Dachverband der österreichischen Sozialversicherung

ORGANISATIONSBESCHREIBUNG

DATENAUSTAUSCH MIT KRANKENANSTALTEN (KA)

VERANTWORTLICHER:

CHRISTIAN PÖLLMANN-MILLER

AUSGABE: 11/2026

GÜLTIG AB: 01.05.2027

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
11/2022	07.11.2022	01.05.2023	Christian Miller
05/2023	02.05.2023	01.11.2023	Christian Miller
11/2023	02.11.2023	01.05.2024	Christian Miller
05/2024	01.05.2024	01.11.2024	Christian Miller
11/2024	01.11.2024	01.05.2025	Christian Pöllmann-Miller
05/2025	30.04.2025	01.11.2025	Christian Pöllmann-Miller
11/2025	01.11.2025	01.05.2026	Christian Pöllmann-Miller
05/2026	01.05.2026	01.11.2026	Christian Pöllmann-Miller
11/2026	01.11.2026	01.05.2027	Christian Pöllmann-Miller

[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	E.15.	Textuelle Änderung(en)

[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 bzw. Meldearten 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

C.4.Datenübermittlung von einem Krankenversicherungsträger an eine Krankenanstalt/einen Landesgesundheitsfonds 36

D. DATENBESCHREIBUNG / DATENFELDER 41

D.1. SART - Satzart 41

D.2. VPNR – Vertragspartnernummer 43

D.3. AUFZL – Aufnahmezahl 44

D.4. FANU – Fallnummer 45

D.5. KOST – Kostenträger (leistungszuständig) 46

D.6. VSTR – zahlungszuständiger Versicherungsträger 47

D.7. KOMM – Kommentarsatz 48

D.8. VSNR (AVSNR) – Versicherungsnummer 49

D.9. AKGR (AAKGR) – akademischer Grad 50

D.10. GESCHL – Geschlecht 51

D.11. VGR – Versichertengruppe/Kategorie 52

D.12. FECO – Fehlercode 53

D.13. KONR - Kostenstellennummer 59

D.14. PROJ - Projekt 60

D.15. BEST – Bestandskennzeichen....61
D.16. OBUS – Ordnungsbegriff der übermittelnden Stelle....62
D.17. DVST – datenübernehmende Institution....63
D.18. GBER - Gültigkeitsbereich....64
D.19. EREIG – Ereignisart....65
D.20. KANKZ – Anstaltsart - Kennzeichen....67
D.21. FKRA – Abteilung Funktionscode....68
D.22. KLAS – Klasse....69
D.23. PAR – Unabweisbarkeitsparere, Gutachten....70
D.24. STAAT - Staatsbürgerschaftsschlüssel....71
D.25. ASTAND - Familienstand....72
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. DATVON....77
D.32. ENDE - Fristende....78
D.33. VAEST – Status der Versichertenanspruchserklärung....79
D.34. VKBEFR – Verpflegskosten-Beitragsbefreiung....80
D.35. VTAGE – Vortageanzahl auf Kostenbeitrag....81
D.36. ENTS – Entlassungsschlüssel....82
D.37. DIAGQ – Diagnosenqualifikation....83
D.38. ENTBART – Art der Entbindung....84
D.39. RM15 – Rückmeldung mit SART K15....85
D.40. SOND – 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 – Teilablehnung....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 94
D.63. ZUGART – Zugangsart 94
D.64. ABART – Abgangsart 94
D.65. ZUGVON – Zugewiesen von 94
D.66. HDGLOK Hauptdiagnose – Seitenlokalisation 94
D.67. VERSATZ - Patientenanteil f. Angehörige (tägl. Satz) 95
D.68. FOLGE – Folgekennzeichen 97
D.69. DSID – Datensatz-ID 98
D.70. VDAS-ID – VersichertenDatenAbfrageService 99
D.71. AI – Aviso-Info 100
D.72. DSIDR – Datensatz-ID Referenz 101
D.73. KABEFR – Kostenbefreiung der Krankenanstalt 102
D.74. GRUND – Grund 103
D.75. VERDAU – Verdacht auf Arbeitsunfall 104
E. DATENEINGABE / DATENSÄTZE 106
E.1. Identifikationsteil 106
E.1.1. Identifikationsteil für den Landesgesundheitsfonds 108
E.2. Vorlaufsatz / Satzart K00 110
E.3. Schlusssatz / Satzart K99 111
E.4. Aufnahmeanzeige, Ereignisanzeige / Satzarten K01, K02 112
E.5. Versichertenanspruchserklärung / Satzarten K03, K04 115
E.6. Entlassungsanzeige / Satzarten K05, K06 116
Entlassungsaviso (Kapitel D.36, Befüllung Feld 2 „ENTS“) 119
E.7. Leistungsdaten stationär 123

E.8. Kostenmeldung stationär Regresse/Ausländerverrechnung/Information, Satzarten K09, K10 124

E.9. Kostenmeldungsanforderung / Satzart K20 128

E.10. Kommentar / Satzart K12 130

E.11. Kostenmeldung ambulant / Satzart K13, K14 131

E.12. Entlassungsanzeige - Rückmeldung 134

E.13. Ausländerverrechnung/Regresse – Rückmeldung / Satzart K21, K22 .. 135

141

E.14. Behandlungsbeitrag Ambulanz 141

E.15. EKVK-Datenmeldung / Satzart K27 142

F. DATENDREHSCHEIBE 147

F.1. Vermittlung von Daten zwischen den Krankenversicherungsträgern und der Datendrehscheibe des Dachverbandes der österreichischen Sozialversicherung 147

F.1.1. Übermittlung vom Krankenversicherungsträger an den Dachverband der österreichischen Sozialversicherung 149

F.1.2. Übermittlung vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherung an den zuständigen Krankenversicherungsträger 152

F.1.3. Übermittlung von Empfangsbestätigungen 155

G. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 158

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 § 30 Abs. 2 Z 2 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 Trägern der Krankenanstalten und zu den Landesgesundheitsfonds gemäß Art. 45 Abs. 9, 11 und 12 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in der Fassung vom 01.01.2024.

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 elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds und Sozialversicherung 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 mit einer Datenfernübertragung übermittelt.

Die Übermittlung erfolgt – ausgenommen der Übermittlung von Aufnahme-/Entlassungsmeldungen im Kur-/Rehabereich (siehe Kapitel B.6.) - grundsätzlich an ELDA.

Der zuständige Krankenversicherungsträger übernimmt auch die Information der Krankenanstalt/des Landesgesundheitsfonds in grundsätzlichen Fragen zum Datenaustausch (Beschreibung des Datenträgeraufbaus, Verständigungen von Änderungen im Satzinhalt). Die Meldungserstattung mittels elektronischem Datenträger ist jedenfalls mit dem für die Datenübernahme zuständigen Krankenversicherungsträger zu vereinbaren.

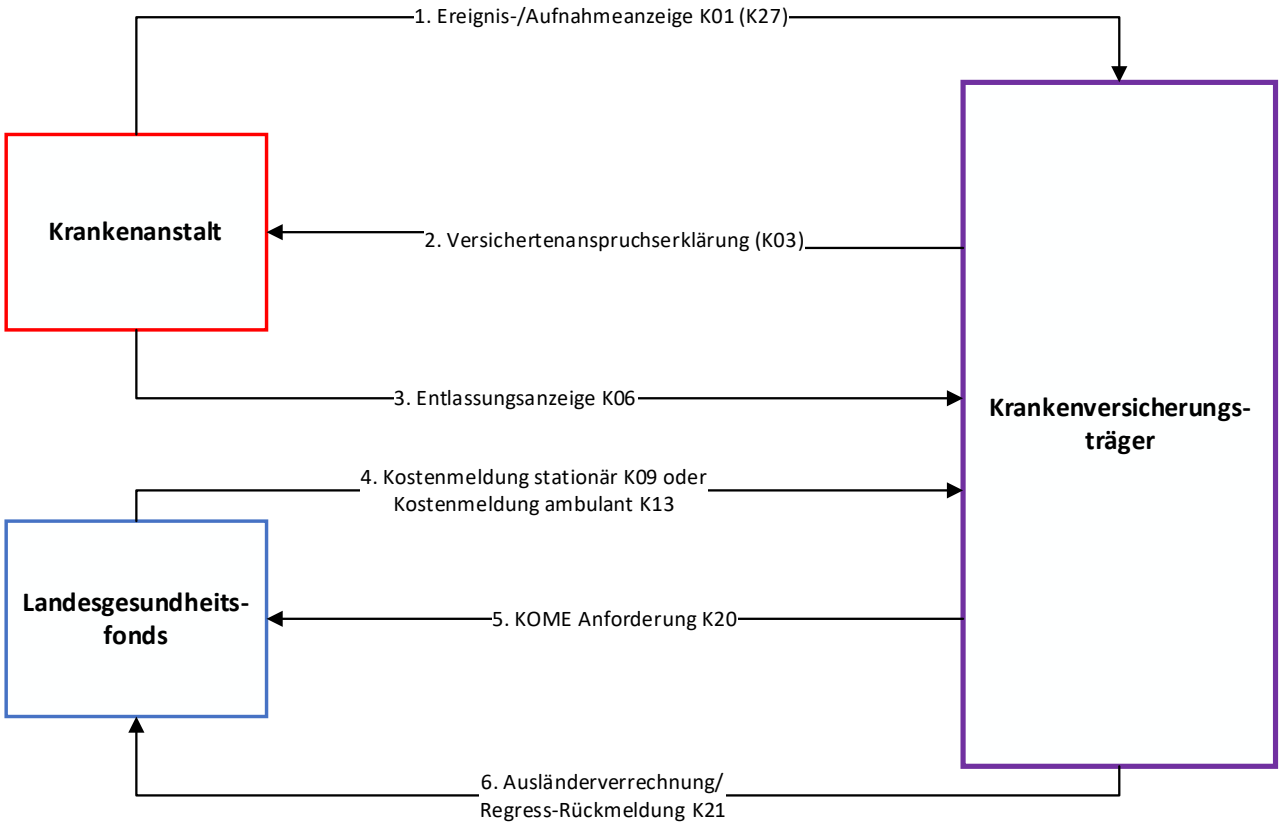
B.2 Vereinbarung

Kapitel wurde entfernt!

B.3 Verarbeitungen bzw. Meldearten

Ideale Meldungen der Krankenanstalten/der Landesgesundheitsfonds und Rückmeldungen der SV)

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 EKVK-Fall, so muss eine EKVK-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) sozialversicherte Person übermittelt. Die Kostenmeldung ambulant

(SART K13) muss für jeden ambulanten Besuch eines (im Inland und Ausland) sozialversicherten Patienten übermittelt werden.
Die Übermittlung der K09/K13 Datensätze an den Ziel-Krankenversicherungsträger, wird vom Landesgesundheitsfonds für die Krankenanstalt, über ELDA durchgeführt.

5. Der Krankenversicherungsträger schickt an den zuständigen Landesgesundheitsfonds im Anlassfall (bei Ausländerverrechnung, Regress, Zugeteilte, Urgenzmeldung) eine Kostenmeldungsanforderung (SART K20). Schickt der Krankenversicherungsträger eine K20-Meldung an den Landesgesundheitsfonds, so hat dieser jedenfalls mit einer K09 bzw. K13-Meldung zu antworten.
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 bzw. Meldearten ist bei Abweichung eine 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):

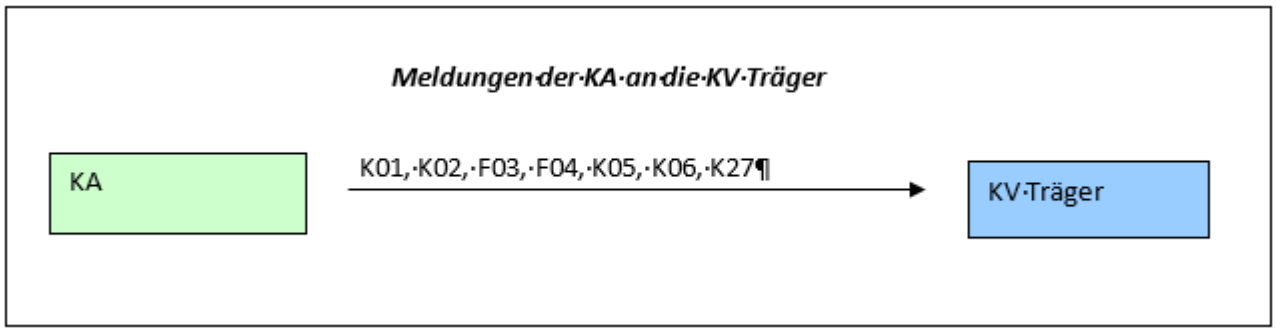
A2 - Anzeigen nach VPTDB-Verarbeitung
L2 - Leistungsdaten stationär nach VPTDB-Verarbeitung
A3 - Ausländerverrechnung nach VPTDB-Verarbeitung
R2 - Regress nach VPTDB-Verarbeitung
L3 - Kostenmeldung ambulant nach VPTDB-Verarbeitung

Meldungen der Krankenanstalten

1. Folgende Meldungen werden von den Krankenanstalten erstattet:
   a) Anzeigen
      Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldung
      Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: AN/WA[1]
      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 DVSV-DDS 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

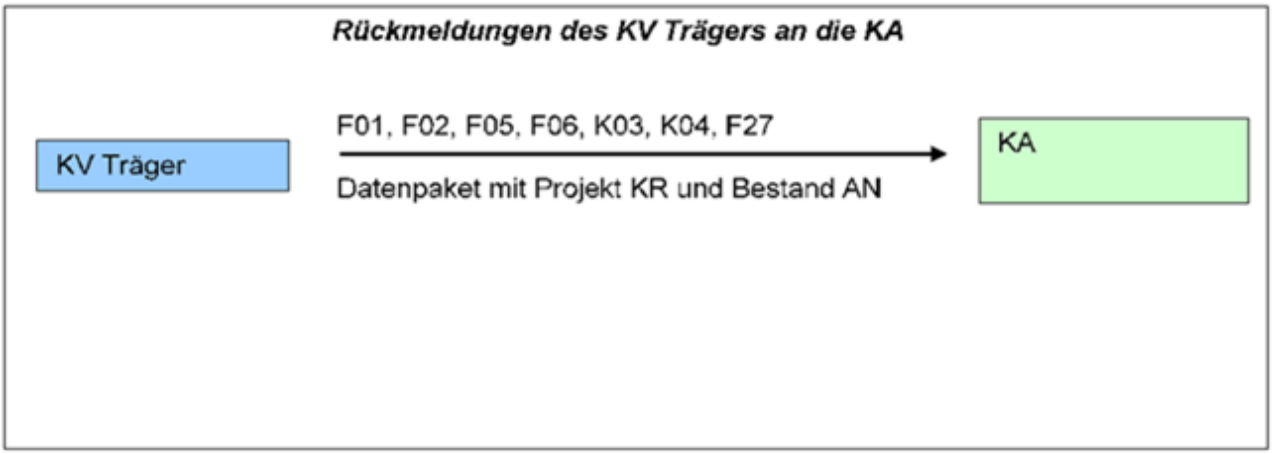
1. Folgende Meldungen werden vom Krankenversicherungsträger erstattet:

   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/Regresse
      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/Regresse
      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.

<u>Übersicht der Meldungen der Krankenversicherungsträger an den Landesgesundheitsfonds</u>

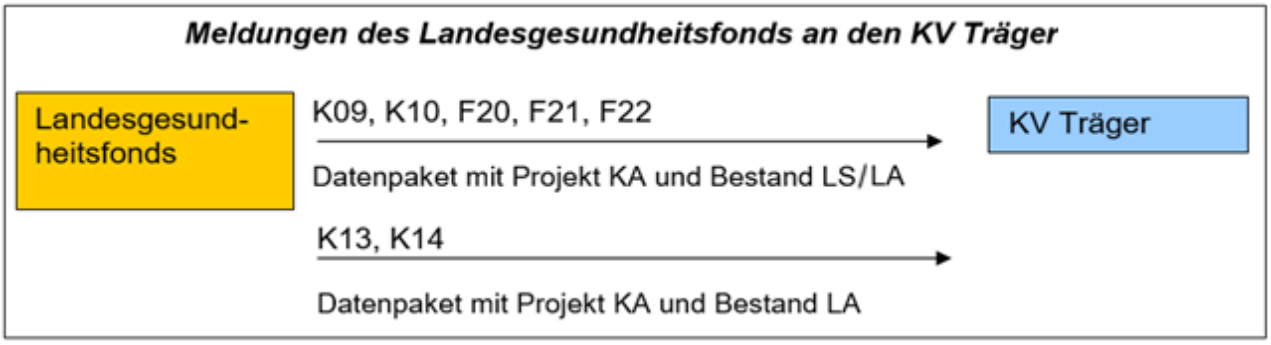


Meldungen der Landesgesundheitsfonds

1. Weitere Meldungen werden von den Landesgesundheitsfonds erstattet:

   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 (z.B. F01, F09) beinhalten Fehlerrückmeldungen.

Übersicht der Meldungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt

Eine Aufnahmeanzeige ist seitens der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt nur im Bereich Kur/Reha möglich (siehe Kapitel B.6.).

B.4 Datensicherung

Kapitel wurde entfernt!

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.

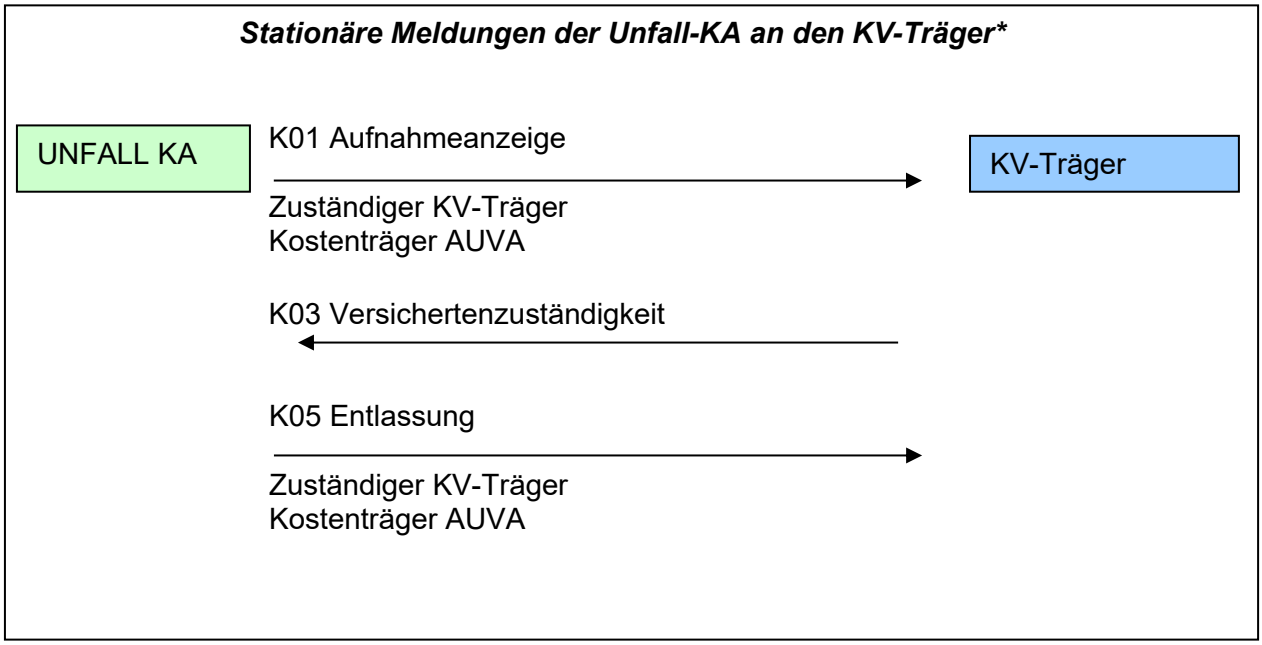
Nur unfallversicherte oder nicht versicherte Personen
Es erfolgt keine Meldung an einen Krankenversicherungsträger. Der Patient ist Selbstzahler.

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 Krankenanstalt 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.

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

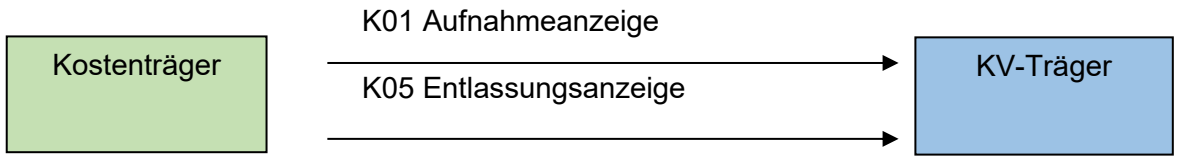
Dieses Kapitel beinhaltet die Meldungen von Aufnahme- und Entlassungsdaten über Personen, welche in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversichert sind und einen Aufenthalt auf Kosten eines Sozialversicherungsträgers in einer Kur- bzw. Rehabilitationseinrichtung absolvieren. Dies betrifft sowohl 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 dem Kostenträger für Kur- und Rehabilitationsaufenthalt und dem zuständigen Krankenversicherungsträger veranschaulichen:

Meldungen von Aufnahme- und Entlassungsdaten des Kostenträgers an den zuständigen Krankenversicherungsträger bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten



Bei diesem Prozess ist keine Versichertenanspruchserklärung (K03) vorgesehen!

1. <u>Folgende Meldungen werden von den Kostenträgern erstattet:</u>

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:

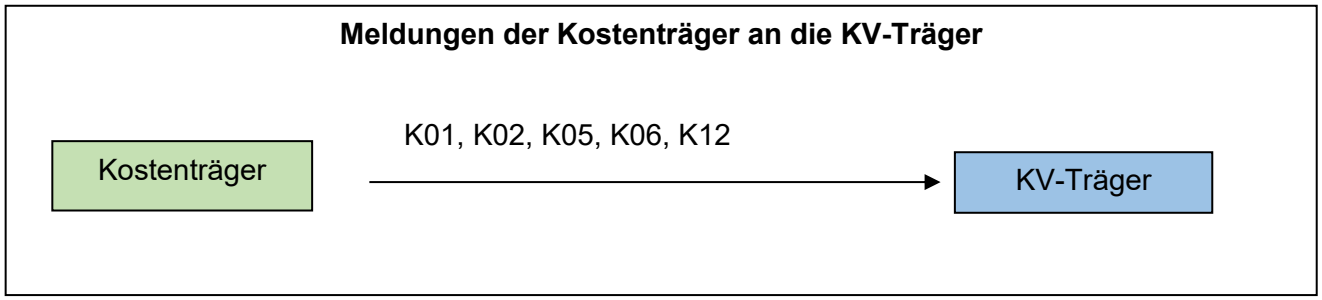
a) Anzeigen
Projekt: KA – Krankenanstaltenmeldungen
Bestandsbezeichnung/Verarbeitung: A2
Aufnahme-, Ereignis-, Entlassungsmeldungen

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

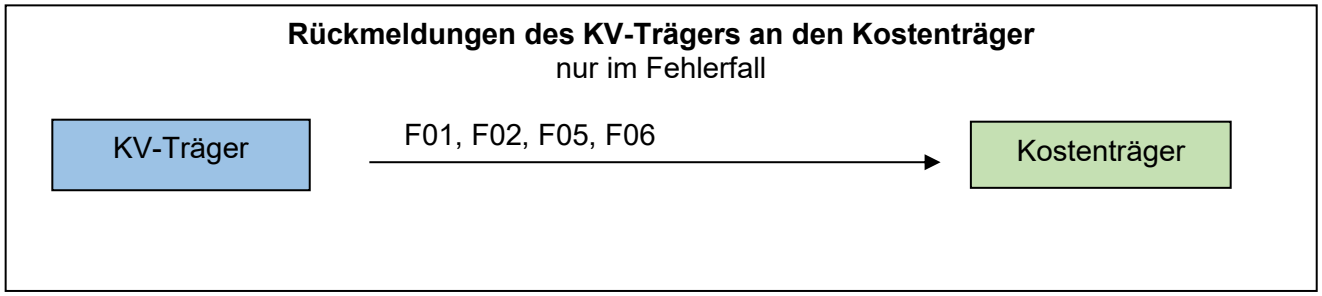
3. Folgende Meldungen sind an den Kostenträger vorgesehen:

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 haben mit entsprechendem Fehlercode (siehe Kapitel D.12. dieser Organisationsbeschreibung) zu erfolgen.

Die Meldung von Unterbrechungen und Urlauben werden analog dem KA-Bereich 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 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

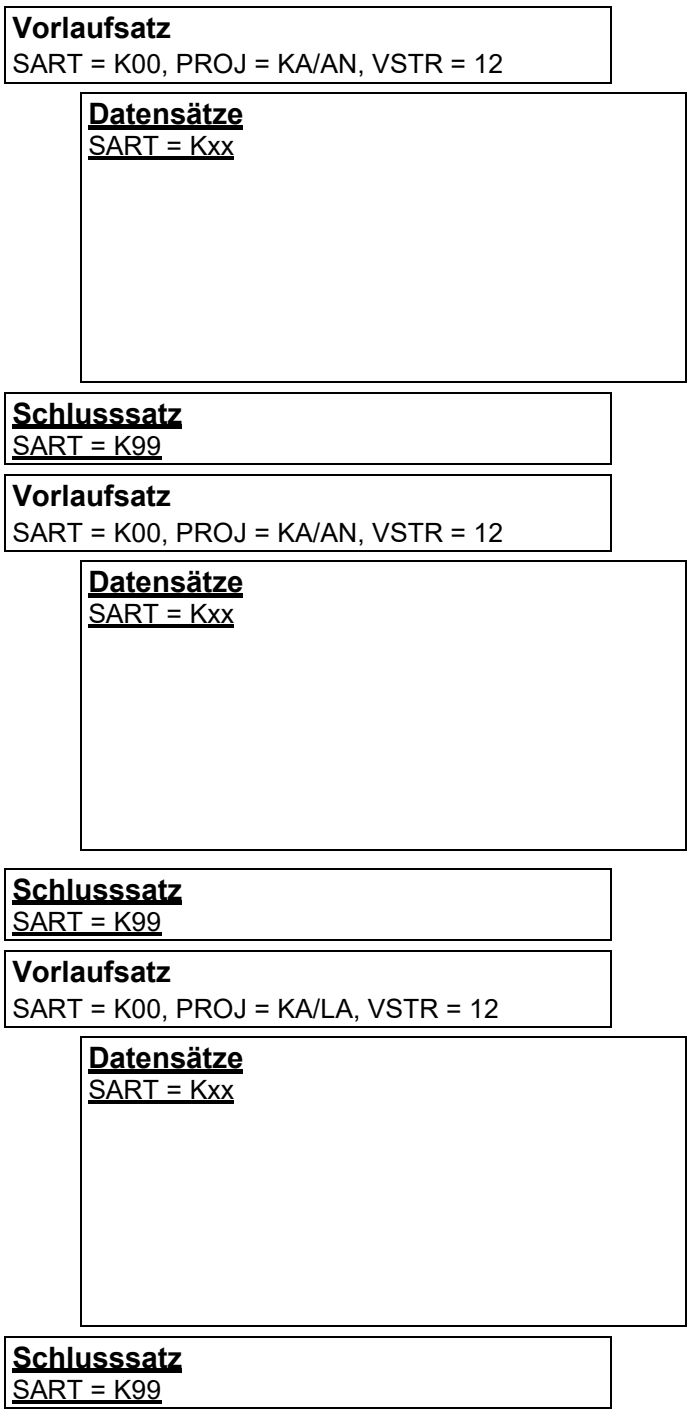
- zu einer oder mehreren Verarbeitungen bzw. Meldearten (z.B. Aufnahmeanzeigen, Leistungsdaten, etc.) und
- für einen zuständigen Krankenversicherungsträger.

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. Krankenanstalt an die Österreichische Gesundheitskasse)



Auflistung der Identifikationsnummern der Landesgesundheitsfonds/des PRIKRAF:

Institution	**Identifikationsnummer des Landesgesundheits-fonds/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. Zurückweisung eines Datenpakets 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 Übertragung des Datenpakets ist von der Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds nach Fehlerbehebung zu wiederholen.

2. Zurückweisung 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 geprüft und bei Abweichungen an die Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds zurückgewiesen.

Die Rückweisung eines Bestandes erfolgt 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 an die Krankenanstalt/an den Landesgesundheitsfonds.

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 Microsoft Edge, Firefox oder Google Chrome
- Eine funktionierende Internetverbindung

Zusätzlich für die ELDA Software

- Microsoft .NET Version 3.5.

Sollte nur eine NET Version 4.0 oder höher installiert sein, 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 SV-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 Microsoft Edge oder Firefox) als Voraussetzung notwendig. ELDA-Online steht unter https://online.elda.at oder www.elda.at zum Download zur Verfügung.

Registrierung zu ELDA

Die Krankenanstalt / Der Landesgesundheitsfonds füllt das Anmeldeformular zum Datensammelsystem unter www.elda.at aus. Hierfür ist die Authentifizierung mittels ID-Austria erforderlich. Informationen zur Signatur finden Sie unter www.id-austria.gv.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 (www.elda.at) zu finden.

Kosten

Die Verwendung von ELDA ist kostenlos.

Ablauf der Datenfernübertragung

- ELDA stellt die Leitungsverbindung her und 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.

- Wird bei der Datenübergabe ins Datensammelsystem ein Fehler festgestellt (Kapitel C.4.), wird eine Fehlernachricht 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 Rückmeldung und stellt diese über die DVSV-Datendrehscheibe im ELDA-Datensammelsystem für die Abholung durch die Krankenanstalt/dem Landesgesundheitsfonds bereit.

- Die Krankenanstalt / Der Landesgesundheitsfonds kann die Rückmeldung vom Datensammelsystem abholen.

- Bei der nächsten Datenübertragung der Krankenanstalt / des Landesgesundheitsfonds an das Datensammelsystem, holt ELDA Rückmeldungen (soweit vorhanden) automatisch ab.

Sendeprotokoll

Der jeweilige Einmelder erhält nach erfolgreichem Upload eines Bestandes seitens ELDA ein Sendeprotokoll.

C.3. Übermittlungsarten je Versicherungsträger

Für den Datenaustausch mit Krankenanstalten/Landesgesundheitsfonds wird folgende Übermittlungsart eingesetzt:

1. Datenfernübertragung (DFÜ)
   Der Einsatz von Datenfernübertragung ist in allen Details mit dem datenübernehmenden und datenübergebenden Krankenversicherungsträger bzw. mit dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherung zu vereinbaren.

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

Der Krankenversicherungsträger gibt 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 Satzkennzeichen 1 und 4 bzw. das Satzkennzeichen 3 vor der Ausgabe zu entfernen.

Ein Datenpaket kann einen oder mehrere Datenbestände beinhalten.

Ein Datenbestand enthält ausschließlich Daten

- zu einer Verarbeitung bzw. Meldeart und
- für einen zuständigen Krankenversicherungsträger.

Ein Datenbestand enthält

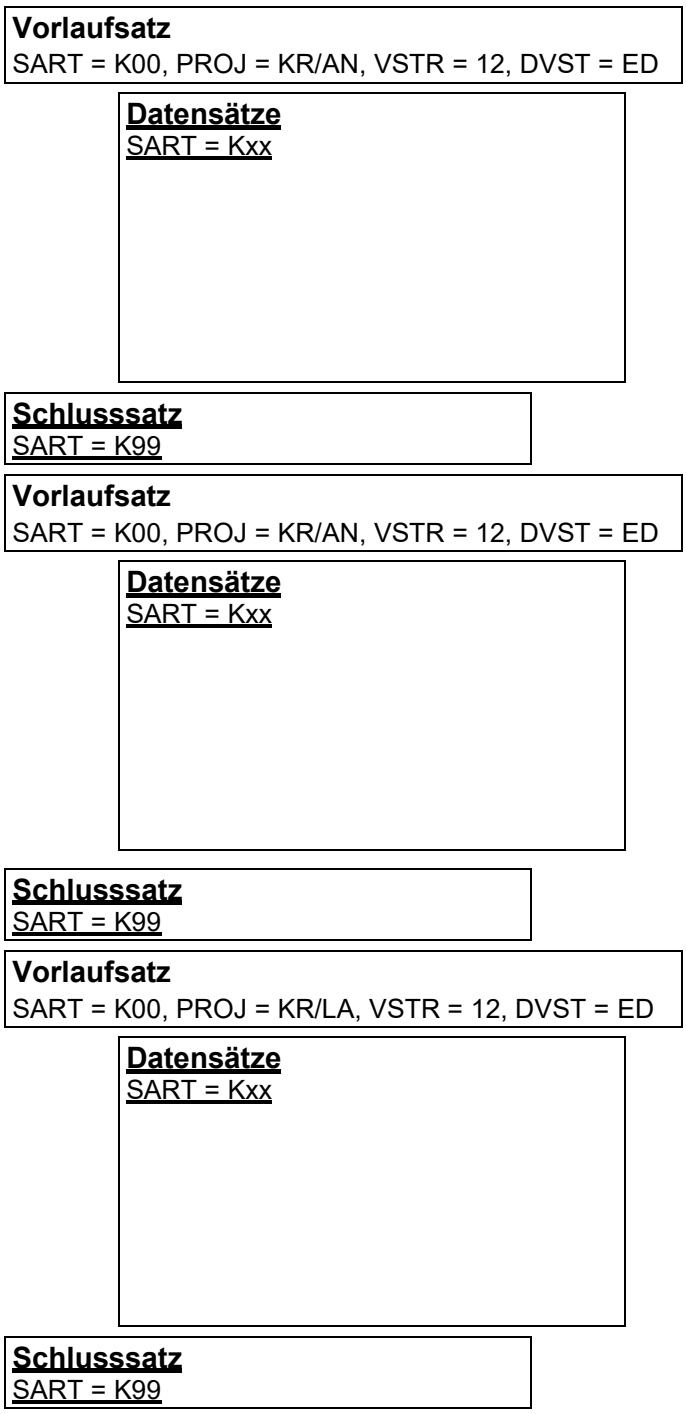
- als ersten Satz einen Vorlaufsatz mit den Informationen
  - zuständiger Krankenversicherungsträger
  - Datenträgernummer (Durchnummerierung der übermittelten Datenträger für Überprüfung der Verarbeitungsreihenfolge und Rückfragen)
  - Krankenversicherungsträger, der den Datenaustausch mit der Krankenanstalt/dem 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 eine Krankenanstalt)



C.4.1. Erstellung von Rückmeldungen durch den zuständigen Krankenversicherungsträger

Für Rückmeldungen ist pro Verarbeitung bzw. Meldeart 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									
KA/Fonds an DVSV-DDS (vor VPTDB)					DVSV-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 DVSV-DDS (vor VPTDB)					DVSV-DDS (nach VPTDB) an KA/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
- F01 - Fehlerrückmeldung Aufnahmeanzeige, Ereignisanzeige
- K02 - Storno Aufnahmeanzeige, Storno Ereignisanzeige
- F02 - Fehlerrückmeldung Storno Aufnahmeanzeige, Storno Ereignisanzeige
- K03 - Versichertenanspruchserklärung
- F03 - Fehlerrückmeldung Versichertenanspruchserklärung
- K04 - Storno Versichertenanspruchserklärung
- F04 - Fehlerrückmeldung Storno Versichertenanspruchserklärung
- K05 - Entlassungsanzeige
- F05 - Fehlerrückmeldung Entlassungsanzeige
- K06 - Storno Entlassungsanzeige
- F06 - Fehlerrückmeldung Storno Entlassungsanzeige
- K09 - Kostenmeldung stationär RG/AV/KO
- F09 - Fehlerrückmeldung Kostenmeldung stationär RG/AV/KO
- K10 - Storno Kostenmeldung stationär RG/AV/KO
- F10 - Fehlerrückmeldung Storno Kostenmeldung stationär RG/AV/KO
- K12 - Kommentar
- K13 - Kostenmeldung ambulant
- F13 - Fehlerrückmeldungen Kostenmeldung ambulant
- K14 - Storno Kostenmeldung ambulant
- F14 - Fehlerrückmeldungen Storno Kostenmeldung ambulant
- K20 - Kostenmeldungsanforderung
- K21 - Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse
- K22 - Storno Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse
- F22 - Fehlerrückmeldung Storno Rückmeldung Ausländerverrechnung/Regresse
- K27 - EKVK-Datenmeldung
- F27 - Fehlerrückmeldung EKVK-Datenmeldung
- K99 - Schlusssatz

Die Satzart identifiziert die gemeldete Verarbeitung bzw. Meldeart.

Datensätze mit Fehlerrückmeldungen beginnen mit der Satzart „F“. 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:



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, Rest 9 = 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 krankenanstaltsintern zu vergebende Aufnahmezahl des Patienten anzugeben, die eine – zu einem späteren Zeitpunkt notwendige – Identifikation des Falles in der Krankenanstalt gewährleisten soll. Es muss gewährleistet sein, dass die Aufnahmezahl in der Krankenanstalt einmalig ist. Die Fallidentifikation über die Aufnahmezahl ist notwendig, um krankenanstaltsintern 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 wieder aufgenommen.
Handelt es sich um eine Verlängerungsanzeige oder eine SART K09 Meldung, ist eine Fallnummer mit „00“ befüllt.

D.5. KOST – Kostenträger (leistungszuständig)

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 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.

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 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.)

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

D.7. KOMM – Kommentarsatz

1 Stelle numerisch

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 bei Neugeborenen noch nicht bekannt, ist das Geburtsdatum anzugeben. 10 Stellen 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

0 – keine Angabe

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
26 – VU – Nicht-Versicherte
27 – Impfung – Nicht-Versicherte
29 – Zwischenstaatlich dauerbetreut (mit ECARD)

Bei vorübergehend Betreuten Patienten mit EKVK, PEB, S2 oder bilateralen Anspruchsnachweisen ist die 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 zurückgemeldet, wenn der Patient versichert ist. 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, 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.
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 durch den KV-Träger 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		frei	
028	FECO	Fehlercode nicht vorgesehen	D.12.
029		frei	
030	EREIG	Ereignisart nicht vorgesehen	D.19.
031		frei	
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		frei	

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		frei	
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	USVPNR	überweisende Stelle (Vertragspartnernummer) formal unrichtig	D.2.
064	USNA	Name der überweisenden Stelle fehlt (nur wenn USVPNR nicht vorhanden)	
065	USLKZ	Länderkennzeichen der überweisenden Stelle fehlt (nur wenn USVPNR nicht vorhanden) bzw. nicht vorgesehen	D.24.
066	USPLZL	Postleitzahl der überweisenden Stelle fehlt (nur wenn USVPNR nicht vorhanden) bzw. formal unrichtig	
067	USORT	Ort der überweisenden Stelle fehlt (nur wenn USVPNR 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		frei	
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	VERDAU	Verdacht auf Arbeitsunfall formal unrichtig bzw. nicht vorgesehen	D.75.
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	ENTBART	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		frei	
111	VLAENG	Verlängerungsbewilligung nicht vorgesehen	D.30.
112	KLAS	Klasse nicht vorgesehen	D.22.
113	DATVON	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	VAEST	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	VAEST	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 urnichtig	
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	EKANR fehlt bzw. formal unrichtig	
159	EAEND	Anspruchsendedatum in EKVK-Datenmeldung fehlt bzw. formal unrichtig	
160	EFORM	Art der Anspruchsbescheinigung fehlt bzw. nicht vorgesehen	
161		frei	
162		frei	
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.	
169	ESTADT	Feld ESTADT nicht belegt	

		Fehlercode bei „Kostenmeldung ambulant“ (Satzart K13)	
200	BDAT	Behandlungsdatum formal unrichtig	
201	HDGART	Hauptdiagnose-Art nicht vorgesehen	
202		frei	
203	ZDGART	Zusatzdiagnose-Art nicht vorgesehen	
204		frei	
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	Punktewert fehlt bzw. formal unrichtig	
212	LDFBET	LDF-Ambulanzbetrag formal unrichtig	
213	ZEIT	Behandlungsuhrzeit formal unrichtig	
214		frei	
215		frei	
216		frei	
217	VZNU	Versichertenzuständigkeit noch ungeklärt	
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)	
217	VZNU	Versichertenzuständigkeit noch ungeklärt	
230	KOANF	Kostenanforderungsart falsch belegt	
231	PTOT	Punkte total formal unrichtig	
232	LDFFAK	LDF-Punktewert 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	LDFPP	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 siehe Kapitel D.2.

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

Nummer des Landesgesundheitsfonds/PRIKRAF siehe Kapitel C.1.

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)
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 die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt ist als datenübernehmende Institution 08 und bei Meldungen an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau als Unfallversicherungsträger 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. Das betrifft ausschließlich die Übermittlung von Aufnahme-/Entlassungsmeldungen bei Kur-/Rehabilitationsaufenthalten (siehe Kapitel B.6.).

*gilt nur für den Kur-/Rehabereich (siehe Kapitel B.6.)

D.18. GBER - Gültigkeitsbereich

AUFGELASSEN

D.19. EREIG – Ereignisart

1 Stelle alphanumerisch

Ereig	*Aufnahmeart LKF und KA-ORG ident* *Es wird ein neuer Fall angelegt*	Neuer Aufenthalt
A	Aufnahme in den allgemein stationären Bereich inkl. Aufnahme auf Intensiveinheiten	stationär
T	Transfer von einer anderen Krankenanstalt 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* *Es wird ein neuer Fall angelegt*	Neuer Aufenthalt
3	Ambulanzfall	ambulant
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 Ereignisart „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).

Eine Wiederaufnahme liegt dann vor, wenn der Patient innerhalb von sieben Tagen mit derselben Hauptdiagnose in dieselbe Krankenanstalt nochmals stationär in den allgemeinen stationären Bereich (inklusive Intensivbereich) aufgenommen wird.

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

AUFGELASSEN

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 sechsstellige Funktionscode zuzüglich Subcode (7. und 8. Stelle) zu verwenden. Die Liste der Funktionscodes wird vom BMASGPK 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 Abteilungen 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) bzw. E (Erinnerung) steht, ist die Klasse „A“ einzugeben.

D.23. PAR – Unabweisbarkeitsparere, Gutachten

AUFGELASSEN

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

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 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 Staatenschlüsselfelder mit dem ISO-A2-Code belegt.

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

Im Feld STAAT „Staatsbürgerschaftsschlüssel“ ist bei

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

zu melden.

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).

D.29. KOME - Kostenmeldung

AUFGELASSEN

D.30. VLAENG – Verlängerungsbewilligung

1 Stelle alphanumerisch

0 – keine Verlängerung

1 – Verlängerung

D.31. DATVON

DATVON

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 DATVON 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. VAEST – Status der Versichertenanspruchserklärung

2 Stellen alphanumerisch

Code	Bezeichnung	Bewilligung	Ablehnung	temporäre Warteschleife bzw. Urgenz
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	
97	Urgenz für Entlassungsanzeige (K05)			X
98	in Bearbeitung			X
99	kasseninterne Berichtigung		X	

Diese Codes finden 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 KV-Träger 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 Krankenanstalt zu tätigen. Die VAE entspricht in diesem Fall (bis auf das Feld VAEST) der zuletzt gesendeten, korrekten VAE (somit: Duplikat bis auf VAEST = 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:
Ist ein Patient in der Sonderklasse und 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 numerisch

Zur Berechnung des Verpflegskostenbeitrags für Versicherte sowie des Kostenbeitrags für Angehörige ist die Angabe der zu berücksichtigenden Vortage erforderlich. Der Krankenversicherungsträger ist aufgrund 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 der Krankenanstalt
K – Ende Kurheilverfahren stationär
T – Transfer in eine andere Krankenanstalt
S – Sterbefall
A –Krankenanstaltsinterne Verlegung vom Bereich der Rehabilitation und vom ausschließlichen Bereich der Pflege in den allgemeinen stationären Bereich (inkl. Intensivbereich)
R – Krankenanstaltsinterne Verlegung in den Bereich der Rehabilitation
P – Krankenanstaltsinterne Verlegung in den ausschließlichen Bereich der Pflege

Der „ENTS“ K, 8 und 9 ist ausschließlich dem Kapitel B.6. zuzuordnen!

D.37. DIAGQ – Diagnosenqualifikation

AUFGELASSEN

D.38. ENTBART – 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. SOND – 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 Krankenanstaltsaufenthalt vor
- 10 – Betragsdifferenz wegen Vorpflege

D.43. RDNOT – Rückmeldung Entlassung

AUFGELASSEN

D.44. BETREU – Art des Betreuungsscheines

AUFGELASSEN

D.45. AVAB – Ablehnungsgrund für Leistungserbringung ambulant

AUFGELASSEN

D.46. GEN – Genehmigungsvermerk

AUFGELASSEN

D.47. TEAB – Teilablehnung

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 – Seitenlokalisation
ZDGLOK Zusatzdiagnose – Seitenlokalisation

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, wird das Feld VERSATZ belegt, aber das 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 Landesgesundheitsfonds 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 Landesgesundheitsfonds der Patientenanteil auch bekannt wird, muss dieser vom KV-Träger bei der Meldung einer Satzart K21 „Ausländerverrechnung/Regresse – Rückmeldung“ (Kapitel E.13.) dem Landesgesundheitsfonds 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 muss gewährleisten, dass der Datensatz eindeutig 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-ID – VersichertenDatenAbfrageService

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 „vollständige“ 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 befüllen. 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 befüllen.

Wird eine Stornomeldung (K02, K06, K10 oder K14) von der Krankenanstalt bzw. dem Landesgesundheitsfonds an den zuständigen Krankenversicherungsträger übermittelt, ist das Feld „DSIDR“ optional mit den letzten 10 Stellen der Datensatz-ID (siehe Kapitel D.69.), auf welche sich die Stornomeldung bezieht, zu befüllen.

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:

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

Beispiel: „SART: K09, EINDAT: 220401 „

Format bei K13/K14:

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

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

D.75. VERDAU – Verdacht auf Arbeitsunfall

1 Stelle alphanumerisch

1 – Arbeitsunfall
2 – Schüler-/Studentenunfall
3 – Landwirtschaftlicher Unfall
4 – Wegunfall Arbeit
5 – Wegunfall Schüler/Student
0 – Nein/Unbekannt

Feldinhalt 1 – 5

Es handelt sich um den Verdacht eines Arbeits-, Schüler-, Wegunfalls, etc. Dieser Aufenthalt ist für die UV-Träger relevant, da in diesen Fällen amtswegig zu prüfen ist, ob ein entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall vorliegt. Die Information über einen möglichen Arbeitsunfall über diesen Weg ist auch deshalb erforderlich und im Sinne der Versicherten, weil die für die Meldung eines Arbeitsunfalls zuständigen Stellen (Dienstgeber, Bildungseinrichtungen, usw.) ihrer gesetzlichen Verpflichtung nicht immer zeitgerecht nachkommen. Der Datensatz der Aufnahme-/Ereignisanzeige wird in der VPTDB dupliziert und den UV-Trägern zur Verfügung gestellt.

Feldinhalt – 0

Es handelt sich hierbei nicht um den Verdacht eines Arbeits-, Schüler, Wegunfalls, etc. Dieser Aufenthalt ist für die UV-Träger nicht relevant, der Datensatz der Aufnahme-/Ereignisanzeige wird den UV-Trägern nicht zur Verfügung gestellt.

E.
Dateneingabe / Datensätze

E. DATENEINGABE / DATENSÄTZE

E.1. Identifikationsteil

Version 3

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	3 a/n	SART	Satzart	D.1.	Z
2	4	6 n	VPNR	Vertragspartnernummer der Krankenanstalt	D.2.	Z
3	10	12 a/n	AUFZL	Aufnahmezahl Identifikation des Leistungsfalls in der jeweiligen Einrichtung	D.3.	Z
4	22	2 n	FANU	Fallnummer laufende Nummer bei Beurlaubungen, mit 0 beginnend, bei Verlängerungsanzeigen mit 00 belegt.	D.4.	O
5	24	4 a/n	KOST	Kostenträger (leistungszuständig), Versicherungsträgercode	D.5.	Z
6	28	4 a/n	VSTR	zuständiger Versicherungsträger, Versicherungsträgercode	D.6.	Z
7	32	8 n	AUFN	Aufnahme-/Ereignisdatum JJJJMMTT Aufnahmedatum bei stationären Fällen, Erstbehandlungsdatum bei ambulanten Fällen		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 der KA zu melden und nicht ein eventuelles Urlaubsentlassungsdatum.		Z1
9	48	1 n	KOMM	Kommentarsatz	D.7.	O
				DATEN DES HAUPTVERSICHERTEN		
10	49	10 n	VSNR	Versicherungsnummer des Hauptversicherten	D.8.	Z
11	59	30 a/n	ZUNA	Zuname des Hauptversicherten (ein eventueller Titel wird nicht angeführt)		Z
12	89	15 a/n	VONA	Vorname des Hauptversicherten		Z
13	104	1 a/n	RESE	Reserve		
14	105	1 a/n	GESCHL	Geschlecht des Hauptversicherten	D.10.	Z
15	106	8 n	GEBDAT	Geburtsdatum des Hauptversicherten JJJJMMTT		Z
16	114	20 a/n	DSID	Datensatz-ID	D.69.	Z
17	134	2 a/n	VGR	Versichertengruppe/Kategorie	D.11.	Z
				DATEN DES MITVERSICHERTEN		
18	136	10 n	AVSNR	Versicherungsnummer des Mitversicherten	D.8.	O1
19	146	30 a/n	AZUNA	Zuname des Mitversicherten (ein eventueller Titel wird nicht angeführt)		O1
20	176	15 a/n	AVONA	Vorname des Mitversicherten		O1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
21	191	1 a/n	RESE	Reserve		
22	192	1 a/n	AGESCHL	Geschlecht des Mitversicherten	D.10.	O1
23	193	8 n	AGEBDAT	Geburtsdatum des Mitversicherten JJJJMMTT		O1
				SONSTIGE DATEN		
24	201	3 a/n	FECO	Fehlercode	D.12.	O
25	204	10 a/n	DSIDR	Datensatz-ID Referenz	D.72.	Z1
26	214	1 a/n	RESE	Reserve		-
27	215	4 a/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	
Z3	zwingend, ausgenommen EREIG 8, 9 und R	
O	Angabe optional	
O1	optional	wenn Patient Mitversicherter, 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	3 a/n	SART	Satzart	D.1.	Z
2	4	6 n	VPNR	Vertragspartnernummer der Krankenanstalt	D.2.	Z
3	10	12 a/n	AUFZL	Aufnahmezahl Identifikation des Leistungsfalls in der jeweiligen Einrichtung	D.3.	Z
4	22	2 n	FANU	Fallnummer Bei der Übermittlung von SART K09 und SART K13 mit 00 belegt	D.4.	O
5	24	4 a/n	KOST	Kostenträger (leistungszuständig), Versicherungsträgercode	D.5.	Z
6	28	4 a/n	VSTR	zuständiger Versicherungsträger, Versicherungsträgercode	D.6.	Z
7	32	8 n	AUFN	Aufnahme-/Ereignisdatum JJJJMMTT Aufnahmedatum bei stationären Fällen, Erstbehandlungsdatum bei ambulanten Fällen		Z
8	40	8 n	ENTL	Entlassungsdatum JJJJMMTT		Z1
9	48	1 n	KOMM	Kommentarsatz	D.7.	O
				DATEN DES HAUPTVERSICHERTEN		
10	49	57 a/n	RESE	Reserve		
11	106	8 n	GEBDAT	Geburtsdatum des Hauptversicherten JJJJMMTT zwingend, wenn Hauptversicherter auch Patient ist		Z1
12	114	20 a/n	DSID	Datensatz-ID	D.69.	Z
13	134	2 a/n	RESE	Reserve		
				DATEN DES MITVERSICHERTEN		
14	136	57 a/n	RESE	Reserve		
15	193	8 n	GEBDATA	Geburtsdatum des Mitversicherten JJJJMMTT zwingend, wenn Mitversicherter auch Patient ist		Z1
				SONSTIGE DATEN		
16	201	3 a/n	FECO	Fehlercode	D.12.	O
17	204	10 a/n	DSIDR	Datensatz-ID Referenz	D.72.	Z1
18	214	1 a/n	RESE	Reserve		
19	215	4 a/n	BKANR	Krankenanstaltennummer des Bundesministeriums		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

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
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 / Satzart K00

Version 1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K00 - Vorlaufsatz Bis auf Satzart, zahlungszuständigen Versicherungsträger und Versionsnummer alle Felder Grundstellung	E.1.	Z
2	221	2 a/n	PROJ	Projekt	D.14.	Z
3	223	2 a/n	BEST	Bestandsbezeichnung	D.15.	Z
4	225	7 a/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	6 a/n	EZEI	Erstellungszeit HHMMSS		O
8	252	4 a/n	DVST	datenübernehmender Versicherungsträger	D.17.	Z
9	256	4 a/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 / Satzart K99

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 / Satzarten K01, K02

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL	Identifikationsteil SART K01 - Aufnahme-/Ereignisanzeige SART K02 - Storno Aufnahme-/Ereignisanzeige	E.1.	Z
2	221	1 a/n	EREIG	Ereignisart	D.19.	Z
3	222	1 a/n	RESE	Reserve		O
4	223	6 a/n	FKRA	Funktionscode der Abteilung laut LKF	D.21.	Z1
5	229	2 a/n	FKRASU	Funktionssubcode der Abteilung laut LKF	D.21.	Z1
6	231	6 a/n	RESE	Reserve		O
7	237	1 a	KLAS	Allgemeine Gebührenklasse/Sonderklasse	D.22.	Z1
8	238	1 a/n	RESE	Reserve		
				DATEN DES HAUPTVERSICHERTEN		
9	239	30 a	RESE	Reserve		
10	269	3 a/n	STAAT	Staatsbürgerschaftsschlüssel	D.24.	Z1
11	272	30 a/n	RESE	Reserve		
12	302	3 a	RESE	Reserve		
13	305	7 a/n	RESE	Reserve		
14	312	25 a	RESE	Reserve		
15	337	30 a/n	PASTR	Wohnadresse des Patienten Straße inkl. Haus-Nr., Stiege, Stock und Tür-Nr.		O
16	367	3 a	PALKZ	Wohnadresse des Patienten Länderkennzeichen	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 MITVERSICHERTEN		
19	402	30 a	RESE	Reserve		
				AUVA-DATEN		
20	432	1 a/n	VERDAU	Verdacht auf Arbeits-/Schülerunfall	D.75.	Z
21	433	1 a/n	RESE	Reserve		
	434	15 a/n		**BLOCK FÜR 3 DIAGNOSEN**		
22		3 a/n	DIAG1	Diagnose 1 ICD10 BMASGPK-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

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
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	Fremdverschulden	D.27.	Z
26	450	60 a/n	DIAG	Diagnose(n) im Klartext kann bei Codierung entfallen		O
27	510	2 a/n	URS	Ursache der Behandlung	D.28.	Z2
28	512	8 a/n	RESE	Reserve		
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/Unfalldatum JJJJMMTT bei EREIG = 7 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. Bei VERDAU = 1 – 5 mit dem Unfalldatum zu befüllen	D.75.	Z3
35	599	3 n	VTAG	Anzahl der Verlängerungstage bei EREIG = 1 (Verlängerung) verpflichtend anzugeben		O
36	602	12 a/n	VDAS	VDAS-ID Ergebnis der Abfrage des VersichertenDatenAbfrageService	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 Ereignisart ungleich 8, 9 oder R	
Z2	wird bei Kur-/Rehabilitationsaufenthalten mit „99“ befüllt	
Z3	bei Aufnahmeart 1, 7 oder wenn VERDAU 1 - 5	

E.5. Versichertenanspruchserklärung / Satzarten K03, K04

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	RESE	Reserve		
3	222	1 a/n	EREIG	Ereignisart	D.19.	Z
				DATEN DER KOSTENÜBERNAHME		
4	223	1 a/n	KLAS	Allgemeine Gebührenklasse/Sonderklasse	D.22.	Z
5	224	8 n	DATVON	Versichertenanspruchserklärung Beginndatum im Format JJJJMMTT Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (VAEST = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.31.	Z1
6	232	25 a/n	RESE	Reserve		
7	257	8 n	DATBIS	Versichertenanspruchserklärung Endedatum im Format JJJJMMTT	D.31.	O
8	265	1 a/n	ENDE	Fristende Bezieht sich auf Endedatum der Versichertenanspruchserklärung bzw. Asylierung Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (VAEST = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.32.	Z1
9	266	2 a/n	VAEST	Status der Versichertenanspruchserklärung	D.33.	Z
10	268	1 a/n	VKBEFR	Verpflegskosten-Beitragsbefreiung Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (VAEST = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.34.	Z1
11	269	2 n	VTAGE	Vortageanzahl auf Kostenbeitrag Wenn Rückmeldung „in Bearbeitung“ (VAEST = 18 oder 98) dann nicht zwingend	D.35.	Z1
		270				

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.6. Entlassungsanzeige / Satzarten K05, K06

Version 3

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

				VERLEGUNGEN **gilt nur für Versicherungsanstalt öffentlich Bedienstete, Eisenbahnen und Bergbau und Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen**		
18	348	8 a/n	AVDAT	Aufnahme-, Verlegungsdatum JJJJMMTT		O
19	356	1 a	VKLA	Verlegung Klasse bei Verlegung von allgemeiner Gebührenklasse auf Sonderklasse und umgekehrt	D.22.	O
				SONSTIGE DATEN		
20	357	1 a	AI	Aviso-Info	D.71.	Z1
21	358	3 a/n	KABEFR	Anzahl der Tage, für welche kein Kostenbeitrag seitens der Krankenanstalt eingehoben wurde	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 (bitte auch Punkt „Entlassungsaviso“ beachten)

O Angabe optional

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

Wenn eine Entbindung in der Krankenanstalt 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 Wehen und Entbindung
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
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 eines Einlings aus Schädellage

O801 ..... Spontangeburt eines Einlings aus Beckenendlage
O808 ..... Sonstige Spontangeburt eines Einlings
O809 ..... Spontangeburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet
O81 ..... Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion
O810 ..... Zangenentbindung eines Einlings aus Beckenausgang
O811 ..... Zangenentbindung eines Einlings aus Beckenmitte
O812 ..... Zangenentbindung eines Einlings aus Beckenmitte mit Rotation
O813 ..... Sonstige und nicht näher bezeichnete Zangenentbindung eines Einlings
O814 ..... Entbindung eines Einlings mittels Vakuumextraktor
O815 ..... Entbindung eines Einlings mittels Kombination von Vakuum- und Zangenextraktion
O82 ..... Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
O820 ..... Geburt durch elektive Schnittentbindung, Primäre Sektio, Re-Sectio caesarea o.n.A.
O821 ..... Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung bei Gefahrenzustand für Mutter oder Kind
O822 ..... Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung mit Hysterektomie
O828 ..... Sonstige Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung
O829 ..... Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung, nicht näher bezeichnet
O83 ..... Sonstige geburtshilfliche Maßnahmen bei Geburt eines Einlings
O830 ..... Extraktion eines Einlings aus Beckenendlage
O831 ..... Manualhilfe bei Entbindung eines Einlings aus Beckenendlage
O832 ..... Sonstige geburtshilfliche Handgriffe bei Entbindung eines Einlings
O833 ..... Entbindung eines lebensfähigen Feten bei Abdominalgravidität
O834 ..... Entbindung durch zerstückelnde Operation [Destruktion des Fetus]
O838 ..... Sonstige näher bezeichnete geburtshilfliche Maßnahmen bei Geburt eines Einlings
O839 ..... Geburtshilfliche Maßnahme bei Geburt eines Einlings, nicht näher bezeichnet
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
O849 ..... Mehrlingsgeburt, Art der Geburt nicht näher bezeichnet
Z390 ..... Betreuung und Untersuchung der Mutter unmittelbar nach einer Entbindung

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 sind in diesem Fall die Felder ENTS und AI zu befüllen, alle anderen Felder werden ignoriert und bleiben leer.

Der KV-Träger 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 bleiben davon unberührt.

Ein nachfolgender, endgültiger K05 überschreibt das Aviso, ohne dass ein K06-Aviso-Storno notwendig ist, sofern das Entlassungsdatum im Aviso und im „endgültigen“ 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 endgültige 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. die Krankenanstalt
Patient kehrt am 7.1 zurück
Patient verlässt am 10.1. die Krankenanstalt
Patient kehrt am 14.1 zurück
Patient verlässt am 18.1. die Krankenanstalt
Patient kehrt am 19.1 zurück
Endgültige Entlassung aus der Krankenanstalt 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 der Krankenanstalt 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 eine 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

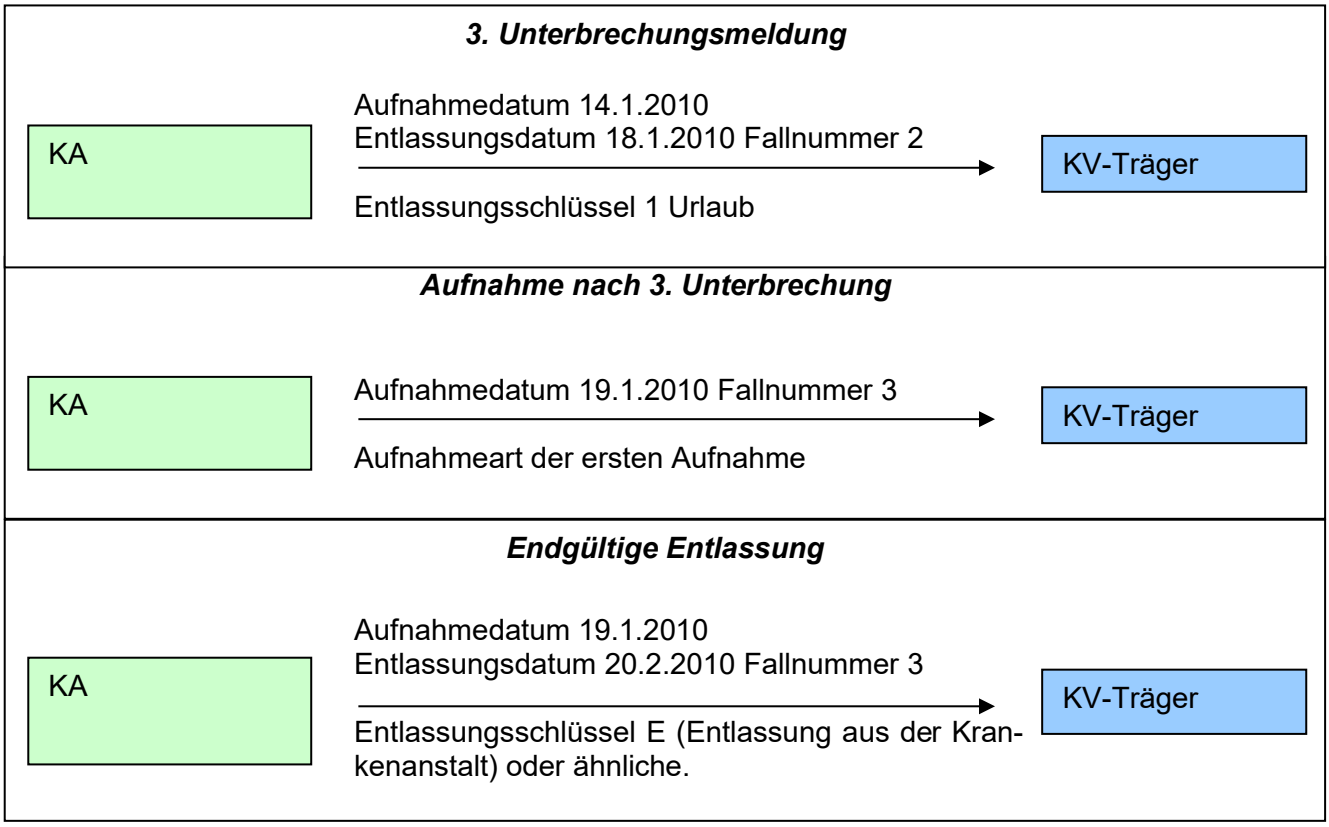
KA → Aufnahmedatum 7.1.2010
Entlassungsdatum 10.1.2010 Fallnummer 1 → KV-Träger

Entlassungsschlüssel 1 Urlaub

Aufnahme nach 2. Unterbrechung

KA → Aufnahmedatum 14.1.2010 Fallnummer 2 → KV-Träger

Aufnahmeart der ersten Aufnahme


3. Unterbrechungsmeldung
KA
Aufnahmedatum 14.1.2010
Entlassungsdatum 18.1.2010 Fallnummer 2
Entlassungsschlüssel 1 Urlaub
KV-Träger
Aufnahme nach 3. Unterbrechung
KA
Aufnahmedatum 19.1.2010 Fallnummer 3
Aufnahmeart der ersten Aufnahme
KV-Träger
Endgültige Entlassung
KA
Aufnahmedatum 19.1.2010
Entlassungsdatum 20.2.2010 Fallnummer 3
Entlassungsschlüssel E (Entlassung aus der Krankenanstalt) oder ähnliche.
KV-Träger

E.7. Leistungsdaten stationär

AUFGELASSEN

E.8. Kostenmeldung stationär Regresse/Ausländerverrechnung/Information, Satzarten K09, K10

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220a/n	IDTEIL Landes-fond	Identifikationsteil für den Landesgesundheitsfond 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	RESE	Reserve		
3	224	2 a/n	RESE	Reserve		
4	226	2 n	RESE	Reserve		
5	228	1 a/n	RESE	Reserve		
6	229	2 a/n	RESE	Reserve		
7	231	1 a/n	RESE	Reserve		
8	232	4 a/n	RESE	Reserve		
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	RESE	Reserve		
11	247	8 n	RESE	Reserve		
12	255	1 a/n	RESE	Reserve		
13	256	3 a/n	RESE	Reserve		
14	259	3 a/n	RESE	Reserve		
15	262	6 a/n	RESE	Reserve		
16	268	1 a/n	RESE	Reserve		
17	269	1 a/n	RESE	Reserve		
18	270	8 n	RESE	Reserve		
19	278	2 a/n	RESE	Reserve		
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	*	*
27	331	8 n	PSPEZ	Punkte spezieller Bereich (tageweise)	*	*

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
28	339	8 n	PTOT	Punkte total (Summe der Felder LDFPP + VDU + VDO + ZUINT + ZUMEHR + PSPEZ)	*	Z
29	347	6 n	LDFFAK	LDF-Punktewert Netto 4 Nachkommastellen.		Z
30	353	10 n	LDFBET	LDF-Betrag Netto 2 Nachkommastellen Ergibt sich durch Punkteanzahl mal Punktewert 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. • 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 • 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	Forderungsbetrag für Ausländerverrechnung KOANF = A oder Z Betrag in €, 2 Nachkommastellen • 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 Versichtungsträger eingefordert werden, da es vom GF an das BM für Finanzen abgeführt werden muss Beispiel: LDFBET - VERPA +(LDFBET - VERPA) * BEIH / 100 = FORDAV	D.67.	Z2
35	390	10 n	FORDRG	Forderungsbetrag für den Regress KOANF = R oder K Betrag in €, 2 Nachkommastellen • 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 Beispiel: LDFBET - VERPA +(LDFBET - VERPA) * BEIH / 100 = FORDRG	D.67.	Z2
36	400	1 a	RESE	Reserve		
37	401	20 a/n	RESE	Reserve		
		420				

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

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	
Z2	zwingend, wenn bekannt	
O	Angabe optional	

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.

E.9. Kostenmeldungsanforderung / Satzart K20

Version 1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL Landesge-sundheits-fonds	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

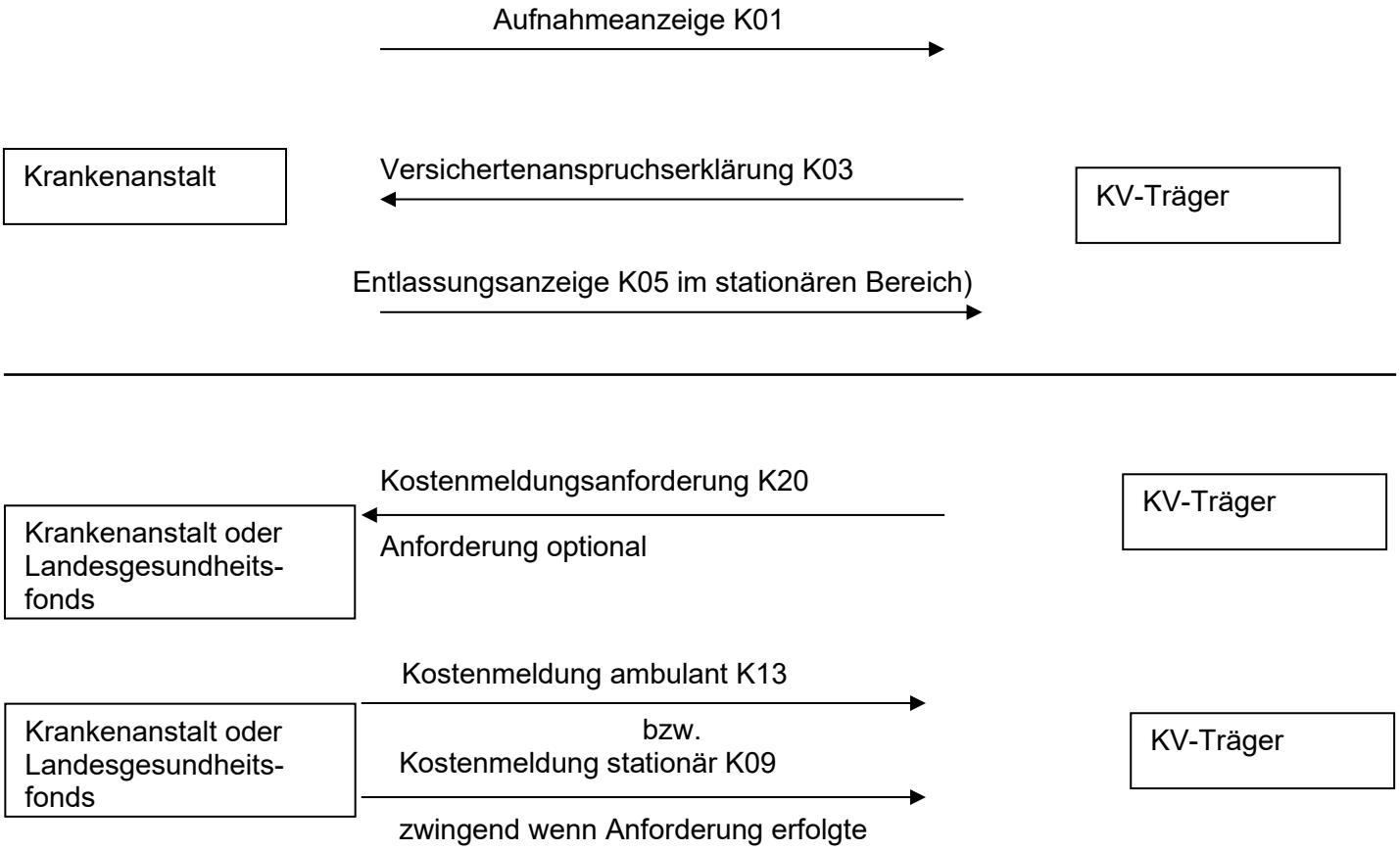
Z Angabe zwingend

Die SART K20 „Kostenmeldungsanforderung“ ist im Zusammenhang mit Ausländerverrechnung, Regressangelegenheiten und Kosteninformation jedenfalls zu übermitteln.

Speziell im Regressfall ist eine prompte Reaktion der Landesgesundheitsfonds in Form der SART K09 „Kostenmeldung stationär“ und SART K13 „Kostenmeldung ambulant“ notwendig.
Der Inhalt des Feldes KOANF „Kostenmeldung“ wird in das Feld KOANF „Kostenmeldung“ der Satzart K09 „Kostenmeldung stationär“ und K10 „Storno Kostenmeldung stationär“ sowie in der Satzart K13 „Kostenmeldung ambulant“ und K14 „Storno Kostenmeldung ambulant“ 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.

Ablaufprozess Kostenmeldungsanforderung K20:



E.10. Kommentar / Satzart K12

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 Ambulanzfall 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 Interpunktion (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“ (VAEST=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. Kostenmeldung ambulant / Satzart K13, K14

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 - Kostenmeldung ambulant SART K14 - Storno Kostenmeldung 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
		313				

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	

Erstellvorschriften:

1. 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.

2. Vom zuständigen Krankenversicherungsträger wird eine Versichertenanspruchserklärung (SART K03) an die Krankenanstalt (Ambulanz) zurückgemeldet.

3. Pro Ambulanzbesuch (Frequenz) und behandelnde Abteilung (Funktionscode einer nicht bettenführenden Hauptkostenstelle) wird vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds der Datensatz „Kostenmeldung ambulant“ (SART K13) an den zuständigen Krankenversicherungsträger gemeldet. Die Datensätze „Kostenmeldung 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 (z.B. 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.

4. 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 „Kostenmeldung ambulant“ (SART K13) wird ebenfalls bei Feststellung eines Fehlers eine entsprechender Fehlercode an den Landesgesundheitsfonds retourniert.

E.12. Entlassungsanzeige - Rückmeldung

AUFGELASSEN

E.13. Ausländerverrechnung/Regresse – Rückmeldung / Satzart K21, K22

Meldung vom KV-Träger an Landesgesundheitsfonds

Version 2

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
1	1	220 a/n	IDTEIL Landesgesundheitsfonds	Identifikationsteil für den Landesgesundheitsfonds 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 K = Kosteninformation 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 Landesgesundheitsfonds 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 Landesgesundheitsfonds 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	RESE	Reserve		
10	285	1 a/n	ART	Abrechnungsart Ausländerverrechnung E = Echtkosten (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	Grund warum keine Zahlung erfolgte. Bei ZKZ=K Eindeutige Zahlungsidentifikation. Bei ZKZ= T, E oder A Diese Zahlungsidentifikation soll auch bei der Bank-überweisung als Zahlungsreferenz bzw. Verwen-dungszweck verwendet werden. Bei ZKZ = R wird der Grund der nachträglichen Be-anstandung der Zahlung angegeben. 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. Das genaue Format siehe Kapitel D.74. • D		Z1
15	343	15 a/n	FREMDRE	Rechnungsnummer der zwischenstaatlichen Abrech-nung		Z1
16	358	8 a/n	ELBNR	Forderungsnummer der Österreichischen Gesund-heitskasse FORMAT: JJ/NNNNN JJ…Forderungsjahr NNNNN…Nummer der Forderung		Z1
17	366	70 a/n	ASVT	Bezeichnung des ausländischen SV-Trägers		Z1
		435				

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 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 Landesgesundheitsfonds (siehe auch Beschreibung in Feld Nr. 4)

Erstellvorschrift:

Die Forderungs- bzw. Zahlungsrückmeldung der KV-Träger erfolgt einzelfallbezogen und vollständig analog zu den Kostenmeldungen der Krankenanstalten bzw. Landesgesundheitsfonds.

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 K21 und K22:

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

Landesgesundheitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung K21 ←

Zahlungskennzeichen
F…Forderung an den ausländischen Träger durchgeführt

KV-Träger

Akontierung durch das Ausland (Mehrfachmeldungen erlaubt)

Landesgesundheitsfonds

Ausländerverrechnung – Rückmeldung K21 ←

Zahlungskennzeichen
A…Akontierung

KV-Träger

Zahlung bzw. Nichtzahlung durch das Ausland (Letztmeldung)

Landesgesundheitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung K21 ←

Zahlungskennzeichen
K…keine ausländische Verrechnung möglich
E…Endzahlung

KV-Träger

Stornierung der Verrechnungsmeldung

Landesgesundheitsfonds

Ausländerverrechnung - Rückmeldung 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 K21

Ablaufprozess Regress - Rückmeldung K21 und K22:

Teilzahlung Zahlungsverzögerung (Mehrfachmeldungen erlaubt)

Landesgesundheitsfonds

Regress - Rückmeldung K21 ←

KV-Träger

Zahlungskennzeichen
T = Teilzahlung
V = Verfahren läuft (Prozess)

Erledigung der Verrechnung (Letztmeldung)

Landesgesundheitsfonds

Regress – Rückmeldung K21 ←

KV-Träger

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

Stornierung der Verrechnungsmeldung

Landesgesundheitsfonds

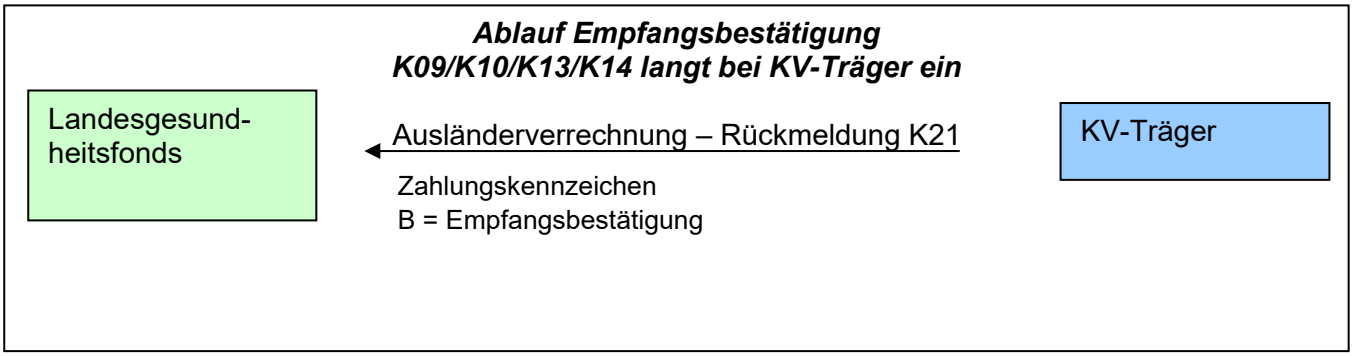
Regress - Rückmeldung K22 ←

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 K21

Ablauf Empfangsbestätigung
K09/K10/K13/K14 langt bei KV-Träger ein



E.15. EKVK-Datenmeldung / Satzart K27

Version 4

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: - 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 - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 6) bzw. - dem PEB/ oder S2-Formular bzw. - Ausländische Versicherungsnummer bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen ~~Nicht zu befüllen, wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.~~		Z1
3	241	40 a/n	EZUNA	Zuname - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 3) oder - dem PEB oder S2-Formular - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen ~~Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.~~		Z1
4	281	35 a/n	EVONA	Vorname - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 4) oder - dem PEB oder S2-Formular - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen ~~Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.~~		Z1
5	316	1 a/n	EGESL	Geschlecht entsprechend der Feststellung ~~Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.~~	D.10.	Z1
6	317	8 a/n	EGEBD	Geburtsdatum JJJJMMTT - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 5) oder - dem PEB oder S2-Formular (Geburtsdatum in EKVK-Karte und Formularen TTMMJJJJ) - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen ~~Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.~~		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) - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 2) oder - dem PEB oder 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 - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 7, links vom Bindestrich, mindestens 4 Stellen) oder - dem PEB/ oder S2-Formular Ist nur in Verbindung mit dem Staatencode (ESTAAT) eindeutig; - Bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen leer Wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist, ist entweder EIC oder EAKRO zwingend zu belegen (Belegung beider Felder ebenso möglich).		Z1
9	337	21 a/n	EAKRO	Akronym des zuständigen Trägers - 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 S2-Formular entfällt bei bilateralen Anspruchsbescheinigungen Wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist, ist entweder EIC oder EAKRO zwingend zu belegen (Belegung beider Felder ebenso möglich).		Z1
10	358	20 n	EKANR	Kartennummer Wenn EFORM ist EKVK, dann ist die Kartennummer zwingend mit 20 ‚Ziffern zu übermitteln. Eine Befüllung ausschließlich mit 0 oder 9 bei Vorliegen einer EKVK ist nicht erlaubt. Liegt eine Kartennummer vor, die tatsächlich nicht 20 Stellen lang ist, sind folgende Umgehenslösungen anzuwenden: • Ist die Nummer kürzer als 20 Stellen: Die fehlenden Stellen sind mit führenden „0“ aufzufüllen. • Ist die Nummer länger als 20 Stellen: Die überschüssigen Zeichen sind am Anfang der Nummer zu kürzen. • Nicht-numerische Zeichen: Beim Vorkommen von nicht-numerischen Zeichen (z.B. A, B,…) sind diese mit einer „0“ zu ersetzen. • Falls die Nummer zum Teil oder zur Gänze unlesbar ist, ist der K27-Daten mit „ANFO“ an die ÖGK zu übermitteln.		Z1

FELD-NR.	POS.	LÄNGE	FELD-NAME	INHALT/BEZEICHNUNG	SIEHE KAPITEL	
11	378	8 n	EAEND	Endedatum des Anspruches JJJJMMTT - entsprechend der EKVK-Karte (Feld 9) oder - dem PEB oder S2-Formular (Endedatum in EKVK-Karte und Formularen TTMMJJJJ) Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.		Z1
12	386	4 a/n	EFORM	Art der Anspruchsbescheinigung - EKVK – bei Karte - PEB – bei Ersatzformular - E112 – Zustimmung zur Behandlung im Ausland aus EU/EWR - 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 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.		Z
13	390	8 n	EABEG	Beginndatum des Anspruches JJJJMMTT Gültigkeitsdatum der Anspruchsbescheinigung (Feld E-FORM) Zwingend bei EFORM = PEB oder S2 und bilateralen Anspruchsbescheinigungen Nicht zu befüllen wenn EFORM mit „ANFO“ belegt ist.		Z1
14	398	40 a/n	ESTADT	Bei EFORM = „ANFO“ mit der Wohnort-Stadt des Patienten im Ausland zu befüllen.		Z1
		437				

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

Erstellvorschrift:

1) 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. DATENDREHSCHEIBE

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

Übermittlungen im Rahmen der Datendrehscheibe 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

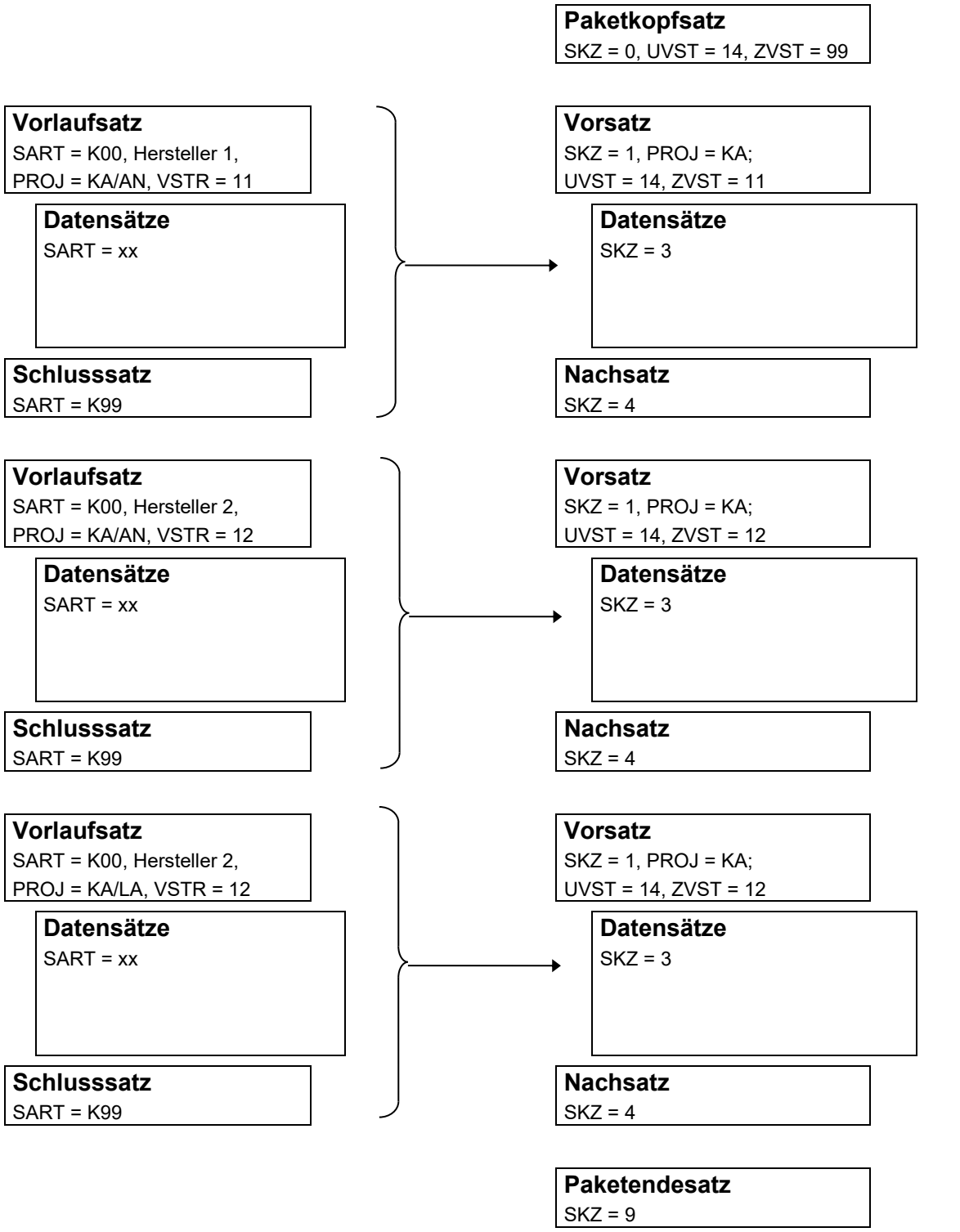
- einem Vorsatz mit
    - Satzkennzeichen 1
    - Ursprungsversicherungsträger = übernehmender Krankenversicherungsträger
    - Zielversicherungsträger = zuständiger Krankenversicherungsträger
    - Projekt KA oder KF (im Vorlaufsatz mit Projekt „K1“ oder „K2“ gekennzeichnete Testdaten erhalten im Vorsatz 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
Paketkopfsatz
SKZ = 0, UVST = 14, ZVST = 99
Vorlaufsatz
SART = K00, Hersteller 1,
PROJ = KA/AN, VSTR = 11
Datensätze
SART = xx
Schlusssatz
SART = K99
Vorsatz
SKZ = 1, PROJ = KA;
UVST = 14, ZVST = 11
Datensätze
SKZ = 3
Nachsatz
SKZ = 4
Vorlaufsatz
SART = K00, Hersteller 2,
PROJ = KA/AN, VSTR = 12
Datensätze
SART = xx
Schlusssatz
SART = K99
Vorsatz
SKZ = 1, PROJ = KA;
UVST = 14, ZVST = 12
Datensätze
SKZ = 3
Nachsatz
SKZ = 4
Vorlaufsatz
SART = K00, Hersteller 2,
PROJ = KA/LA, VSTR = 12
Datensätze
SART = xx
Schlusssatz
SART = K99
Vorsatz
SKZ = 1, PROJ = KA;
UVST = 14, ZVST = 12
Datensätze
SKZ = 3
Nachsatz
SKZ = 4
Paketendesatz
SKZ = 9

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“

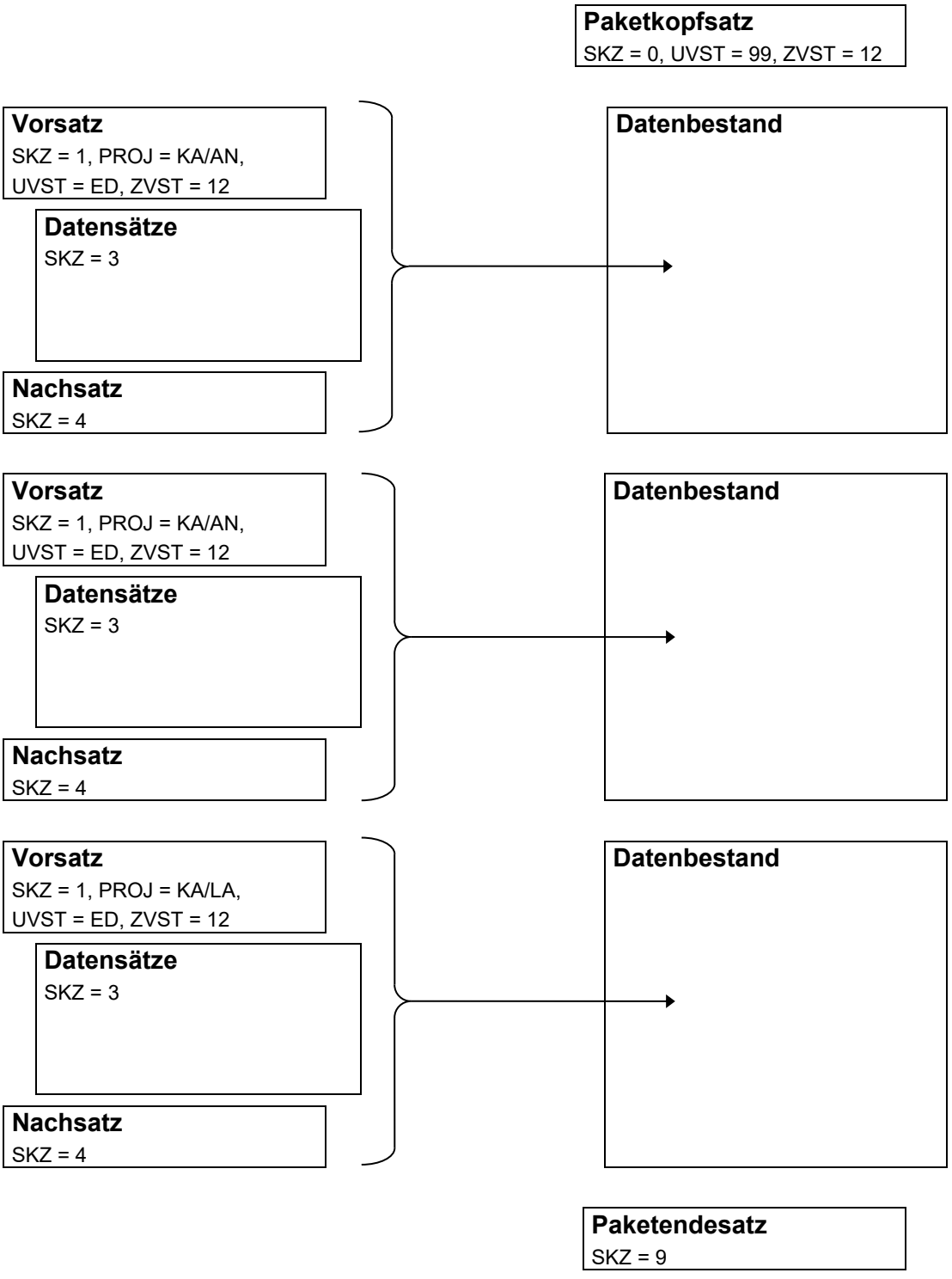
        - Versionsnummer; das Feld „Eingabeart (EART)“ enthält die Versionsnummer der nachfolgenden Datensätze (von der Krankenanstalt im Vorlaufsatz angegeben)

- 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 übernehmenden Krankenversicherungsträgers 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
AGPR-Manager	Tool zur Administration von ausländischen Gastpatienten und Regressfällen im stationären und spitalsambulanten Bereich
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BEST	Bestands-Kennzeichen
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, 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
KVT	Krankenversicherungsträger
KV-Träger	Krankenversicherungsträger
LGF	Landesgesundheitsfonds
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PROJ	Projekt-Kennzeichen

Abkürzung	Bezeichnung
PV	Pensionsversicherung
PV-Träger	Pensionsversicherungsträger
SART	Satzart
SV	Sozialversicherung
SVS-GW	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen – gewerbliche Wirtschaft
TEST-KZ	Test-Kennzeichen
UV	Unfallversicherung
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
VAE	Versichertenanspruchserklärung
VDAS	VersichertenDatenAbfrageService
VPNR	Vertragspartnernummer
VPTDB	Vorpflegetagsdatenbank
VU	Vorsorgenuntersuchung
XDOK	Tool zur Datenerfassung, Datenverarbeitung, Plausibilisierung und Bepunktung von MBDS-Daten