz mit 2 Nachkommastellen	D.67.	Z2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
34	380	10 n	FORDAV	<p>Forderungsbetrag für Ausländerverrechnung KOANF = A oder Z Betrag in €, 2 Nachkommastellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist ein Betrag angegeben, dann ist dieser zwingend durch den KV-Träger als Forderungsbetrag anzusehen. Ist kein Betrag angegeben, dann ist dieser vom KV-Träger unter Berücksichtigung allfälliger Daten in den Feldern LDFBET-VERPA+(LDFBET - VERPA) * BEIH / 100 zu errechnen und wird vom übermittelnden Landesfond als Forderung anerkannt. Das Feld FORDAV muss das Beihilfenäquivalent enthalten. Dieses muss vom Versicherungsträger eingefordert werden, da es vom GF an das BM für Finanzen abgeführt werden muss <p>Beispiel: LDFBET - VERPA +<u>(LDFBET - VERPA) * BEIH / 100</u> = FORDAV</p>	D.67.	Z2
35	390	10 n	FORDRG	<p>Forderungsbetrag für den Regress KOANF = R oder K Betrag in €, 2 Nachkommastellen</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist ein Betrag angegeben, dann ist dieser zwingend durch den KV-Träger als Forderungsbetrag anzusehen. Ist kein Betrag angegeben, dann ist dieser vom KV-Träger unter Berücksichtigung allfälliger Daten in den Feldern LDFBET-VERPA+(LDFBET - VERPA) * BEIH / 100 zu errechnen und wird vom übermittelnden Landesfond als Forderung anerkannt. KV-Träger muss Beihilfenäquivalent an das BM für Finanzen abführen <p>Beispiel: LDFBET - VERPA +<u>(LDFBET - VERPA) * BEIH / 100</u> = FORDRG</p>	D.67.	Z2
36	400	1 a	RUE	<p>K21 Ausländerverrechnung/Regresse - Rückmeldung gewünscht J... Ja N...Nein</p>		Z
37	401	20 a/n	RENr	Rechnungsnummer der Krankenanstalt bzw. des Landesfonds		O
		420				

* Beschreibung siehe "Handbuch zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation" des BMG.

Erstellvorschrift zu Feld VERPA „Patientenanteil“ und Feld LDFBET „LDF-Betrag Netto“:

Es kann vorkommen, dass der Wert von VERPA größer ist als der Wert von LDFBET. Dadurch kann eine negative Forderung entstehen. Dieser Umstand ist zulässig und muss vom Krankenversicherungsträger verarbeitet werden. Die entstehende Forderung ist dann mit Null anzunehmen. Es erfolgt keine Abrechnung aber eine Information an den Fonds.

Legende:

a.....alphabetisch: linksbündig, Grundstellung blank

a/n.....alphanumerisch: linksbündig, Grundstellung blank

n.....numerisch: rechtsbündig, Grundstellung 0, führende Nullen, keine Inter-
..... punktion (auch kein Dezimalkomma)

Z.....Angabe zwingend

Z2.....zwingend, wenn bekannt

E.9. Kostenmeldungsanforderung

Version 1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL Landesgesundheitsfonds	Identifikationsteil Landesgesundheitsfonds SART K20 - Kostenmeldungsanforderung	E.1.1.	Z
2	221	1 a/n	AUFKZ	Aufenthaltsartkennzeichen S = stationär A = ambulant		Z
3	222	1 a/n	KOANF	Kostenmeldung für A = Ausländerverrechnung R = Regressangelegenheiten K = Kosteninformation (Für Komplettmeldung wenn Verwendung noch nicht klar)		Z
		222				

Legende:

a/n.....alphanumerisch: linksbündig, Grundstellung blank

Z.....Angabe zwingend

Die SART K20 „Kostenmeldungsanforderung“ ist im Zusammenhang mit Ausländerverrechnung, Regressangelegenheiten und Kosteninformation jedenfalls, unabhängig vom Kennzeichen im Feld KOME „Kostenrechnung“ der SART K03 „Versichertenanspruchserklärung“, zu übermitteln.

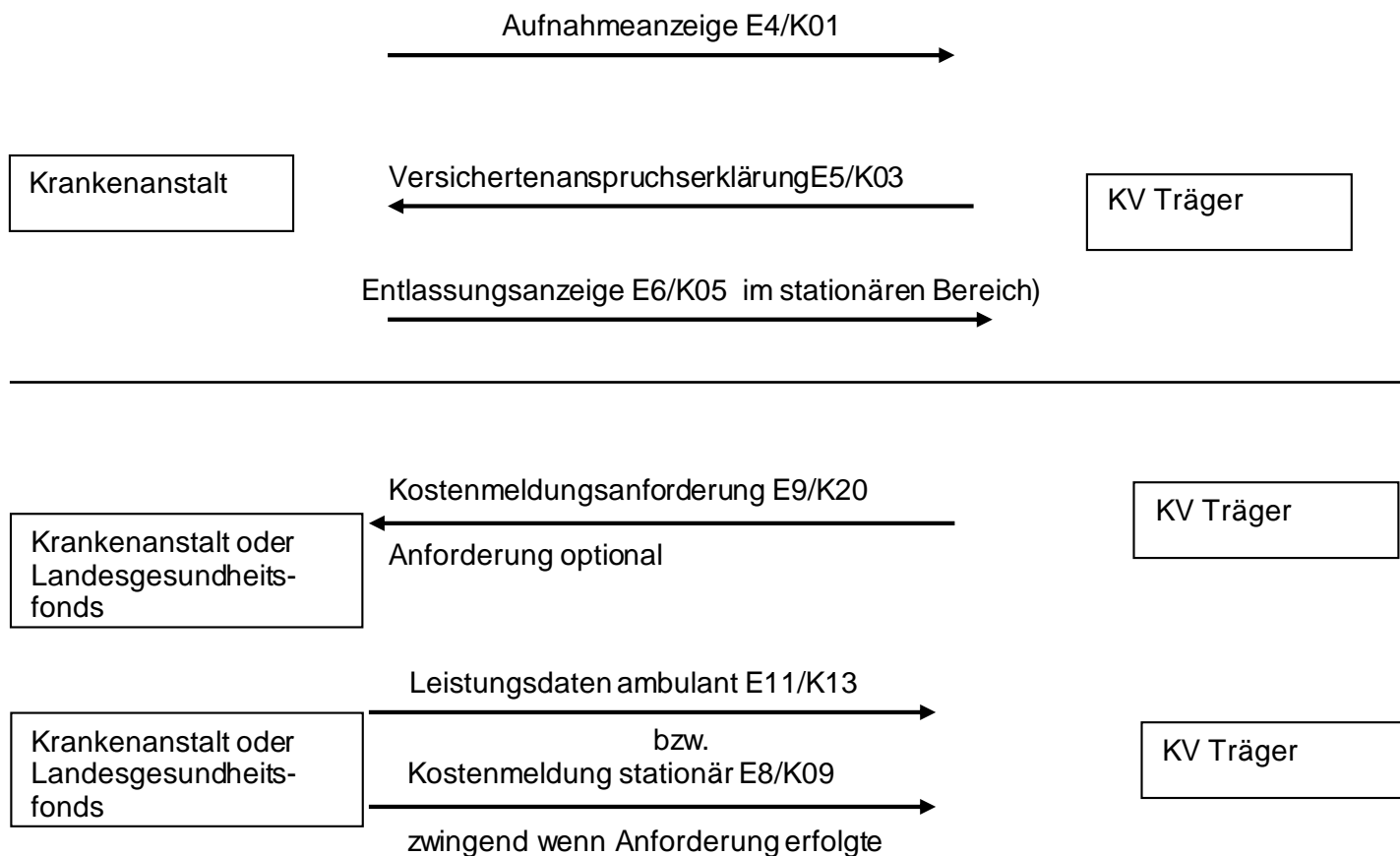
Speziell im Regressfall ist eine prompte Reaktion der Landesfonds in Form der SART K09 „Kostenmeldung stationär“ notwendig.

Der Inhalt des Feldes KOANF „Kostenmeldung“ wird in das Feld KOANF „Kostenmeldung“ der Satzart K09 „Kostenmeldung stationär“ und K10 „Storno Kostenmeldung stationär“ übernommen.

Erstellvorschrift:

Dieser Datensatz wird nur im Anlassfall vom KV-Träger erzeugt. Auf diesen Datensatz wird mit dem Datensatz E11 (ambulant mit Beträgen!) oder E8 (stationär) geantwortet. Wenn eine Krankenanstalt bzw. ein Landesfonds eine Komplettmeldung aller E11 und E8 Meldung tätigt ist eine Antwort nicht mehr notwendig.

Ablaufprozess Kostenmeldungsanforderung E9/K20:



E.10. Kommentar

Version 1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K12 - Kommentar	E.1.	Z
2	221	2 n	ZEILNR	Zeilennummer zusammengehörende Kommentarsätze mit 01 beginnend, aufsteigend numeriert		Z
3	223	80 a/n	TEXT1	Kommentartext Nur nach Vereinbarung mit der AUVA werden im Ambu- lanzfall die ersten 32 Stellen des Kommentartextes wie folgt formatiert Stelle 1-8 Unfalldatum JJJJMMTT Stelle 9-12 Unfallzeit HHMM Stelle 13-32 Unfallort Rest bleibt für Kommentartext (Unfallhergang wird als Kommentar geliefert)		O
4	303	80 a/n	TEXT2	Kommentartext		O
5	383	80 a/n	TEXT3	Kommentartext		O
6	463	80 a/n	TEXT4	Kommentartext		O
		542				

Legende:

a/n.....alphanumerisch: linksbündig, Grundstellung blank

n.....numerisch: rechtsbündig, Grundstellung 0, führende Nullen, keine Inter-
punktation (auch kein Dezimalkomma)

Z.....Angabe zwingend

O.....Angabe optional

Erstellvorschrift (bei Rückmeldung vom Versicherungsträger an die Krankenanstalt)

Bei Rückmeldung einer Satzart K03 „Versichertenanspruchserklärung“ mit „nicht leistungszuständig“ (KUAB=03) wird nach Möglichkeit vom nichtzuständigen Versicherungsträger, im ersten Kommentarsatz nach der VAE, im Feld TEXT1 der Code des voraussichtlich zuständigen Versicherungsträgers angeführt (siehe Beispiel), wenn

- von der Krankenanstalt in der Aufnahmeanzeige/Ereignisanzeige (Satzart K01) eine richtige Versicherungsnummer gemeldet wurde und
- ein anderer Versicherungsträger voraussichtlich zuständig ist.

Beispiel: VSTRxx VSTR konstanter Text
 xx Code des voraussichtlich zuständigen Versicherungsträgers

E.11. Leistungsdaten ambulant

Version 4

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil für den Landesgesundheitsfonds (ID-TEIL Landesgesundheitsfonds) SART K13 - Leistungsdaten ambulant SART K14 - Storno Leistungsdaten ambulant	E.1.1.	Z
2	221	6 a/n	FKRA	Abteilung Funktionscode der Ambulanz	D.21.	Z
3	227	2 a/n	FKRASU	Abteilung Subcode	D.21.	Z
4	229	8 a/n	BDAT	Behandlungsdatum JJJJMMTT Datum der tatsächlichen Inanspruchnahme der Ambulanz Das Datum der Erstbehandlung wird im ID-Teil, Feld AUFN „Aufnahmedatum“ gemeldet		Z
5	237	8 a/n	LDFGRP	LDF-Gruppe Teil 1		O
6	245	3 a/n	LDFKNR	LDF-Gruppe Teil 2		O
7	248	8 n	ABTFC_LP	Leistungspunkte 2 Nachkommastellen (ohne Kommazeichen)		O
8	256	8 n	ABTFC_KP	Kontaktpunkte 2 Nachkommastellen (ohne Kommazeichen)		O
9	264	8 n	PTOT	Punkte total (Summe der Felder ABTFC_LP + ABTFC_KP) 2 Nachkommastellen (ohne Kommazeichen)		Z
10	272	6 n	LDFFAK	LDF-Punktewert Netto 4 Nachkommastellen		Z
11	278	10 n	LDFBET	LDF-Betrag Netto 2 Nachkommastellen Ergibt sich durch Punkte total mal LDF-Punktewert Forderungsbasis ohne Berücksichtigung eines Patientenanteils		Z
12	288	5 n	BEIH	Beihilfenäquivalent Prozentsatz mit 2 Nachkommastellen	D.67.	Z
13	293	10 n	FORDAV	Forderungsbetrag für Ausländerverrechnung KOANF = A Betrag in EUR, 2 Nachkommastellen	D.67.	O
14	303	10 n	FORDRG	Forderungsbetrag für den Regress KOANF = R oder K Betrag in EUR, 2 Nachkommastellen	D.67.	O
15	313	1 a/n	KOANF	Kostenmeldung für A = Ausländerverrechnung R = Regressangelegenheiten K = Kosteninformation Der Inhalt des Feldes KOANF „Kostenmeldung“ der Satzart K20 „Kostenmeldungsanforderung“ ist in dieses Feld zu übermitteln.		Z

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
16		1 a/n	ZDGART	Zusatzdiagnose – Art V = Verdachtsdiagnose		Q
		313				

Erstellvorschriften:

- Für jeden Patienten wird von der Krankenanstalt (Ambulanz) pro Behandlungsfall
 - bei der erstmaligen Inanspruchnahme der Ambulanz und
 - bei jeder Erstbehandlung im Quartal und
 - bei Versicherungsträgerwechsel
 eine Ereignisanzeige (SART K01) mit „Ambulanzfall“ im Feld Ereignisanzeige (EREIG = 3) an den zuständigen Krankenversicherungsträger gemeldet. Die Ereignisanzeigen mit „Ambulanzfall“ werden laufend, wenn möglich tagesaktuell, an den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt.

Anmerkung: Behandlungsfall ist jeder Ambulanzbesuch bzw. jede Serie von Ambulanzbesuchen aus einem Ereignis, wie z.B. eine Krankheit oder mehrere zusammenhängende Krankheiten, Mutterschaft, Zahnbehandlung, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Befindung von extern eingesendeten Proben etc.
- Vom zuständigen Krankenversicherungsträger wird eine Versichertenanspruchserklärung (SART K03) an die Krankenanstalt (Ambulanz) zurückgemeldet.
- Pro Ambulanzbesuch (Frequenz) und behandelnde Abteilung (Funktionscode einer bettenführenden Hauptkostenstelle) wird, frühestens nach Einlangen einer positiven VAE, vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds der Datensatz „Leistungsdaten ambulant“ (SART K13) an den zuständigen Krankenversicherungsträger gemeldet. Die Datensätze „Leistungsdaten ambulant“ werden laufend (spätestens bis zum Ende des auf das Quartal der Behandlung zweitfolgenden Monats) an den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt. Bei Unvollständigkeit der Daten (zB fehlende externe Laborleistungen) soll die Meldung der Datensätze zurückgehalten werden bis die Daten vollständig vorliegen. Es soll damit eine große Zeitspanne von der ersten bis zur letzten Meldung zum selben Quartal vermieden werden und damit verbundene Probleme bei Regressfällen und zwischenstaatlicher Weiterverrechnung.
- Von den Krankenversicherungsträgern wird bei Feststellung eines Fehlers in der Ereignisanzeige (SART K01) mit „Ambulanzfall“ eine entsprechende Fehlerrückmeldung an die Krankenanstalt (Ambulanz) übermittelt. Bei Meldung des Datensatzes „Leistungsdaten ambulant“

(SART K13) wird ebenfalls bei Feststellung eines Fehlers eine Fehlerrückmeldung an den Landesgesundheitsfonds retourniert.

E.12. Entlassungsanzeige - Rückmeldung

AUFGELASSEN

E.13. Ausländerverrechnung/Regresse - Rückmeldung

Meldung vom KV-Träger an Landesgesundheitsfonds und Kopie an die Krankenanstalt

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL Landesgesundheitsfonds	Identifikationsteil für den Landesfond SART K21 - Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse SART K22 - Storno Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse	E.1.1.	Z
2	221	1 a/n	KOANF	Kostenmeldung für A = Ausländerverrechnung stationär R = Regressangelegenheiten stationär B = Ausländerverrechnung ambulant S = Regressangelegenheiten ambulant Der Inhalt des Feldes KOANF der Satzart K09 „Kostenmeldung stationär“ ist in dieses Feld nicht zu übernehmen sondern vom KV-Träger zu befüllen.		Z1
3	222	1 a	ZKZ	Zahlungskennzeichen Regress K = kein Regress (letzte Meldung) T = Teilzahlung V = Verfahren läuft N = Nicht Einbringlich-Abschreibung (letzte Meldung) E = Endzahlung Zahlungskennzeichen Ausländerverrechnung F = Forderung an den ausländischen Träger durchgeführt A = Akontierung K = keine ausländische Verrechnung möglich (letzte Meldung) E = Endzahlung R = Rücküberweisung an ausländischen Träger Rechnung wurde bereits bezahlt und das Geld dem Landesfond weitergegeben. Im Nachhinein wurde diese Rechnung vom ausländischen Träger begründet beanstandet. Dem ausländischen Träger wurde der Rechnungsbetrag von der ÖGK rücküberwiesen. Der Betrag im Feld BETRAV ist deshalb vom Landesgesundheitsfonds an die Österreichische Gesundheitskasse zu erstatten. Nähere Beschreibung vom Prozess in der EGDA ORG Beschreibung Kapitel 1.7. B = Empfangsbestätigung		Z

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
4	223	10 n	LDFBET	LDF-Betrag Netto Betrag in €, 2 Nachkommastellen Forderungsbasis, wie von Landesgesundheitsfonds mit Kostenmeldung mitgeteilt. Ist der Wert von LDFBET geringer als der Wert im Feld VERPA und ist das Feld KOANF mit „A“ befüllt, erfolgt keine Kostenforderung d.d. meldenden KVT, d.h., das Feld BETRAV ist dann mit 0 und das Feld ZKZ mit K befüllt.		Z1
5	233	5 n	VERSATZ	Patientenanteil f. Angehörige (tägl. Satz) Betrag in €, 2 Nachkommastellen Der gesamte Patientenanteil wie von Fonds mit Kostenmeldung mitgeteilt oder mangels Angaben von KV-Träger eingesetzt.	D.67.	Z1
6	238	7 n	VERPA	Patientenanteil Betrag in €, 2 Nachkommastellen Patientenanteil wie von Landesgesundheitsfonds angegeben oder mangels Angabe von KV-Träger berücksichtigt. Der Patientenanteil ist bei KOANF R ohne und bei KOANF A mit dem Beihilfenäquivalent (von 11,11%) zu melden.	D.67.	Z1
7	245	10 n	BETRAV	Betrag Ausländerverrechnung Betrag in €, 2 Nachkommastellen den der Landesfonds erhält (nur bei E und F und A) Inkl. Beihilfenäquivalent. Bei ZKZ = R Betrag, der an die Österreichische Gesundheitskasse zu überweisen ist.		Z1
8	255	10 n	BETRRG	Betrag Regress Betrag in €, 2 Nachkommastellen ohne Beihilfenäquivalent.		Z1
9	265	20 a/n	RENr	Rechnungsnummer Rechnungsnummer des Landesgesundheitsfonds aus K09		Z1
10	285	1 a/n	ART	Abrechnungsart Ausländerverrechnung E = Eckkosten (100% der Kosten) P = Pauschal (80% der Kosten) K = Kostenverzicht (100% der Kosten) A = Abrechnungsverzicht (95% der Kosten. Bei bilateralen Staaten mit einer Pauschalvereinbarung, wird bei vorübergehendem Aufenthalt dieser Personen in Österreich auf die Abrechnung verzichtet, dafür wird die Pauschale um 5% gekürzt.		Z1
11	286	5 n	PROZ	Prozentsatz der Zahlung 2 Nachkommastellen		Z1
12	291	10 a/n	SCHEIN	Betreuungsschein bei Ausländerverrechnung z.B. E106, BIH/A3 usw.		Z1
13	301	2 a/n	LAND	Landescode ISOA2 des Landes bei Ausländerverrechnung		Z1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
14	303	40 a/n	GRUND	<p>Grund warum keine Zahlung erfolgte. Bei ZKZ=K</p> <p>Eindeutige Zahlungsidentifikation. Bei ZKZ= T, E oder A</p> <p>Diese Zahlungsidentifikation soll auch bei der Banküberweisung als Zahlungsreferenz bzw. Verwendungszweck verwendet werden.</p> <p>Bei ZKZ = R wird der Grund der nachträglichen Beanstandung der Zahlung angegeben.</p> <p>Bei ZKZ = B wird hier das Eingangsdatum in den KV-Träger-Systemen sowie zusätzlich bei K13/K14 das übermittelte Behandlungsdatum übergeben. Ebenso angeführt wird die Satzart.</p> <p>Format bei K09/K10:</p> <ul style="list-style-type: none"> SART: Kxx, EIDAT: JJMMDD <p>Format bei K13/K14:</p> <ul style="list-style-type: none"> SART: Kxx, EINDAT: JJMMDD, BDAT: JJMMDD 		Z1
15	343	15 a/n	FREMDRE	Rechnungsnummer der zwischenstaatlichen Abrechnung		Z1
16	358	8 a/n	ELBNR	<p>Forderungsnummer der Österreichischen Gesundheitskasse</p> <p>FORMAT: JJ/NNNNN</p> <p>JJ...Forderungsjahr</p> <p>NNNNN...Nummer der Forderung</p>		Z1
17	366	70 a/n	ASVT	Bezeichnung des ausländischen SV-Trägers		Z1
		435				

Erstellvorschrift zu Feld VERPA „Patientenanteil“ und Feld LDFBET „LDF-Betrag Netto“:

Es kann vorkommen, dass der Wert von VERPA größer ist als der Wert von LDFBET. Dadurch kann eine negative Forderung entstehen. Dieser Umstand ist zulässig und muss vom Krankenversicherungsträger verarbeitet werden. Die entstehende Forderung ist dann mit 0 anzunehmen. Es erfolgt keine Abrechnung aber eine Information an den Fonds (siehe auch Beschreibung in Feld Nr. 4)

Legende:

- a alphabetisch: linksbündig, Grundstellung blank
- a/n alphanumerisch: linksbündig, Grundstellung blank
- n numerisch: rechtsbündig, Grundstellung 0, führende Nullen, keine Interpunktion
(auch keine Dezimalkomma)
- Z Angabe zwingend
- Z1 zwingend, wenn zutreffend

Erstellvorschrift:

Die Forderungs- bzw. Zahlungsrückmeldung der KV-Träger erfolgen einzelfallbezogen und vollständig in der gleichen Struktur, in der die Kostenmeldungen der Krankenanstalt bzw. Landesgesundheitsfonds an die KV-Träger übermittelt wurden.

Bei Empfangsbestätigungen (ZKZ „B“) ist zusätzlich das Feld Grund zu befüllen. Im ID-Teil ist das Feld „DSIDR“ mit den letzten 10 Stellen der DSID der einlangenden Meldung (K09/K10/K13K14) zu befüllen.

Ablaufprozess Ausländerverrechnung – Rückmeldung E13/K21 und K22:

Abrechnung erfolgt durch den KV-Träger ans Ausland (Erstmeldung)

Landesgesund-
heitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung E13/K21

←
Zahlungskennzeichen
F...Forderung an den ausländischen Träger durchgeführt

KV Träger

Akontierung durch das Ausland (Mehrfachmeldungen erlaubt)

Landesgesund-
heitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung E13/K21

←
Zahlungskennzeichen
A...Akontierung

KV Träger

Zahlung bzw. Nichtzahlung durch das Ausland (Letztmeldung)

Landesgesund-
heitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung E13/K21

←
Zahlungskennzeichen
K...keine ausländische Verrechnung möglich
E...Endzahlung

KV Träger

Stornierung der Verrechnungsmeldung

Landesgesund-
heitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung E13/K22

←
Zahlungskennzeichen
F...Forderung an den ausländischen Träger durchgeführt
A...Akontierung
K...keine ausländische Verrechnung möglich
E...Endzahlung

KV Träger

← Eventuelle Neumeldung (siehe oben)
← Ausländerverrechnung - Rückmeldung E13/K21

Ablaufprozess Regress - Rückmeldung E13/K21 und K22:

Teilzahlung Zahlungsverzögerung (Mehrfachmeldungen erlaubt)

Landesgesund-
heitsfonds

Regress - Rückmeldung E13/K21

KV Träger

←
Zahlungskennzeichen
T = Teilzahlung
V = Verfahren läuft (Prozess)

Erledigung der Verrechnung (Letztmeldung)

Landesgesund-
heitsfonds

Regress - Rückmeldung E13/K21

KV Träger

←
Zahlungskennzeichen
K = kein Regress (Letzte Meldung)
N = Nicht Einbringlich-Abschreibung (Letzte Mel-
dung)
E = Endzahlung

Stornierung der Verrechnungsmeldung

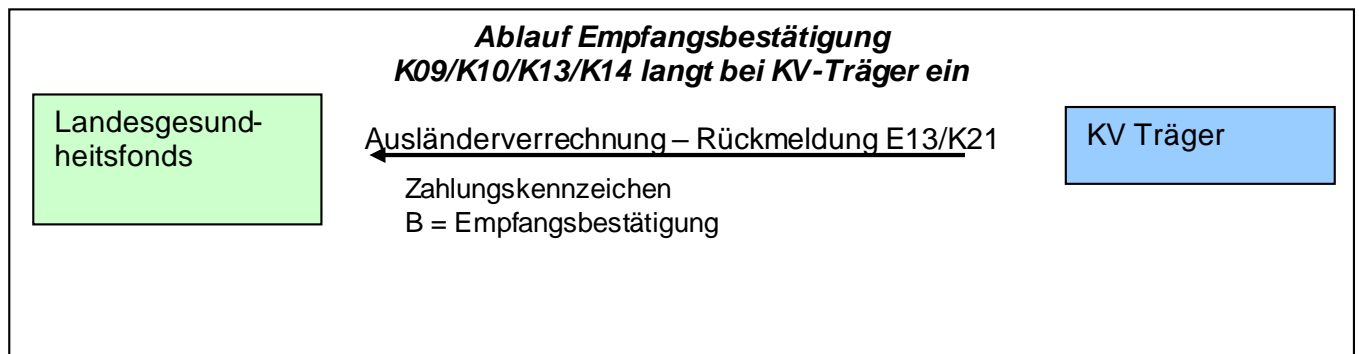
Landesgesund-
heitsfonds

Regress - Rückmeldung E13/K22

KV Träger

←
Zahlungskennzeichen
T = Teilzahlung
V = Verfahren läuft
K = kein Regress (Letzte Meldung)
N = Nicht Einbringlich-Abschreibung (Letzte Meldung)
E = Endzahlung

← Eventuelle Neumeldung (siehe oben)
← Regress - Rückmeldung E13/K21



E.15. EKVK-Datenmeldung

Version **34**

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K27 - EKVK-Datenmeldung (EKVK = Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC-Karte)) 2017 Erweiterung um nicht EU/EWR Staaten mit bilateralen Sozialversicherungsabkommen. Zum Zwecke des vorübergehenden Aufenthalts und Einreise zur Behandlung. Betroffene Staaten: <ul style="list-style-type: none"> - Bosnien und Herzegowina (BA) - Nordmazedonien (MK) - Montenegro (ME) - Serbien (RS) - Türkei (TR) 	E.1.	Z
2	221	20 a/n	EVSNR	EWR-Versicherungsnummer des Patienten <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 6) bzw. - dem PEB/ oder E112/S2-Formular bzw. - Ausländische Versicherungsnummer bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>		Z1
3	241	40 a/n	EZUNA	Zuname <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 3) oder - dem PEB oder E112/S2-Formular - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>		Z1
4	281	35 a/n	EVONA	Vorname <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 4) oder - dem PEB oder E112/S2-Formular - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>		Z1
5	316	1 a/n	EGESL	Geschlecht entsprechend der Feststellung <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>	D.10.	Z1
6	317	8 a/n	EGEBD	Geburtsdatum JJJJMMTT <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 5) oder - dem PEB oder E112/S2-Formular (Geburtsdatum in EKVK-Karte und Formularen TTMMJJJJ) <ul style="list-style-type: none"> - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>		Z1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
7	325	2 a/n	ESTAAT	Staatenschlüssel ISO-3166-1 Code (ISO-A2-Code) <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 2) oder - dem PEB oder E 112/S2-Formular - Muss ident mit dem Feld VGR im Datensatz K01 Aufnahme-anzeige/Ereignisanzeige sein. - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen laut ISO-A2 Code 	D.24.	Z
8	327	10 a/n	EIC	Institutionscode des zuständigen Trägers <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 7, links vom Bindestrich, mindestens 4 Stellen) oder - dem PEB/ oder E 112/S2-Formular Ist nur in Verbindung mit dem Staatencode (ESTAAT) eindeutig; <ul style="list-style-type: none"> - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen leer <u>Wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist, ist entweder EIC oder EAKRO zwingend zu belegen (Belegung beider Felder ebenso möglich).</u>		Z1
9	337	21 a/n	EAKRO	Akronym des zuständigen Trägers <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 7, rechts vom Bindestrich, darf die Länge von 15 Stellen nur um die Anzahl von Stellen überschreiten um die der Institutionscode kürzer als 10 Stellen ist) oder - dem PEB oder E 112/S2-Formular entfällt bei NETC@RDS-Fällen und bilateralen Anspruchsbescheinigungen <u>Wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist, ist entweder EIC oder EAKRO zwingend zu belegen (Belegung beider Felder ebenso möglich).</u>		Z1
10	358	20 n	EKANR	Kartenummer <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 8) entfällt bei E 112/S2-Formular, bei NETC@RDS-Fällen und bilateralen Anspruchsbescheinigungen. Eine Befüllung ausschließlich mit 9en oder 0en ist nicht erlaubt. Außer es handelt sich um eine PEB ohne ausgefüllte Kartenummer <u>oder wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist</u> , dann ist das Feld mit 0en zu befüllen.		Z1
11	378	8 n	EAEND	Endedatum des Anspruches JJJMMTT <ul style="list-style-type: none"> - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 9) oder - dem PEB oder E 112/S2-Formular (Endedatum in EKVK-Karte und Formularen TTMMJJJJ) <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>		Z1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
12	386	4 a/n	EFORM	Art der Anspruchsbescheinigung - EKVK – bei Karte - PEB – bei Ersatzformular - E112 – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus EU/EWR - NETC – bei NETC@RDS - S2 – Auslandsbehandlung neue EU-Verordnung. Patient legt das Dokument S2 (Anspruch auf eine geplante Behandlung) vor. - BA3 – Urlaubsbetreuung aus Bosnien und Herzegowina - BA3A – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus Bosnien und Herzegowina - MK3 – Urlaubsbetreuung aus Nordmazedonien - MK3A – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus Mazedonien - ME3 – Urlaubsbetreuung aus Montenegro - ME3A – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus Montenegro - RS3 – Urlaubsbetreuung aus Serbien - RS3A – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus Serbien - TR3 – Urlaubsbetreuung aus der Türkei - TR3A – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus der Türkei <u>ANFO – Anforderung an die ÖGK, eine EKVK aus dem Ausland mittels S BUC 05 (EESSI) einzuholen. Darf bei bilateralen Ländern (Bosnien, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien und Türkei) NICHT verwendet werden.</u>		Z
13	390	8 n	EABEG	Beginndatum des Anspruches JJJJMMTT Gültigkeitsdatum der Anspruchsbescheinigung (Feld E-FORM) Zwingend bei EFORM = PEB oder E112/S2 und bilateralen Anspruchsbescheinigungen <u>Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.</u>		Z1
<u>14</u>	<u>398</u>	<u>40 a/n</u>	<u>ESTADT</u>	<u>Bei EFORM = „ANFO“ mit der Wohnort-Stadt des Patienten im Ausland zu befüllen.</u>		<u>Z1</u>
		<u>397437</u>				

Legende:

a.....alphabetisch: linksbündig, Grundstellung blank
 a/n.....alphanumerisch: linksbündig, Grundstellung blank
 n.....numerisch: rechtsbündig, Grundstellung 0, führende Nullen, keine Interpunktion (auch kein Dezimalkomma)

 Z.....Angabe zwingend
 Z1.....zwingend, wenn zutreffend
 O.....Angabe optional

Erstellvorschrift:

Für einen „EKVK-Fall“ wird im Betreuungsfeld zwischen der Bezeichnung BETREU = E für EKVK und BETREU = N für NETC@RDS unterschieden.

1) Aufnahme eines EWR-Patienten in den stationären Bereich der Krankenanstalt

Für jeden Patienten werden von der Krankenanstalt bei der Aufnahme zwingend

- eine Aufnahmeanzeige (SART K01) mit „EKVK-Fall“ im Betreuungsschein (BETREU = E oder N) und
- ein EKVK-Datensatz, SART K27, ebenfalls mit BETREU = E oder N an die Österreichische Gesundheitskasse gemeldet.

2) Behandlung eines EWR-Patienten im ambulanten Bereich der Krankenanstalt

Für jeden Patienten werden von der Krankenanstalt (Ambulanz) pro Behandlungsfall bei der erstmaligen Inanspruchnahme der Ambulanz (Erstbehandlung)

- Eine Aufnahmeanzeige (SART K01) mit „Ambulanzfall“ im Feld Ereignisanzeige (EREIG = 3) und mit „EKVK-Fall“ im Feld Betreuungsschein (BETREU = E oder N) und
- Ein EKVK-Datensatz, SART K27, ebenfalls mit BETREU = E oder N an die Österreichische Gesundheitskasse gemeldet.

Die Aufnahmeanzeigen mit „Ambulanzfall“ und „EKVK-Fall“ und die dazugehörigen EKVK-Datenmeldungen (jeweils mit BETREU = E oder N) werden gemeinsam an die Österreichische Gesundheitskasse laufend übermittelt.

3) Versichertenanspruchserklärung (Empfangsbestätigung)

Von der Österreichischen Gesundheitskasse wird, nach Anlage der Patientendaten im eigenen Bereich, eine Versichertenanspruchserklärung (VAE, SART K03) an die Krankenanstalt (Ambulanz) zurückgemeldet.

Die Versichertenanspruchserklärung für eine EKVK-Datenmeldung stellt nur eine Empfangsbestätigung dar.

4) Stornierung einer EKVK-Datenmeldung

Um eine EKVK-Datenmeldung zu stornieren wird von der Krankenanstalt ein Storno der Aufnahmeanzeige (SART K02) des „EKVK-Falles“ (mit BETREU = E oder N) an die Österreichische Gesundheitskasse, an welche die Aufnahmeanzeige (SART K01) gerichtet war, gemeldet. Diese Stornomeldung führt automatisch zur Stornierung des zur Aufnahmeanzeige

(SART K01) gemeinsam gemeldeten EKVK-Datensatzes (SART K27) durch die Österreichische Gesundheitskasse. Eine eigene Satzart zur Stornierung der EKVK-Datenmeldung (SART K27) ist nicht vorgesehen.

5) Reihenfolge der Datensätze (Satzarten) bei EKVK-Datenmeldung

Wird eine EKVK-Datenmeldung **ohne** einen Kommentarsatz (SART K12) von der Krankenanstalt (Ambulanz) gemeldet, dann ist zwingend als

- erster Datensatz die Aufnahmeanzeige (SART K01) und als
- zweiter Datensatz die EKVK-Datenmeldung (SART K27)

zu übermitteln.

Wird eine EKVK-Datenmeldung **mit** einen oder mehreren Kommentarsätzen (SART K12) von der Krankenanstalt (Ambulanz) gemeldet, dann ist zwingend als

- erster Datensatz die Aufnahmeanzeige (SART K01) als
- zweiter Datensatz die EKVK-Datenmeldung (SART K27) mit „Kommentarsatz folgt“ im Feld Kommentarsatz (KOMM=1) und als
- dritter Datensatz der Kommentarsatz (SART K12)

zu übermitteln. Werden mehrere Kommentarsätze gemeldet, dann sind diese nach dem zweiten Datensatz (der EKVK-Datenmeldung, SART K27) als dritter und weiterer Datensatz mit der entsprechenden Belegung von Feld Kommentarsatz (KOMM) zu übermitteln.

F.

Datendrehscheibe

Dachverband der österreichischen Sozialversicherung

F. DATENDREHSCHLEIBE

F.1. Vermittlung von Daten zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Datendrehschleibe des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung

Übermittlungen im Rahmen der Datendrehschleibe sollen über Datenfernübertragung erfolgen.

Die übermittelten Datenpakete werden Datenbestände getrennt in eine Ein-/Ausgabedatenbank übernommen. Sind die Daten des Paketkopf- oder –endesatzes bzw. des Vor- oder Nachsatzes fehlerhaft, bleiben alle Datenbestände des Paketes bzw. der fehlerhafte Datenbestand bis zur Korrektur durch den übermittelnden Krankenversicherungsträger in der Ein-/Ausgabedatenbank.

Je Datenbestand wird ein über Bildschirm abgefragter Kennsatz mit folgenden Informationen angelegt:

- Eingabedatennummer bestehend aus Paket- und Bestandsnummer (wird bei der Übernahme eines Bestandes in die Ein-/Ausgabedatenbank vergeben)
- Eingabedatenträger, Art und Bezeichnung (aus Paketkopfsatz)
- Datenübernehmender Krankenversicherungsträger (Ursprungsversicherungsträger aus Vorsatz)
- Empfänger (Zielversicherungsträger aus Vorsatz)
- Projekt (aus Vorsatz)
- Bestandsbezeichnung/Verarbeitung (aus Vorsatz)
- Erstellungsdatum (aus Vorsatz, Datum der Datenträgerübernahme beim Krankenversicherungsträger)
- Übernahmedatum (Datum und Uhrzeit der Übernahme in die Ein-/Ausgabedatenbank)
- Satzanzahl (aus Nach- bzw. Patenendesatz)
- Ausgabedatennummer bestehend aus Paket- und Bestandsnummer (wird bei der Ausgabe eines Bestandes über Datenfernübertragung oder auf Datenträger vergeben)
- Ausgangsdatum (Datum und Uhrzeit der Erstellung des Ausgabepaketes auf Datenträger bzw. der Bereitstellung zur Abholung über Datenfernübertragung)
- Ausgabedatenträger, Art und Bezeichnung (diese wird bei Bereitstellung eines Ausgabepaketes aus einer Tabelle je Projekt, Bestandsbezeichnung/Verarbeitung und Empfänger ermittelt)
- Status (zur Weiterleitung) freigeben (Weiterleitung), erledigt, fehlerhaft
- Hinweis

Richtige Datenbestände erhalten sofort den Status „freigegeben“ und werden bei der Erstellung des nächsten Datenpaketes an den Empfänger berücksichtigt.

Ausgabedatenbestände bleiben bis zum Eintreffen des Empfangsbestätigungssatzes in der Ein-/Ausgabedatenbank erhalten und können während dieser Zeit wiederholt ausgegeben werden (durch Änderung des Status).

Die Kennsätze der Datenbestände bleiben einen Monat gespeichert, es können die Kennsätze des jeweils laufenden und des gesamten Vormonates abgefragt werden. Die Kennsätze werden vor dem Löschen im Dachverband der österreichischen Sozialversicherung archiviert.

Für die Überwachung und Manipulation der Datenübermittlungen an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung und vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung wird eine Bildschirmverarbeitung zur Verfügung gestellt, die der Organisationsbeschreibung „Datenaustausch mit dem Dachverband – DA“ beschrieben wird.

Protokolle zur Ein- und Ausgabe von Datenpaketen können jederzeit über Bildschirm zur Ausgabe auf Terminaldrucker abgerufen werden.

Von der Übernahme der Daten wird der übermittelnde Versicherungsträger bzw. der Dachverband der österreichischen Sozialversicherung zusätzlich mit einem Empfangsbestätigungssatz je Datenbestand (siehe Organisationsbeschreibung „Datenaustausch mit dem Dachverband – DA“) verständigt. Dieser Empfangsbestätigungssatz erlaubt das automatische Löschen richtig weitergeleiteter Daten bzw. das Starten einer Fehlerbereinigungsprozedur.

Testdaten, die über die Datendrehscheibe übermittelt werden, werden unter dem Projektcode „KA“ oder „KR“ und einem Testkennzeichen im Vorsatz übermittelt; der zuständige Krankenversicherungsträger erkennt Testdaten

1. Am Vorsatzkennzeichen
2. Am Projektcode „K1“ oder „K2“ im Vorlaufsatz der Krankenanstalt

F.1.1. Übermittlung vom Krankenversicherungsträger an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung

Der Krankenversicherungsträger übermittelt täglich zum vereinbarten Zeitpunkt über Stapel-Datenfernübertragung ein Datenpaket mit allen bis dahin eingetroffenen Krankenanstaltenmeldungen für andere Krankenversicherungsträger. Darüber hinaus können diesem Datenpaket auch Empfangsbestätigungen für die vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung am Vortag übernommenen Krankenanstaltenmeldungen und Datenbestände anderer Projekte beigeschlossen werden.

Das an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung zu übermittelnde Datenpaket besteht aus

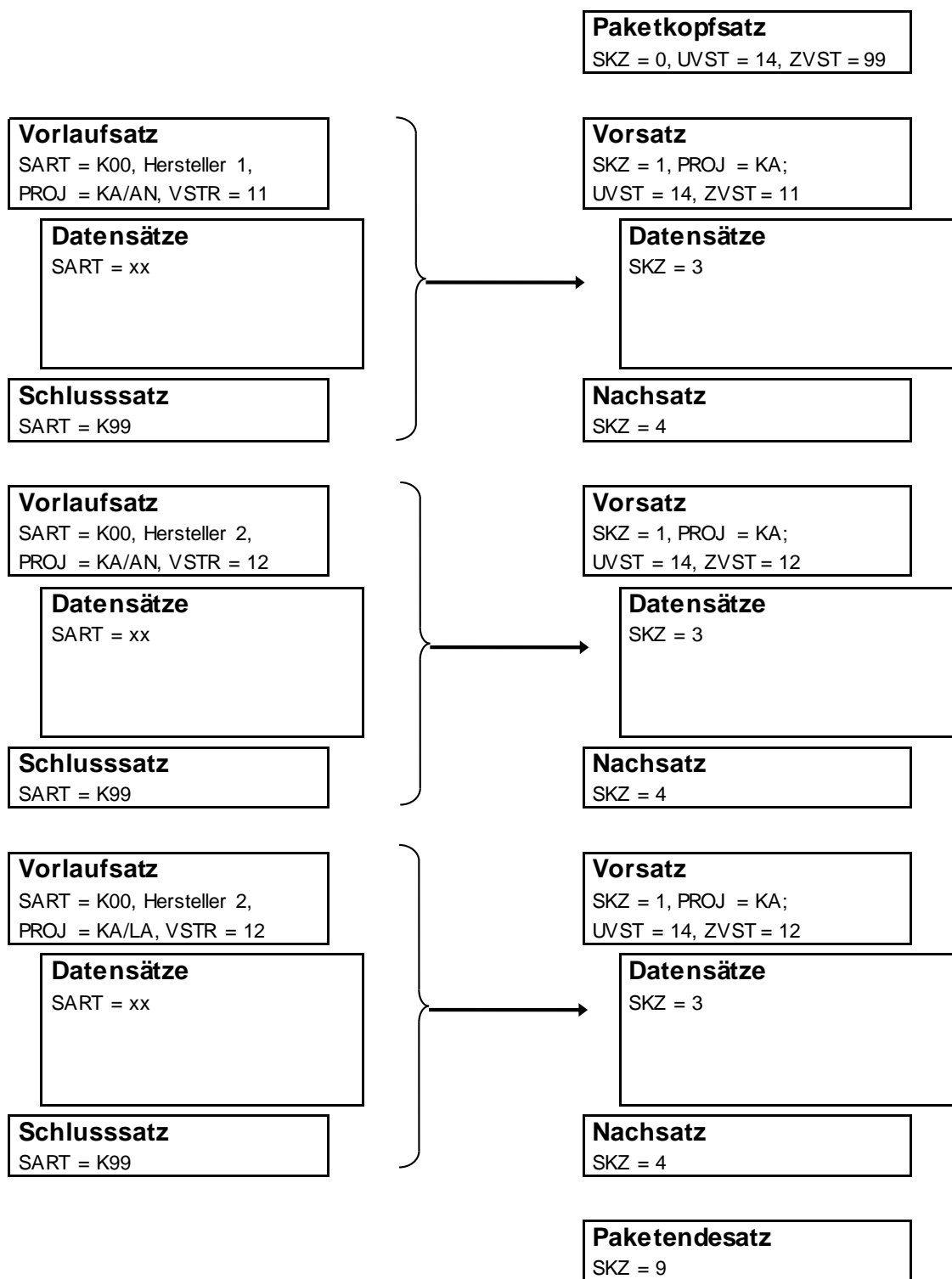
- einem Paketkopfsatz mit
 - Satzkennzeichen 0
 - Ursprungsversicherungsträger = übernehmender Krankenversicherungsträger
 - Zielversicherungsträger = 99
 - Datum der Übermittlung
 - Paketbezeichnung (z.B. „DDS-Krankenanstaltenmeldung“, „Datendrehscheibe“)
- einem oder mehreren Datenbeständen (Aufbau siehe unten)
- einem Paketendesatz mit
 - Satzkennzeichen 9
 - Anzahl der Datensätze des Datenpaketes inkl. Paketkopf- und –endesatz

Ein Datenbestand mit Krankenanstaltenmeldungen besteht aus

- einem Vorsatz mit
 - Satzkennzeichen 1
 - Ursprungsversicherungsträger = übernehmender Krankenversicherungsträger
 - Zielversicherungsträger = zuständiger Krankenversicherungsträger
 - Projekt KA oder KF (im Vorlaufsatz mit Projekt „K1“ oder „K2“ gekennzeichnete Testdaten erhalten im Vorsatz Projekt „KA“ oder „KR“) Bestandsbezeichnung wie im Vorlaufsatz
 - Datum der Übernahme des Krankenanstaltenbestandes durch den übernehmende Krankenversicherungsträger
 - Testdatenkennzeichen, blank wenn Projekt im Vorlaufsatz „KA“ oder KR“; „T“ wenn Projekt im Voraufsatz „K1“ oder „K2“

- Versionsnummer; Das Feld „Eingabeart (EART)“ enthält die Versionsnummer der nachfolgenden Datensätze (von der Krankenanstalt im Vorlaufsatz angegeben).
- Datensätze mit
 - Satzkennzeichen 3 und bestehend aus
 - Vorlaufsatz, Datensätze, Schlusssatz wie von der Krankenanstalt gemeldet
- einem Nachsatz mit
 - Satzkennzeichen 4
 - Anzahl der Datensätze des Datenbestandes inkl. Vor- und Nachsatz

Die Übermittlung erfolgt in variabler Satzlänge.

**Datenbestände der Krankenanstalt
beim übernehmenden Kranken-
versicherungsträger**
**Datenpaket an
den Dachverband der
österreichischen Sozialversicherung**


F.1.2. Übermittlung vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung an den zuständigen Krankenversicherungsträger

Vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung kann von einem Krankenversicherungsträger täglich zum vereinbarten Zeitpunkt über Stapel-Datenfernübertragung ein Datenpaket mit allen bis dahin eingetroffenen Krankenanstaltenmeldungen abgeholt werden. Diesem Datenpaket werden auch die Empfangsbestätigungen für die am Vortag an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung übermittelten Datenbestände angeschlossen. Wenn vereinbart, können auch Daten anderer Projekte im gleichen Datenpaket übermittelt werden.

Das an den zuständigen Krankenversicherungsträger zu übermittelnde Datenpaket besteht aus

- einem Paketkopfsatz mit
 - Satzkennzeichen 0
 - Ursprungsversicherungsträger = 99
 - Zielversicherungsträger = zuständiger Krankenversicherungsträger
 - Datum der Übermittlung
- einem oder mehreren Datenbeständen (Aufbau siehe unten)
- einem Paketendesatz mit
 - Satzkennzeichen 9
 - Anzahl der Datensätze des Datenpaketes inkl. Paktkopf- und –endesatz

Ein Datenbestand mit Krankenanstaltenmeldungen besteht aus

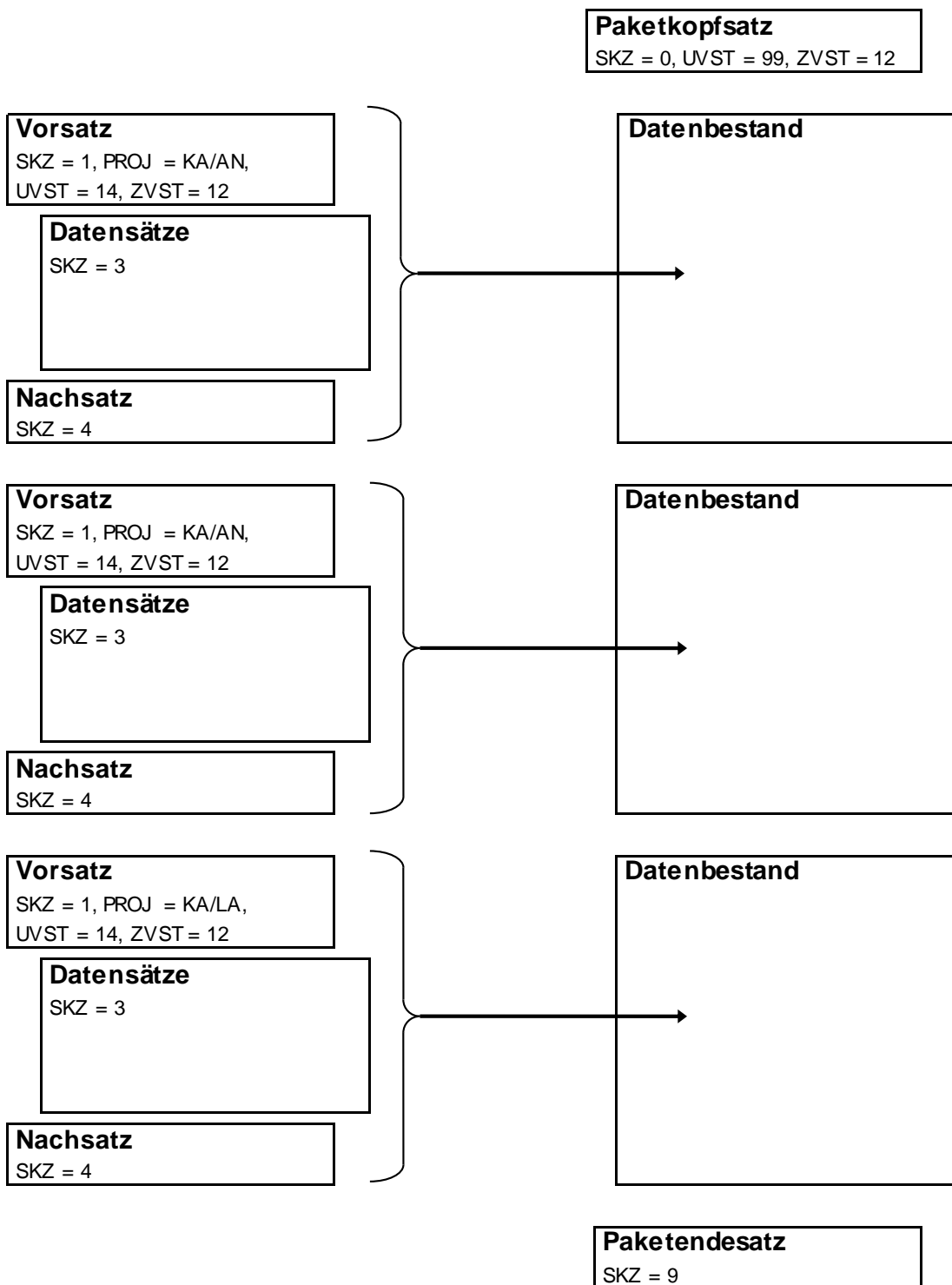
- einem Vorsatz mit
 - Satzkennzeichen 1
 - Ursprungsversicherungsträger = übernehmender Krankenversicherungsträger
 - Zielversicherungsträger = zuständiger Krankenversicherungsträger
 - Projekt „KA“ oder „KR“ (im Vorlaufsatz mit Projekt „K1“ oder „K2“ gekennzeichnete Testdaten erhalten im Vorsatz Projekt „KA“ oder „KR“); Bestandsbezeichnung wie im Vorlaufsatz
 - Datum der Übernahme des Krankenanstaltenbestandes durch den übernehmenden Krankenversicherungsträger
 - Testdatenkennzeichen; blank, wenn Projekt im Vorlaufsatz „KA“ oder „KR“; „T“ wenn Projekt im Vorlaufsatz „K1“ oder „K2“

- Versionsnummer; das Feld „Eingabeart (EART)“ enthält die Versionsnummer der nachfolgenden Datensätze (von der Krankenanstalt im Vorlaufsatz angegeben)
- Datensätze mit
 - Satzkennzeichen 3 und bestehend aus
 - Vorlaufsatz, Datensätze
- einem Nachsatz mit
 - Satzkennzeichen 4
 - Anzahl der Datensätze des Datenbestandes inkl. Vor- und Nachsatz

Die Übermittlung erfolgt in variabler Satzlänge.

**Datenbestände des über-
nehmenden Krankenversiche-
rungsträgers beim
Dachverband der österreichischen
Sozialversicherung**

**Datenpaket an einen zuständigen
Krankenversicherungsträger**



F.1.3. Übermittlung von Empfangsbestätigungen

Für eine automationsunterstützte Wartung der Datensicherungsbestände ist es notwendig, mit einem Datensatz von der Datenübernahme durch den Empfänger verständigt zu werden. Es bestätigt die empfangende Stelle der übermittelnden Stelle (also der Dachverband der österreichischen Sozialversicherung dem datenübernehmenden Versicherungsträger, der leistungszuständige Versicherungsträger dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherung) die Übernahme der Daten. In einem Datensatz wird jeweils die Übernahme eines Datenbestandes bestätigt.

Die Empfangsbestätigungen werden in einem Datenbestand dem nächsten zu übermittelnden Datenpaket angeschlossen; wenn sonst keine Daten zu übermitteln sind, können sie auch als eigenes Datenpaket übermittelt werden.

Ein Datenbestand Empfangsbestätigungen vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung an den übermittelnden Versicherungsträger besteht aus

- einem Vorsatz mit
 - Satzkennzeichen 1
 - Ursprungsversicherungsträger 99
 - Zielversicherungsträger = übermittelnder Krankenversicherungsträger
 - Projekt KA oder KR; Bestandsbezeichnung/Verarbeitung EB
 - Datum der Übernahme beim Dachverband der österreichischen Sozialversicherung
- Datensätze mit
 - Satzkennzeichen 3
 - Empfangsbestätigungen je übernommenen Datenbestand
- einem Nachsatz mit
 - Satzkennzeichen 4
 - Anzahl der Datensätze des Bestandes inkl. Vor- und Nachsatz

Ein Datenbestand Empfangsbestätigungen vom leistungszuständigen Versicherungsträger an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung besteht aus

- einem Vorsatz mit
 - Satzkennzeichen 1

- Ursprungsversicherungsträger = leistungszuständiger Versicherungsträger
- Zielversicherungsträger 99
- Projekt KA oder KR; Bestandsbezeichnung/Verarbeitung EB
- Datum der Übernahme beim Versicherungsträger

- Datensätze mit
 - Satzkennzeichen 3
 - Empfangsbestätigungen je übernommenen Datenbestand

- einem Nachsatz mit
 - Satzkennzeichen 4
 - Anzahl der Datensätze des Bestandes inkl. Vor- und Nachsatz

G.

Abkürzungsverzeichnis

G.ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bezeichnung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB-OEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Öffentlich Bedienstete
BVAEB-EB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – Eisenbahn Bergbau
EDIKUR	Datenaustausch Kur- und REHAB-Einrichtungen
EKVK	Europäische Krankenversicherungskarte
ELDA	Elektronisches Datensammelsystem
Feco	Fehlercode
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherung
DVSV-DDS	Dachverband der österreichischen Sozialversicherung - Datendrehscheibe
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KOME	Kostenmeldung
KUF	Kranken- und Unfallfürsorge
KV-Träger	Krankenversicherungsträger
LGF	Landesgesundheitsfonds
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
SART	Satzart
SV	Sozialversicherung
SVS-GW	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen – gewerbliche Wirtschaft
VAE	Versichertenanspruchserklärung
VPNR	Vertragspartnernummer

Abkürzung	Bezeichnung
VPTDB	Vorpflegetagsdatenbank