



---

**CaseCheck 2016  
und  
CaseCheck 2016 plus**

**DRG-Vorprüfung  
für  
Krankenhausfälle**

**Nürnberg, 29.09.2015**



Inhaltsverzeichnis

- 1 Grundlagen..... 3
- 2 Eingangsdaten, Ausgangsdaten und Programmaufruf ..... 6
  - 2.1 Verarbeitung von §21-Daten ..... 6
  - 2.2 Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien ..... 6
  - 2.3 Dialogprogramm für case16 ..... 7
- 3 Prüfungen und Korrekturen ..... 8
  - 3.1 Mapping der Diagnosen und Prozeduren ..... 8
  - 3.2 Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen ..... 8
  - 3.3 Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose..... 10
  - 3.4 Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur ..... 11
  - 3.5 Einfügen neuer Prozeduren ..... 11
  - 3.6 Korrektur des Entlassungsgrundes ..... 12
  - 3.7 Erkennung leerer Einträge in den Feldern 1-Belegungstag und Aufnahmegewicht ..... 13
  - 3.8 Korrektur des Aufnahmearlasses ..... 14
  - 3.9 Prüfung des Alters in Tagen ..... 14
  - 3.10 Ausgabe von Zusatzentgelten ..... 14
  - 3.11 Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen bei DRG-Fällen ..... 15
  - 3.12 Fallzusammenführung bei psychiatrischen Fällen ..... 17
  - 3.13 Fallsplit bei psychiatrischen Dialysepatienten ..... 18
- 4 Verarbeitungsprotokoll..... 18
- 5 einstellbare Parameter und Konfiguration der Eingangsformate ..... 19
  - 5.1 einstellbare Parameter ..... 19
  - 5.2 Liste der Dateien für case16 ..... 20
  - 5.3 Konfiguration der Eingangsformate ..... 21
  - 5.4 Test- und Muster-Konfigurationsdateien ..... 32



## 1 Grundlagen

Gemäß gesetzlicher Vorgabe wurde am 01.01.2003 ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Basis der sogenannten German Diagnosis Related Groups (G-DRG) eingeführt. Durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH Siegburg (InEK) werden die Spezifikationen für G-DRG erstellt. Derzeit wird G-DRG jedes Jahr neu herausgegeben. Während die Spezifikationen für 2003 noch eng an das australische System angelehnt waren, hat das InEK daraus inzwischen ein eigenständiges deutsches System entwickelt.

Mit der Version von G-DRG ändern sich auch die Version der benutzten Diagnose- und Prozedurencodes sowie die Kodierrichtlinien, nach denen zu verschlüsseln ist. Dadurch ist es nicht ohne weiteres möglich, einen Krankenhausfall des Vorjahres für das darauf folgende Jahr zu gruppieren, sondern es müssen evtl. Umstellungen bei den Falldaten, z.B. was die Auswahl und Reihenfolge der Diagnose- und Prozedurencodes betrifft, vorgenommen werden.

Mit dem Psych-Entgeltgesetz werden auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik pauschalierende Entgelte ab 01.01.2013 eingeführt, zunächst auf freiwilliger Basis. Die Fälle werden fallbezogen gruppiert und tagesbezogen abgerechnet. Für die Gruppierung der Fälle in der Psychiatrie und Psychosomatik hat das InEK einen neuen Gruppierungs-Algorithmus entwickelt und entsprechende Spezifikationen bereitgestellt. Entgeltsystem und Grouper haben das Kürzel PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) erhalten.

Zusätzlich zur Version von G-DRG und PEPP für ein bestimmtes Jahr gibt das InEK noch Zwischenversionen heraus, die auf der ICD- und OPS-Version des Vorjahres beruhen, aber bereits im Wesentlichen den Gruppierungsalgorithmus des darauf folgenden Jahres enthalten. Diese Versionen stehen früher als die jeweilige Endversion zur Verfügung und sind vor allem für die Gruppierung von Vorjahresfällen im Rahmen der Leistungsplanung und Budgetverhandlung gedacht. Der DRG-Katalog bzw. der PEPP-Katalog ist jeweils für Zwischen- und Endversion identisch.

So sind für das Jahr 2016 die Zwischenversionen 2014/16 und 2015/16 verfügbar, die auf den ICD- und OPS-Version von 2014 bzw. 2015 beruhen. In diesen Versionen können jedoch einige DRGs nicht erreicht werden, da hierfür Codes aus 2016 erforderlich sind, für die es 2014 und 2015 keine Entsprechung gibt.

Ebenfalls geändert wurden die Zusatzentgelte 2016. Auch hierfür wurden 2016 einige neue OPS-Codes eingeführt, die 2014 und 2015 nicht abgebildet werden können.

Das Programm Casecheck 2016, im Folgenden case16 genannt, ist dafür gedacht, Krankenhausfälle aus den Jahren 2014 und 2015 so aufzubereiten, dass sie den Kodierrichtlinien 2016 genügen und in G-DRG Version 2015/16 bzw. PEPP Version 2015/16 gruppierbar sind. Ferner liefert es eine Übersicht über mögliche abrechenbare Zusatzentgelte zur Leistungsplanung 2016. Es ändert die Krankenhausdaten aus 2014 oder 2015 automatisch so ab, als ob sie nach den DKR 2016 kodiert worden wären.



Folgende Fälle werden automatisch geändert:

- Fälle mit Diagnose- oder Prozedurencodes aus früheren Jahren oder mit nicht endständigen Codes werden auf Diagnose- und Prozedurencodes des Jahres gemappt, nach dem gruppiert werden soll. Das ist je nach Einstellung des Parameters ICDVERS auf die Version 2015 oder später 2016. Beim Mapping werden Änderungen im alphabetischen Verzeichnis, die in den Hinweisen zur Leistungsplanung beschrieben sind, berücksichtigt.
- Fälle, die eine 2016 unzulässige Hauptdiagnose enthalten, werden nach Möglichkeit so geändert, dass eine andere, passendere Diagnose aus dem Fall statt dessen Hauptdiagnose wird. Findet sich in diesen Fällen keine passende Hauptdiagnose, fügt case16 optional von sich aus eine neue Hauptdiagnose ein. In den anderen Fällen, in denen keine alternativen Hauptdiagnosen in den Regeln hinterlegt sind, wird nur ein Hinweis auf die unzulässige Hauptdiagnose ausgegeben.
- Fälle mit einer Hauptdiagnose, die 2016 unter bestimmten Bedingungen nicht Hauptdiagnose sein darf, erhalten, wenn die Bedingungen erfüllt sind, eine neue passende Hauptdiagnose aus dem Fall oder evtl. eine neue Standard-Hauptdiagnose. Dies betrifft
  - Diagnosen für Sekundärtumore, wenn im Fall Prozeduren für systemische Chemotherapie oder Ganzkörper-Strahlentherapie vorhanden sind.
  - Diagnosen für Vergiftungen, wenn der Fall ein Vergiftungssymptom enthält. Wegen der Vielfalt der Vergiftungssymptome enthält Casecheck 2016 nur einige ausgewählte Regeln.
  - Diagnosen für offene Wunden, wenn der Fall eine Komplikation enthält.
- Fälle, die nur dann höher gruppiert werden, wenn zu einer Prozedur eine bestimmte Diagnose vorhanden ist, wird eine passende Diagnose hinzugefügt, wenn sich diese aus der Prozedur oder einem anderen Merkmal ergibt. So wird z.B. bei den OPS-Codes für die beidseitige Operation einer Leisten- oder Schenkelhernie als Hauptdiagnose der ICD-Code für eine doppelseitige Hernie gesetzt, wenn die bisherige Hauptdiagnose nur die für eine einseitige ist. Analog wird bei den OPS-Codes für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung eine Diagnose für den Grad der Funktionseinschränkung ergänzt, wenn noch keine vorhanden ist.
- Fälle mit einer unpassenden Hauptdiagnose zu einer Diagnose erhalten in bestimmten Fällen eine neue Hauptdiagnose. So wird bei Hauptdiagnose Aufnahme zur Dialyse (Z49.1) und einer Verweildauer von mehr als 1 Tag die Niereninsuffizienz als Hauptdiagnose eingetragen. Bei Patienten mit Nebendiagnose "Untersuchung eines potenziellen Organspenders" (Z00.5) wird diese zur Hauptdiagnose, wenn keine Organspende vorliegt.
- Bei neu gruppierungsrelevanten Prozeduren wird die Prozedur hinzugefügt, wenn sich dies aus der Fallkonstellation ergibt. So wird z.B. bei Patienten mit



erfolgter Registrierung zur Organtransplantation, Dringlichkeitsstufe urgency oder high urgency (U55.- 6. Stelle 1 oder 2, Z75.70 bis .77), und einer Verweildauer von mindestens 30 Tagen der OPS-Code für „stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation“, mindestens 30 Tage (8-97c.2- mit 6. Stelle passend zur Diagnose) hinzugefügt. Ebenso wird bei Alter unter 16 Jahren und je einem OPS-Code für eine Herzoperation und eine perkutan-transluminale Gefäßintervention der Code 5-98a.0 für Hybridchirurgie bei Kindern eingefügt. Bei Entbindungsfällen mit einem Aufenthalt bis zur Entbindung von mindestens 14 Tagen wird der Code 9-280.2 eingefügt.

- Ein einstelliger Entlassungsrund wird in einen zweistelligen mit führender 0 gewandelt.
- Leere Einträge in den Feldern 1-Belegungstag und Aufnahmegewicht werden in 0 gewandelt.
- Aufnahmeanlass „K“ wird in Aufnahmeanlass „V“ gewandelt.
- Aufnahmeanlass „A“ (Verlegung mit Aufenthalt im verlegenden Krankenhaus von höchstens 24 Stunden) wird in Aufnahmeanlass „V“ (Verlegung) gewandelt.
- Bei Neugeborenen ohne Altersangabe wird das Alter in Tagen gesetzt.
- Mehrere psychiatrische Fälle werden zu einem zusammengefasst, wenn der Aufnahmetag des zweiten höchstens 21 Tage nach dem Entlassungstag des ersten liegt und Differenz der Aufnahmetage höchstens 120 Tage beträgt.
- In der Version **case16 plus** werden zusätzlich Fälle nach DRG zu einem Fall zusammengefasst, wenn sie die in der FPV 2016 genannten Kriterien erfüllen. Dazu ist es nötig, die Fälle zu gruppieren.

Des Weiteren wird eine eigene Datei über mögliche abrechenbare Zusatzentgelte erzeugt.

Case16 protokolliert jede Veränderung. Über eine Reihe von Konfigurationsparametern und Dateien können die einzelnen Prüfungen gesteuert werden. Jede Prüfung (außer dem Mapping) kann aktiviert oder deaktiviert werden. Zu einigen Prüfungen können Parameter vorgeben werden.

Die Version der Prüfregeln kann dann durch den Parameter ICDVERS eingestellt werden. Die Version 2015 ist für Fälle aus 2014 oder 2015 gedacht, die mit dem Grouper Version 2015/16 gruppiert werden soll, während die Version 2016 für Fälle aus 2016 vorgesehen ist. ICD- und OPS-Codes aus früheren Versionen werden automatisch auf die Zielversion gemappt.



## 2 Eingangsdaten, Ausgangsdaten und Programmaufruf

Das Programm case16 arbeitet dateiorientiert. Es liest eine Eingangsdatei satzweise ein und schreibt die Ergebnisse in eine oder mehrere Ausgangsdateien (s.u.).

Mit case16 können sowohl §21-Daten (fall.csv, icd.csv und ops.csv) als auch frei konfigurierbare Eingangsdateien mit einem Fall pro Datensatz verarbeitet werden.

Bei der Nutzung frei konfigurierbarer Eingangsdateien kann der Aufbau des Datensatzes über eine Konfigurationsdatei flexibel konfiguriert werden. So können vorhandene Benchmarking-Dateien (z.B. 71 Spalten, 120 Spalten oder 99 Spalten) direkt verwendet werden.

### 2.1 Verarbeitung von §21-Daten

Für die Verarbeitung von §21-Daten wird das Programm case16b (case16b.exe) mit folgenden Parametern aufgerufen (z.B. aus einer DOS-Eingabeaufforderung):

**case16b** <Eingangsdatei fall.csv inkl. Pfad> <Ausgangsdatei inkl. Pfad>  
<Basisverzeichnis> <Parameterdatei>

Beispiel:

Eingangsdateien	= c:\in\fall.csv, c:\in\icd.csv, c:\in\ops.csv c:\in\fab.csv
Ausgangsdateien	= c:\out\fall.txt, c:\out\icd.txt, c:\out\ops.txt c:\in\fab.txt
Parameterdatei	= c:\Programme\case16\case16.ini

Aufruf:

```
case16b c:\in\fall.csv c:\out\fall.txt c:\Programme\case16 case16.ini
```

Zur Erkennung von §21-Daten prüft das Programm den Dateinamen der Eingangsdatei. Es wird §21-Format angenommen, wenn der Dateiname **fall.csv** lautet. Die Ausgangsdateien heißen immer fall.csv, icd.csv, ops.csv und fab.csv, nur das Verzeichnis wird durch das Aufrufargument bestimmt. Wird die Parameterdatei ohne Pfad angegeben, wird sie im Basisverzeichnis erwartet.

case16 erkennt an Hand der Anzahl Felder in den Dateien fall.csv, icd.csv, ops.csv und fab.csv, ob die jeweilige Datei im alten oder neuen Format vorliegt und richtet die Ausgabe danach.

### 2.2 Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien

Für die Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien wird das Programm case16b (case16b.exe) mit folgenden Parametern aufgerufen (z.B. aus einer DOS-Eingabeaufforderung):

**case16b** <Eingangsdatei inkl. Pfad> <Ausgangsdatei inkl. Pfad> <Basisverzeichnis>  
<Parameterdatei> <Konfigurationsdatei>



Beispiel:

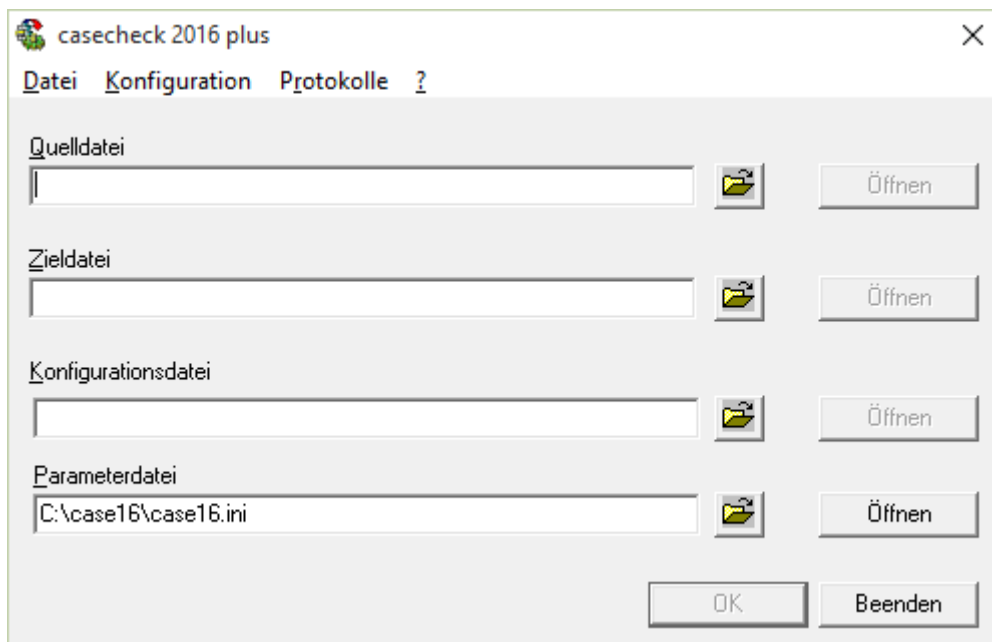
Eingangsdatei = c:\daten\infile.txt  
Ausgangsdatei = c:\daten\outfile.txt  
Basisverzeichnis = c:\Programme\case16  
Parameterdatei = c:\Programme\case16\case16.ini  
Konfigurationsdatei = c:\Programme\case16\fall71.ini  
Aufruf:  
case16b c:\daten\infile.txt c:\daten\outfile.txt c:\Programme\case16 case16.ini  
fall71.ini

Werden Konfigurationsdatei oder Parameterdatei ohne Pfad angegeben, werden sie im Basisverzeichnis erwartet.

### 2.3 Dialogprogramm für case16

Neben der Möglichkeit, case16.exe direkt aus einer DOS-Box aufzurufen, besteht die Möglichkeit, das Dialogprogramm case16vb.exe aufzurufen.

Für das Dialogprogramm wurde während der Installation ein Eintrag ins Startmenü unter Programme->CaseCheck->CaseCheck2016 erstellt.



Mit Hilfe des Dialogprogramms können die einzelnen Dateien komfortabel über den Button „...“ ausgewählt und über den Button „Öffnen“ mit dem Programm notepad.exe angesehen werden.



### 3 Prüfungen und Korrekturen

#### 3.1 Mapping der Diagnosen und Prozeduren

Über den Parameter ICDVERS=2015 oder ICDVERS=2016 kann die Zielversion auf die ICD- und OPS-Codes von 2015 oder 2016 eingestellt werden. Je nach Einstellung werden die Regeldateien für die entsprechende Version verwendet.

Daten für die Zielversion 2015 sollten i.d.R. nach ICD 10 GM 2015 und OPS 2015, Daten für 2016 nach ICD 10 GM 2016 und OPS 2016 codiert sein. Es kommt jedoch vor, dass noch Diagnosen und Prozeduren älterer Versionen codiert werden. In diesem Fall mappt case16 automatisch die ICD- und OPS-Codes auf Codes der Zielversion. Dabei werden auch nicht-terminale Codes auf terminale Codes gemappt. Dasselbe gilt auch für nicht-terminale Codes, die bereits in der Zielversion vorliegen. Die weiteren Prüfungen werden dann mit den gemappten Codes durchlaufen.

In Einzelfällen werden auch ICD- und OPS-Codes bewusst auf andere gemappt, obwohl sie noch gültig sind. Dies ist z.B. der Fall bei OPS-Codes für die Reposition von Frakturen mit Materialkombinationen, da diese Codes ab 2012 zwar noch gültig, aber nicht mehr gruppierungsrelevant sind. Um die Kompatibilität von Fällen aus Vorjahren zu wahren, werden diese Codes auf OPS-Codes für die Reposition von Frakturen mit sonstigen Materialien (5. Stelle x) gemappt, damit sie in dieselbe DRG gruppiert werden wie vorher.

ICD- und OPS-Codes aus neueren Versionen als der eingestellten Zielversion werden nicht gemappt. Für diese Fälle werden auch keine ICD- und OPS-bezogenen Prüfungen durchgeführt.

ICD- und OPS-Codes, die 2016 wegfallen, werden beim Mapping verworfen. ICD- und OPS-Codes, die sich nicht mappen lassen, weil sie keine gültigen Schlüssel sind, werden unter einem entsprechenden Hinweis beibehalten.

Das Mapping kann nicht ausgeschaltet werden.

#### 3.2 Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen

In einer Tabelle werden alle Diagnosen gespeichert, die laut Gruppierungsalgorithmus oder Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose 2014 nicht zulässig sind.

Zu vielen unzulässigen Hauptdiagnosen ist eine Liste von Diagnosen hinterlegt, die stattdessen Hauptdiagnose sein sollten (Ersatzdiagnose). Zusätzlich können weitere Bedingungen hinterlegt sein (z.B. Diagnose Z49.1 ist nur als Hauptdiagnose unzulässig, wenn die Verweildauer größer ist als 1 Tag).

Casecheck 2016 prüft, ob die Hauptdiagnose eines Falls eine solche unzulässige Hauptdiagnose ist, und, wenn Bedingungen vorhanden sind, ob diese erfüllt sind. Wenn ja, durchsucht case16 die Nebendiagnosen nach Ersatzdiagnosen. Die in der Reihenfolge erste Diagnose, die zum Suchmuster der Ersatzdiagnosen passt, wird dabei als neue Hauptdiagnose angesehen und mit der bisherigen Hauptdiagnose





vertauscht. Findet sich keine Ersatzdiagnose, wird, sofern die entsprechende Option eingeschaltet ist, als Hauptdiagnose ein neuer Code eingefügt.

Auf diese Weise werden abgehandelt:

- Strahlentherapie (Z51.0 und Z51.82) und Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen (Z51.1), Ersatzdiagnose bösartige Neubildung
- sonstige Chemotherapie (Z51.2), Ersatzdiagnose HIV, Bindegewebserkrankung (z.B. systemischer Lupus erythematoses) oder bösartige Neubildung
- Apherese (Z51.81), Ersatzdiagnose Hypercholesterinämie, neurologische Erkrankung (z.B. Myasthenia gravis) oder bösartige Neubildung
- Folgen eines Schlaganfalls (I69.-), Ersatzdiagnose Hemiplegie, Sprachstörung, Gesichtsfelddefekte, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz oder Dysphagie
- Folgen einer Infektionskrankheit, Ernährungsstörung oder Verletzung, i.d.R. keine Ersatzdiagnose
- anogenitale Warzen (A63.0), Ersatzdiagnose sonstige näher bezeichnete Krankheit Anus und des Rektums, der Cervix uteri, der Vagina, der Vulva und des Perineums oder des Penis
- alter Myokardinfarkt (I25.2-), Ersatzdiagnose sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25.8)
- Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung (I67.80!), Ersatzdiagnose Subarachnoidalblutung
- Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung (Z47.0), Ersatzdiagnose die ursprüngliche Verletzung (Fraktur oder Luxation)
- Überwachung einer normalen Schwangerschaft und Risikoschwangerschaft (Z34 und Z35.-), Ersatzdiagnose jede Schwangerschaftskomplikation
- Aufnahme zur Dialyse (Z49.1 und Z49.2), Ersatzdiagnose Niereninsuffizienz, wenn die Verweildauer mehr als 1 Tag beträgt, ansonsten Ersatzdiagnose Z49.1 statt Z49.2
- Akutes HIV-Infektionssyndrom (B23.0), Ersatzdiagnose verschiedene Symptome aus Basis-DRG S65
- Asymptomatische HIV-Infektion (Z21), Ersatzdiagnose HIV-Krankheit (B20, B21, B22, B23.8, B24)
- angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen (Q87.1), keine Ersatzdiagnose
- erfolgte Registrierung zur Organtransplantation (Z75.6- und Z75.7-) für Leber, Niere, Pankreas und Herz, Ersatzdiagnose verschiedene Indikationen zur jeweiligen Transplantation
- Sekundärtumoren (Metastasen, C77.- bis C79.-), wenn der Patient zur systemischen Chemotherapie oder Ganzkörper-Strahlentherapie aufgenommen wurde. Wenn eine solche Prozedur (8-523.4, 8-530.2, .5, .6, .7, .9, 8-531, 8-542.-, 8-543.-, 8-544.-, 8-547.0, .1, .2) und keine operative Prozedur, die mit ,5' beginnt, vorhanden ist, der Sekundärtumor Hauptdiagnose und eine Diagnose für einen Primärtumor (C00.- bis C76.- C80.- bis C97) Nebendiagnose ist, macht CaseCheck 2013 den Primärtumor



zur Hauptdiagnose. Ist kein Primärtumor als Nebendiagnose vorhanden, wird C80.0 als Hauptdiagnose eingefügt.

- weitere Sekundärdiagnosen (\* und !-Diagnosen), Ersatzdiagnose Primärdiagnose, sofern aus dem Diagnosetext erkennbar, ansonsten keine Ersatzdiagnose
- folgende Codes für Vergiftung, sofern einer der als Symptom angegebenen Codes vorhanden ist. Ist kein Code für ein solches Symptom vorhanden, werden die Diagnosen nicht vertauscht.

Vergiftung	Bezeichnung	Symptom	Bezeichnung
T39.1	Vergiftung durch Paracetamol	K71.- K72.0	Toxische Leberkrankheit Akutes und subakutes Leberversagen
T40.1 T40.2	Vergiftung durch Heroin Vergiftung durch Opioide	J96.0-  R09.2 R40.0 R40.1 R40.2	akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Atemstillstand Somnolenz Sopor Koma
T42.3 T42.4 T42.6  T42.7	Vergiftung durch Barbiturate Vergiftung durch Benzodiazepine Vergiftung durch sonstige Antiepileptika, Sedativa und Hypnotika Vergiftung durch n. n. bez. Antiepileptika, Sedativa und Hypnotika	R40.0 R40.1 R40.2	Somnolenz Sopor Koma
T45.5	Vergiftung durch Antikoagulanzen	D68.30	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen
T46.0	Vergiftung durch Herzglykoside	I44.0 bis I44.3	AV-Block
T58	Vergiftung durch Kohlenmonoxid	J96.0-  R06.0	akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert Dyspnoe
T59.-	Vergiftung durch sonstige Gase, Dämpfe oder sonstigen Rauch	J68.-	Krankheiten der Atmungsorgane durch Einatmen von chemischen Substanzen, Gasen, Rauch und Dämpfen

- offene Wunden (S01.- bis S91.- 3. Stelle 1, T01.-), wenn eine der Komplikationen Sepsis (A02.1, A26.7, A28.2, A32.7, A39.2, .3, .4, A40.-, A41.-, B00.7, B37.7, P36.-), Wundrose (A46), Phlegmone (L03.- 4. Und 5. Stelle passend zur Lokalisation der Wunde) oder posttraumatische Wundinfektion (T79.3) vorhanden ist. Wenn nicht werden die Diagnosen nicht vertauscht.

### 3.3 Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose

In einer Tabelle sind Diagnosen gespeichert, die Hauptdiagnose sein sollten, wenn sie als Nebendiagnose vorkommen. Zusätzlich können Bedingungen hinterlegt sein. case16 durchsucht die Nebendiagnosen eines Falls nach solchen Diagnosen. Findet sich eine solche Diagnose, die nicht identisch mit der Hauptdiagnose ist, und sind die



Bedingungen, sofern vorhanden, erfüllt, werden Haupt- und Nebendiagnose vertauscht.

Auf diese Weise werden abgehandelt:

- Untersuchung eines potenziellen Organspenders (Z00.5), Bedingung keine Organspende

### **3.4 Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur**

In einer Tabelle sind Prozeduren gespeichert, die für die eine bestimmte Diagnose vorhanden sein muss. Dies kann entweder eine Haupt- oder Nebendiagnose sein. Zu jeder Prozedur wird die Diagnose hinterlegt sowie die Information, ob sie Haupt- oder Nebendiagnose sein soll, evtl. zusätzliche Bedingungen und der Diagnosecode, der eingefügt wird, falls keine der gesuchten Diagnosen vorhanden ist. case16 durchsucht den Fall nach solchen Prozeduren. Wenn eine Prozedur vorhanden ist, aber keine passende Diagnose oder – im Fall der Hauptdiagnose – die passende Diagnose nur als Nebendiagnose, und die Bedingungen, sofern vorhanden, erfüllt sind, wird die Diagnose geändert: Entweder werden Haupt- und Nebendiagnose vertauscht oder die neue Diagnose wird als Haupt- bzw. Nebendiagnose eingefügt.

Auf diese Weise werden abgehandelt:

- Fremdspende von Knochenmark, neue Hauptdiagnose Z52.3, keine Bedingung
- Fremdspende von Stammzellen, neue Hauptdiagnose Z52.01, keine Bedingung
- Beidseitige Operationen von Leisten- und Schenkelhernien, neue Hauptdiagnose beidseitige Hernie (K40.20 oder K41.2), Bedingung Hauptdiagnose Leisten- oder Schenkelhernie und keine zwei Diagnosen für einseitige Leisten- oder Schenkelhernie
- Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Tage, erfordert Nebendiagnose für den Grad der motorischen oder kognitiven Funktionseinschränkung (U50.- oder U51.-), keine Bedingung
- Trennung siamesischer Zwillinge, neue Hauptdiagnose Q89.4 siamesische Zwillinge

### **3.5 Einfügen neuer Prozeduren**

Mit jeder Version werden neue OPS-Codes eingeführt, die mitunter gleich im ersten Jahr gruppierungsrelevant sind. Da Fälle aus den Vorjahren diesen OPS-Code noch nicht enthalten können, ist es für solche Fälle meist nicht möglich, die durch die neuen OPS-Codes ausgelösten DRGs zu erreichen. Dies ist bestenfalls noch mit dem Übergangsgrouper möglich, wo an Stelle der neuen OPS-Codes andere Kriterien verwendet werden, nicht aber mit dem eigentlichen Grouper eines Jahres. Da die OPS-Codes Prozeduren beschreiben, die bisher nur unzureichend codierbar waren, ist es meistens nicht möglich, Kriterien zu definieren, um die neuen Codes auch bei älteren Fällen automatisch einzufügen, ohne Upcoding zu betreiben. Aus diesem Code handelt case16 nur wenige neue OPS-Codes auf diese Weise ab, wie



- „Stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste zur Organtransplantation“ mit einer Verweildauer von mindestens 30 Tagen (8-97a.2- bis 8-97a.4-). Diese Codes werden eingefügt, wenn eine passende Diagnose „erfolgte Registrierung zur Organtransplantation“ mit Dringlichkeitsstufe urgency oder high urgency vorhanden ist (Diagnosen 2007 Z75.21, .22, Z75.70 bis .76, Diagnosen 2011 U50.11, .12, .21, .22, .31, .33, Z75.21, .22, Z75.70, .74, .75, .76) und die Verweildauer mindestens 30 Tage beträgt. Je nach Diagnose wird der OPS-Code für das entsprechende Organ benutzt.
- Hybridchirurgie bei Kindern. Der Code 5-98a.0 wird hinzugefügt, wenn der Fall je eine Prozedur aus 5-35 bis 5-37 (Operation am Herzen) und 8-836.- bis 8-838 (perkutan-transluminale Gefäßintervention) enthält und das Alter des Patienten unter 16 Jahren liegt.
- Stationäre Behandlung vor Entbindung. Bei einer Aufenthaltsdauer von der Aufnahme bis zur Entbindung von mindestens 14 Tagen wird der OPS-Code 9-280.2 (Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, Mindestens 14 bis höchstens 27 Tage) eingefügt. Der Entbindungstag wird aus dem kleinsten OP-Datum aller Prozeduren mit den Codes 5-72\*, 9-260 oder 9-261 ermittelt. Ist der Aufenthalt bis zur Entbindung länger als 27 Tage, wird dennoch Prozedur 9-280.2 eingefügt, da dies von der Gruppierung her keinen Unterschied macht.
- AB0-inkompatible Nierentransplantation. Bei Vorhandensein der OPS-Codes für Nierentransplantation (5-555.\*) und Immunadsorption (8-821.\*) wird der OPS-Codes für AB0-inkompatibles Transplantat (5-930.21) eingefügt.

### 3.6 Korrektur des Entlassungsgrundes

Da in G-DRG 2016 der Entlassungsgrund zwei- oder dreistellig mit führender Null angegeben werden muss, wandelt case16 andere Formate in das benötigte Format. In Abhängigkeit vom Format der Ausgangsdatei wird unterschiedlich gewandelt. Dies wird mit Hilfe des Parameters EGRFORMAT in der ini-Datei beschrieben:

- Ist EGRFORMAT = 2, bedeutet dies, dass die Eingangsdatei den Entlassungsgrund zweistellig enthält. Alle einstelligen Werte werden in zweistellige mit führender Null umgewandelt.
- Ist EGRFORMAT = 3, bedeutet dies, dass die Eingangsdatei den Entlassungsgrund dreistellig enthält. Alle zweistelligen Werte werden in dreistellige mit führender Null umgewandelt. Der Grouper benutzt davon nur die ersten zwei Stellen.
- Ist EGRFORMAT = 4, wird eine automatische Erkennung des tatsächlich gewünschten Wertes angestrebt. case16 wandelt die Werte folgendermaßen:

Eingangswert	Ausgangswert
1	01
2	02
3	03
4	04
5	05
6	06
7	07



8	08
9	09
10	10
11	011 (nicht 11)
12	012 (nicht 12)
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	019 (nicht 19)
20	20
21	021 (nicht 21)
22	022 (nicht 22)
29	029
31	031
32	032
39	039
41	041
42	042
49	049
59	059
69	069
79	079
89	089
99	099

Dreistellige Werte und alle anderen hier nicht aufgeführten Werte bleiben unverändert.

### **3.7 Erkennung leerer Einträge in den Feldern 1-Belegungstag und Aufnahmegewicht**

Ab G-DRG 2005 werden im Gegensatz zu 2003 Felder, die leer sind, nicht wie Felder mit Wert 0 behandelt, sondern wie Felder mit nicht-numerischem Inhalt und damit als ungültige Werte behandelt. Während dies für die meisten Felder keine großen Auswirkungen hat, da der Wert 0 entweder ungültig ist oder durch einen Standardwert ersetzt wird, ist für die Felder "1 Belegungstag" (Sameday-Flag) und Aufnahmegewicht 0 ein gültiger Wert. Fälle mit leeren Einträgen würden daher im Gegensatz zu Fällen, in denen dieses Feld auf 0 steht, möglicherweise in eine Fehlergruppe gruppiert.

Deshalb wird in den Fällen, in denen diese Felder leer sind, der Wert der Felder jeweils auf 0 gesetzt.



### 3.8 Korrektur des Aufnahmearlasses

Der Aufnahmearlass „K“ (Verlegung aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation“) existiert 2016 nicht mehr, da die Kooperation für die Abrechnung nicht mehr relevant ist. Deshalb wird er in den Wert „V“(Verlegung aus einem anderen Krankenhaus mit Aufenthalt dort länger als 24 Stunden) gewandelt, was von der Gruppierung her äquivalent ist.

Darüber hinaus wird der Aufnahmearlass „A“ für die Verlegung aus einem Krankenhaus mit einem Aufenthalt dort von höchstens 24 Stunden, der im Gegensatz zum Aufnahmearlass „V“ für die DRG P60B nicht gruppierungsrelevant ist, unter bestimmten Umständen in den Wert „V“ gewandelt. Laut „technischer Klarstellung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur korrekten Abrechnung der P60B“ darf der Aufnahmearlass „A“ nur bei §21-Daten, die an das InEK übermittelt werden, gesetzt werden, während zur Gruppierung für die Abrechnung statt dessen der Aufnahmearlass „V“ angegeben werden muss, auch dann, wenn der Patient im verlegenden Krankenhaus 24 Stunden oder weniger blieb.

Das Dokument bezieht sich aber nur auf die DRGs P60B und P60C. Über andere DRGs enthält es keine Informationen. Da verschiedene Programme, z.B. GetDRG, den Aufnahmearlass zur Berechnung des Abschlags wegen Verlegung heranziehen, kann der Aufnahmearlass nicht bedenkenlos bei allen Fällen verändert werden.

case16 wandelt deshalb, wenn die entsprechende Option gesetzt ist, den Aufnahmearlass „A“ in den Aufnahmearlass „V“ um, wenn es sich um Neugeborenenfälle aus der DRG P60C handelt. CaseCheck zieht nicht die DRG, sondern die Kriterien, die in diese DRG führen, heran. Danach wandelt CaseCheck den Aufnahmearlass, wenn

- die Verweildauer < 5 Tagen ist und
- der Entlassungsgrund Verlegung ist (,06', ,08' oder ,16' bis ,21') und
- keine Prozeduren, die mit ,1-5', ,5', 8-835 bis ,8-838', ,8-83c' oder ,8-84' beginnen (als Ersatz für die ohne Grouper nicht erkennbaren OR-Prozeduren), ausgenommen 5-432.x, .y, (andere Operationen am Pylorus)m 5-530.0-, .1, .2, .3, .5, .5, .7, .x, .y (Verschluss einer Hernia inguinalis) oder 5-640.2, .3, .5 (Zirkumzision) vorhanden sind.

Dies ist vor allem für §21-Daten, die zur Gruppierung bestimmt sind, von Bedeutung.

### 3.9 Prüfung des Alters in Tagen

Das Alter spielt eine wichtige Rolle bei der Gruppierung aller Fälle. Ohne Altersangabe kann kein Fall gruppiert werden. In Altfällen ist jedoch das Alter in Tagen bei Neugeborenen oft nicht versorgt.

Deshalb wird, das Alter in Tagen, wenn es den Wert 0 hat, mit dem Wert 1 versorgt, wenn im Fall eine Diagnose für Neugeborene vorkommt.

### 3.10 Ausgabe von Zusatzentgelten

Um für die Budgetverhandlungen 2016 auch voraussichtliche Zusatzentgelte zu kalkulieren oder für Fälle aus 2016 die abrechenbaren Zusatzentgelte zu ermitteln, erzeugt case16 für die Zusatzentgelte, die sich aus den OPS-Codes ergeben, eine eigene Datei case16ze.txt. Diese befindet sich im Basisverzeichnis und kann



anschließend mit Excel oder einem anderen Programm weiterverarbeitet werden. Für jedes mögliche Zusatzentgelt wird eine Zeile ausgegeben. Eine Zeile hat folgenden Aufbau:

<IK> <Fall-Nr.> <ZE-ID> <ZE-Bezeichnung> <Anzahl> <Einzelbetrag> <OPS1> <OPS2>

Die Felder sind, wenn §21-Format verarbeitet wird, durch Semikolon getrennt, bei frei konfigurierbarem Format durch das im Abschnitt FT der Konfigurationsdatei angegebene Zeichen; bei Format mit fester Zeilenlänge werden alle Felder ohne Trennzeichen aneinandergereiht, wobei jedes Feld eine feste Länge hat und mit Blanks aufgefüllt wird. Der Einzelbetrag ist nur bei Zusatzentgelten nach Anlage 2 (und 5) der FPV 2015 angegeben, bei krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelten nach Anlage 4 (und 6) ist er leer. Im ersten Fall wird als Dezimaltrennzeichen das Komma ausgegeben, es sei denn, die Konfigurationsdatei des frei konfigurierbaren Formats enthält im Abschnitt KONF ein anderes Zeichen. Das Feld OPS1 gibt den ersten OPS-Code im Fall wieder, der das Zusatzentgelt auslöst. Erfordert ein Zusatzentgelt 2 OPS-Codes, enthält das Feld OPS2 den zweiten maßgeblichen Code.

Da nicht für alle Zusatzentgelte 2016 auch 2015 ein passender OPS-Code zur Verfügung steht, werden in der Zielversion 2015 nur die Zusatzentgelte erfasst, deren OPS-Code 2016 auch 2015 existiert oder sich mappen lässt. In der späteren Version 2016 werden dagegen alle Zusatzentgelte erfasst, für die ein OPS definiert ist.

Die Anzahl ergibt sich jeweils aus der Anzahl passender OPS-Codes im Fall. Nur Zusatzentgelte, für die sich eine Anzahl von mindestens 1 ergibt, werden ausgegeben.

Wenn der Fall nach DRG abgerechnet wird, gibt case16 Zusatzentgelte für G\_DRG aus. Wenn er dagegen nach BpflV abgerechnet wird, erzeugt case16 Zusatzentgelte für PEPP.

### **3.11 Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen bei DRG-Fällen**

Nach FPV sind Krankenhausaufenthalte unter bestimmten Voraussetzungen zusammenzufassen und als Gesamtfall mit einer DRG abzurechnen, sofern innerhalb der oberen Grenzverweildauer oder der 30-Kalendertage-Frist eine Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus erfolgt.

Das BMG hat für die für die Anwendung der Wiederaufnahmeregelung Leitsätze erstellt und veröffentlicht.

**Diese Funktion greift nur, wenn die Patientenummer in den Falldaten enthalten ist.** Beim §21-Format ist die Patientenummer das Feld 17 in der Datei fall.csv. Bei Benchmark-Formaten müssen für die Fallzusammenführung mindestens folgende Felder im Eingabedatensatz vorhanden und konfiguriert sein:

IKKH x      9      1      IK des Krankenhauses



FALL x	15	1	Fallnummer
VNUM x	15	1	Patientennummer

Nur Fälle, deren Entgeltbereich = „DRG“ ist, werden zusammengeführt. Bei §21-Daten ist dies das Feld 3 in der Datei fall.csv. Bei Benchmark-Formaten ist entweder das Feld ABR oder das Feld EBR maßgeblich. Ist keines der Felder vorhanden, gelten alle Fälle als DRG-Fälle.

Für diese Funktion muss der Grouper GetDRG auf dem Zielsystem installiert sein.

Die FPV sieht eine unterschiedliche Behandlung von Rückverlegungen und Wiederaufnahmen vor. case16 berücksichtigt nur die Wiederaufnahmen, weil Rückverlegungen auf Basis von §21-Daten und Benchmark-Daten nicht sicher erkennbar sind.

case16 erkennt die Wiederaufnahmen wie folgt:

Während der anderen CaseCheck-Prüfungen werden alle Fälle gruppiert und zu allen Fällen die Felder IK, Fallnummer, Patientennummer, Aufnahmetag, Aufnahmegrund, DRG, MDC und Ausnahme von der Wiederaufnahme in eine Speicherliste eingetragen.

Die Speicherliste wird nach Patientennummer und Aufnahmetag sortiert. Danach wird für jeden Fall nach Fällen in der Zukunft gesucht, die nach den Bestimmungen der FPV zusammengeführt werden müssen. Da case16 Fälle, die wegen Komplikation zusammengeführt werden, nicht erkennen kann, berücksichtigt es solche Fälle nur, wenn der zeitlich spätere Fall den Aufnahmegrund „07“ = „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“ hat.

Anschließend werden nochmals alle Fälle aus der Eingangsdatei gelesen. Sind Fälle zusammenzufassen, werden die Falldaten aus diesen Fällen zu einem Fall zusammengefasst, so in die Ausgangsdatei(n) geschrieben und nochmals gruppiert. Alle anderen Fälle werden unverändert in die Ausgangsdatei übernommen.

Beim Zusammenfassen zu einem Fall werden folgende Informationen neu versorgt:

- Die Diagnosen aus den Folgefällen werden zum ersten Fall hinzugefügt, doppelte Diagnosen werden entfernt. Die Hautdiagnose bleibt die Hauptdiagnose des ersten Falles.
- Prozeduren aus den Folgefällen werden zum ersten Fall hinzugefügt.
- Fachabteilungen aus den Folgefällen werden hinzugefügt. Für die Lücke(n) wird die Pseudoabteilung 0002 hinzugefügt.
- Der Entlassungstag und der Entlassungsgrund werden auf den Entlassungstag des letzten Folgefalls gesetzt.
- Die Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung werden aufsummiert und um die Lücke(n) erhöht.
- Die Beatmungstunden aller Fälle werden addiert.





Ist in der Konfigurationsdatei der Parameter AUSGABEDATEI enthalten, wird zusätzlich eine Datei mit folgenden Feldern und Feldtrennzeichen Semikolon erzeugt:

Pos	Feldbeschreibung	Erläuterungen
1	IK	
2	KH-Internes-Kennzeichen	
3	Zuordnung zu KH-Internes-Kennzeichen	beim ersten Fall wird dieses Feld nicht versorgt, bei den Folgefällen mit dem KH-Internes-Kennzeichen des ersten Falls
4	Kennzeichen Zusammenfassung	0=keine Zusammenfassung 1=Kennzeichnung im Katalog als "Ausnahme von Wiederaufnahme", keine Komplikation, daher keine Zusammenfassung 2=Wiederaufnahme innerhalb oGVD und selber Basis-DRG, keine gekennzeichnete DRG 3=Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen, gleiche MDC, erste DRG aus Partition M oder A zweite aus O 4=Wiederaufnahme wegen Komplikation innerhalb oOGVD 5=Rückverlegung (kommt nicht vor)
5	Anzahl zusammengefasster Fälle	bei dem ersten Fall > 1 bei einem Folgefall = 0 wenn keine Zusammenfassung = 1
6	DRG vorher	
7	DRG nachher	
8	Tage vorher	
9	Tage nachher	
10	PCCL vorher	
11	PCCL nachher	
12	Relativgewicht vorher	
13	Relativgewicht nachher	
14	Zuschlagstage Langlieger vorher	
15	Zuschlagstage Langlieger nachher	
16	Abschlagstage Kurzlieger vorher	
17	Abschlagstage Kurzlieger nachher	
18	Abschlag Verlegungen vorher	
20	Abschlag Verlegungen nachher	
21	Effektivgewicht vorher	
22	Effektivgewicht nachher	

Die Funktion ist nur in case 15 plus verfügbar.

### 3.12 Fallzusammenführung bei psychiatrischen Fällen

Da im Rahmen der Entgeltverhandlungen für PEPP die Fälle eines Krankenhauses aus dem aktuellen Jahr (hier 2015), gruppiert nach PEPP in der Version des zu verhandelnden Jahres (hier 2016) benötigt werden und gerade im psychiatrischen Bereich die Fallzusammenfassung eine wichtige Rolle spielt, bietet case16 auch die Möglichkeit, mehrere psychiatrische Fälle analog zu somatischen (DRG-)Fällen zu einem Fall zusammenzufassen. Da die voraussichtlichen Kriterien unabhängig von der Gruppierung, sondern nur abhängig von Aufnahme- und Entlassungstag sind, ist dafür kein Grouper erforderlich. Die Funktion steht deshalb sowohl in case16 als auch in case16 plus zur Verfügung.



Der Ablauf ist derselbe wie bei DRG: Während der Prüfungen werden alle psychiatrischen Fälle, deren Entgeltbereich = PSY ist, mit den Feldern IK, Fallnummer, Patientenummer, Aufnahmezeitpunkt, Entlassungszeitpunkt und Aufnahmegrund in eine Speicherliste, die separat von der für DRG-Fälle ist, eingetragen. Diese Speicherliste wird anschließend nach Patientenummer und Aufnahmezeitpunkt sortiert. Danach wird für jeden Fall nach Fällen in der Zukunft aus demselben Krankenhaus gesucht, deren Aufnahmezeitpunkt höchstens 21 Tage nach dem Entlassungszeitpunkt, aber nicht weiter als 120 Tagen nach dem Aufnahmezeitpunkt des Falls liegt. Fälle aus unterschiedlichen Jahren werden nicht zusammengefasst, ebenso wenig vollstationäre mit teilstationären Fällen. Auf diese Weise wird aus mehreren Fällen 1 Fall erzeugt, dessen Daten wie in Punkt 3.11 beschrieben ermittelt werden.

### **3.13 Fallsplit bei psychiatrischen Dialysepatienten**

Für Patienten aus psychiatrischen Fällen, die während des Krankenhausaufenthaltes dialysiert werden, müssen nach PEPPV 2013/PEPPV 2014/PEPPV 2015/ PEPPV 2016 zwei Fälle angelegt werden: ein psychiatrischer nach PEPP ohne die Dialyse und ein somatischer, teilstationärer nach G-DRG, der die Dialyse enthält.

case16 splittet psychiatrische Fälle, die eine Prozedur für Dialyse enthalten, in einen psychiatrischen Fall ohne die OPS-Codes für Dialyse und einen zusätzlichen Fall mit der Dialyse. Dieser enthält

- als Fallnummer die Fallnummer des bisherigen Falls, erweitert um „\_1“
- als Abrechnungsart „DRG“
- als Aufnahmegrund 03 = teilstationär; die 3. und 4. Stelle werden aus dem Originalfall übernommen.
- als Hauptdiagnose den ICD-Code für Niereninsuffizienz oder, wenn der Fall keinen solchen Code enthält, zusätzlich den ICD-Code Z49.1. Die übrigen Diagnosen werden als Nebendiagnosen aus dem Originalfall übernommen.
- als Prozeduren alle Prozeduren für Dialyse aus dem Originalfall
- als Tage ohne Berechnung die Anzahl Tage, an denen keine Dialyse stattfand.

Diagnosen und Prozeduren für Dialyse sind eigenen Dateien (s.u.) hinterlegt. Um Probleme mit der Sortierung bei Daten im §21-Format zu vermeiden, werden die Fälle erst im dem Lauf, in dem auch die Fälle zusammengefasst werden, gesplittet.

## **4 Verarbeitungsprotokoll**

Alle Veränderungen werden in der Datei **case16.log** fallbezogen protokolliert.

Alle Hinweise werden in der Datei **case16h.log** fallbezogen protokolliert. Dies gilt sowohl für Hinweise aus der dafür vorgesehenen Prüfung als auch für ungültige Diagnosen- und Prozedurencodes, die sich nicht mappen lassen. Fälle mit Hinweisen sollten manuell kontrolliert werden, da hier keine automatische Änderung möglich ist.

In der Datei **case16stat.log** ist darüber hinaus eine Zusammenfassung der Änderungen zu finden.



In der Datei **case16ze.txt** werden die möglichen abrechenbaren Zusatzentgelte ausgegeben.

Alle vier Dateien werden im Basisverzeichnis (Standard = C:\Programme\case16) angelegt und bei jedem Aufruf überschrieben. Sie können im Dialogprogramm mit Hilfe des Menüpunkts "Protokolle" angesehen werden.

## 5 einstellbare Parameter und Konfiguration der Eingangsformate

### 5.1 einstellbare Parameter

In der Parameterdatei (Standard = case16.ini) können folgende Parameter eingestellt werden:

Parameter	Werte/ Standard	Beschreibung
ICDVERS	2015, 2016 2015	ICD-/OPS Version 2015 = ICD und OPS von 2015 2016 = ICD und OPS von 2016
PRHDIAU	J,N N	Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen aktiviert J=Ja, N=Nein
IHDIA	J,N N	Versorgung der Hauptdiagnose, auch wenn die Ersatzdiagnose nicht als Nebendiagnose vorhanden ist. J=Ja, N=Nein
PRHDIAP	J,N N	Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur aktiviert J=Ja, N=Nein
PRHDIAN	J,N J	Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose aktiviert J=Ja, N=Nein
PROPSDX	J,N N	Einfügen neuer Prozeduren (stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste vor Organtransplantation) in Abhängigkeit von einer Diagnose aktiviert J=Ja, N=Nein
PROPSDIAH	J,N N	Einfügen neuer Prozeduren in anderen Fällen (2010 Hybridchirurgie bei Kindern) aktiviert J=Ja, N=Nein
PREGR	J,N N	Umwandlung des Entlassungsgrundes aktiviert J=Ja, N=Nein
EGRFORMAT	2,3,4 0	Art der Umwandlung des Entlassungsgrundes 2 = einstellig auf zweistellig mit führender Null 3 = zweistellig auf dreistellig mit führender Null 4 = optimiert
PRLEER	J,N N	Umwandlung leerer Felder 1-Belegungstag und Aufnahmegewicht in 0 aktiviert J=Ja, N=Nein
PRAUFANLK	J,N N	Korrektur des Aufnahmeanlasses „K“ aktiviert J=Ja, N=Nein
PRAUFANLA	J,N N	Korrektur des Aufnahmeanlasses „A“ aktiviert J=Ja, N=Nein
PRALERTAGE	J,N N	Prüfung des Alters in Tagen aktiviert J=Ja, N=Nein
PRZE	J,N N	Prüfung auf Zusatzentgelte aktiviert J=Ja, N=Nein
PRSPLITDIA	J,N	Prüfung auf Fallsplit bei psychiatrischen Dialysepatienten



	N	J=Ja, N=Nein
PRZUSAMMENF	J,N N	Prüfung auf Zusammenfassung von DRG-Fällen aktiviert J=Ja, N=Nein
PRZUSAMMENFPSY	J,N N	Prüfung auf Zusammenfassung von psychiatrischen Fällen aktiviert J=Ja, N=Nein
AUSGABEDATEI	<i>Dateipfad</i>	Name (Pfad) der Ausgabedatei für Gruppierungs- und Zusammenfassungsinformation pro Fall Leer = nicht ausgeben

## 5.2 Liste der Dateien für case16

Folgende Dateien benötigt case16. Sie müssen im Casecheck-Verzeichnis vorhanden sein. Die Datei case16.dll kann in das Systemverzeichnis gelegt werden.

Beschreibung	Datei
DLL mit Verarbeitungsfunktionen für CaseCheck	case16.dll
Hauptprogramm	case16b.exe
Dialogoberfläche	case16vb.exe
Datei mit den einstellbaren Parametern für CaseCheck	case16.ini
Liste aller ICD-Schlüssel aller Versionen mit Angabe terminal/nicht terminal und Mapping auf terminale Schlüssel bei nicht terminalen Schlüsseln	ticdver.txt
Liste aller OPS-Schlüssel aller Versionen mit Angabe terminal/nicht terminal und Mapping auf terminale Schlüssel bei nicht terminalen Schlüsseln	topsver.txt
Liste der ICD-Schlüssel, die innerhalb derselben Version gemappt werden	ticd-14.txt ticd-15.txt
Liste der optionalen OPS-Schlüssel, die zum Gruppieren in amtliche gemappt werden	tops-15.txt (leer) tops-16.txt (leer)
Liste der OPS-Schlüssel, die in Abhängigkeit von Diagnoseschlüsseln gemappt werden	ticdopsmap-14-15.txt ticdopsmap-15-16.txt
Daten für die Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen	thdiau-15.txt thdiau-16.txt
Daten für die Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur	thdiap-14-15.txt thdiap-15-16.txt
Daten für die Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose	thdian-14.txt thdian-15.txt
Daten für die Einfügung neuer OPS-Schlüssel in Abhängigkeit von einer Diagnose	topsdx-14-15.txt topsdx-15-16.txt
Daten für die Ausgabe eines Hinweises	topsdiah-14-15.txt topsdiah-15-16.txt
Liste der Diagnosen für Neugeborene unter 1 Jahr	tdiane-14.txt tdiane-15.txt
Liste der Indikationen (Diagnosen) für Dialyse	ticddialyse-15.txt ticddialyse-16.txt
Liste der Prozeduren für Dialyse	topsdialyse-15.txt topsdialyse-16.txt
Daten OPS-Bedingungen für Zusatzentgelte	tzebbeding-15.txt oder



	tzebedingplus-15.txt tzebeding-16.txt tzebedingplus-16.txt	oder
Bedingung für die Erkennung der DRGs P60B/C	tp60beding-15.txt tp60beding-16.txt	
Konfigurationsdatei zur Gruppierung im Rahmen der Zusammenführung von Wiederaufnahmen	inek.ini	

Zusätzlich muss beim frei konfigurierbaren Format eine Datei mit der Beschreibung des Eingangsdatensatzes (Konfigurationsdatei, s.u.) mit einem beliebigen Namen vorhanden sein.

### 5.3 Konfiguration der Eingangsformate

Die Konfiguration der Eingangsdatensätze wird in einer Datei hinterlegt.

Die Konfigurationsdatei enthält die Abschnitte:

- FT,WT,KT und ST - für die Feldtrenner bei variabler Satzlänge
- IN - für die Beschreibung der Eingangsdaten
- OUT - für die Beschreibung der Ausgangsdaten
- KONF (optional) - für die Beschreibung der Optionen

Die Abschnitte sind durch die Zeichenfolgen „FT“, „IN“, „OUT“ und „KONF“ am Beginn einer Zeile festgelegt. Dem Abschnitt „FT“ folgt direkt durch TAB oder Leerzeichen getrennt in der gleichen Zeile das gewünschte Trennzeichen, ebenso den optionalen Abschnitten WT, KT und ST.

Trenner	Beschreibung	Optional bei Format mit Feldtrennern
FT	Feldtrenner FT=; Beispiel: 111111111;1;201201011010	Nein
WT	Wiederholungstrenner bei Feldgruppen mit variabler Anzahl WT=~ Beispiel: 5-530.7x:L:20120101~5-520.1x:L:20120101	Ja
KT	Komponententrenner KT=^ Beispiel: M79.70^000	Ja
ST	Subkomponententrenner Standard=: Beispiel: 5-530.7x:L:20120101	Ja



In den Abschnitten „IN“ und „OUT“ ist pro Datenfeld/Datenfeldgruppe eine Zeile anzugeben. Jede Zeile enthält folgende Informationen mit TAB getrennt:

- Feldtoken: eindeutiger Feldname/Gruppenamen
- Startposition: bei fester Satzlänge Position innerhalb des Datensatzes; bei variabler Satzlänge laufende Nummer des Feldes, jeweils beginnend mit 1
- Länge: bei fester Satzlänge Länge des Feldes, bei variabler Satzlänge maximale Länge
- Anzahl der Wiederholungen des Datenfeldes
- Format bei Datumsfeldern

Beispiel:

' Feld	Start/FeldNr	Länge	Anzahl	Beschreibung
IN				
IFALL	1	15	1	Fallnummer

Im Abschnitt "KONF" ist pro Parameter eine Zeile anzugeben. Jede Zeile enthält folgende Informationen, mit TAB getrennt:

Feldtoken (eindeutiger Bezeichner für einen bestimmten Parameter)  
Wert des Parameters

Derzeit wird nur die Parameter DEZT und IGDR ausgewertet, alle anderen werden von case16 ignoriert.

Beispiel:

KONF DEZT ,

Die Felder werden in folgendem Format erwartet:

Festes Format:

Zeichenfolgen (char) linksbündig ausgerichtet und mit Leerzeichen aufgefüllt

„Huber“ -> „Huber    “

Numerische Werte (int) rechtsbündig ausgerichtet und Leerzeichen oder 0 aufgefüllt

„1“ -> „001“ oder „   1“

Dezimale Werte (Float) rechtsbündig ausgerichtet, mit Leerzeichen oder 0 aufgefüllt, mit Komma als Dezimaltrennzeichen

„1,5“ -> „001,50“

„-1,5“ -> „-01,50“

Datums- und Zeitfelder werden im Format JJJJMMTT bzw. HHMM erwartet und auch so ausgegeben.

Variables Format:

Zeichenfolgen(char) ohne führende oder endende Leerzeichen

Numerische Werte(int) ohne führende Nullen oder Leerzeichen

Dezimale Werte ohne führende Nullen oder Leerzeichen, mit Komma als Dezimaltrennzeichen



Datums- und Zeitfelder werden im Format JJJJMMTT bzw. HHMM erwartet und auch so ausgegeben.

Die Diagnosen und Operationen werden ohne Sonderzeichen (.+\*!-) verarbeitet und ausgegeben. Wenn im Eingangsdatensatz Sonderzeichen enthalten sind, werden sie entfernt.

**Gruppen mit Unterelementen:**

Die Felder DIA, OPS, FAB, EENT sind Gruppen, die aus mehreren Unterelementen bestehen können. Die Reihenfolge der Unterelemente kann ebenfalls konfiguriert werden.

Das Feld OPS war bereits bisher eine Gruppe mit den Elementen OPS-Code, Lokalisation und OP-Datum (z.B. 553643:L:20120107 ).

Wenn keine Unterelemente definiert sind werden standardmäßig folgende Unterelemente erwartet, die durch Doppelpunkt (:) getrennt sind. Vom Ende her können die Unterelemente leer sein.

Feld	Standard Unterelemente
DIA	ICD-Code
OPS	OPS-Code : Lokalisation : OP-Datum
FAB	FAB-Code : Aufnahmedatum : Entlassungsdatum
EENT	Entgeltschlüssel : Abrechnung von : Abrechnung bis : Anzahl, Tage ohne Berechnung : Entgeltbetrag

Die Unterelemente können mit folgender Schreibweise konfiguriert werden:

Feld	Start	Länge	Anzahl	Format Beschreibung
<b>DIA</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>200</b>	<b>Diagnosen</b>
DCODE	1.1	6	1	ICD-Code
DLOK	1.2	1	1	Lokalisation
<b>OPS</b>	<b>201</b>	<b>19</b>	<b>200</b>	<b>Prozeduren</b>
OCODE	201.1	8	1	OPS-Code
OLOK	201.2	1	1	Lokalisation
OPDAT	201.3	8	1	JJJJMMTT OP-Datum

Beim Gruppenfeld DIA muss die Summe der max. Länge aller Unterelemente plus dem Komponententrenner „:“ angegeben werden. Die Anzahl beim Gruppenfeld DIA gilt für die ganze Gruppe.

Beispiele:

- K40.30:L → 8 Stellen
- 5-530.7x:L:20120101 → 18 Stellen



Die Feldposition (Start) der Unterelemente muss fortlaufend nummeriert werden. Die Feldposition des Gruppenfeldes muss wiederholt werden, gefolgt von einem Punkt und der laufenden Nummer des Unterelements.

In „Länge“ muss die maximale Länge des Unterelements inkl. evtl. Sonderzeichen angegeben werden. Im Zweifelsfall sollte eine größere Länge gewählt werden.

In „Anzahl“ wird Anzahl des Unterelements bezogen auf einen Gruppeneintrag angegeben. Die Anzahl ist in der Regel 1.

Beim nächsten Feld muss die Anzahl aus dem Gruppenfeld zur Feldposition addiert werden.

Für das Gruppenfeld **DIA** können folgende Unterelemente angegeben werden:

Token	Beschreibung
DCODE	ICD-Code
DLOK	Lokalisation
DSICH	Diagnosesicherheit
DAKT	Diagnose ist aktiv J/N

Für das Gruppenfeld **OPS** können folgende Unterelemente angegeben werden:

Token	Beschreibung
OCODE	OPS-Code
OLOK	Lokalsation
OPDAT	OP-Datum mit Angabe des Datumsformats
OAKT	Operation ist aktiv
OPSO	gemappte Prozeduren

Für das Gruppenfeld **FAB** können folgende Unterelemente angegeben werden:

Token	Beschreibung
FSCHL	Fachabteilungsschlüssel
FADAT	Aufnahmedatum in die Fachabteilung mit Angabe des Datumsformats
FEDAT	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Fachabteilung mit Angabe des Datumsformats

Für das Gruppenfeld **EENT (erfasste Entgelte)** können folgende Unterelemente angegeben werden:

Token	Beschreibung
EESCH	Entgeltschlüssel
EENV	Abrechnung von mit Angabe des Datumsformats
EENB	Abrechnung bis mit Angabe des Datumsformats
EENA	Anzahl
EETOB	Tage ohne Berechnung
EEKGW	Kostengewicht





EENBE	Einzel-Entgeltbetrag
-------	----------------------

Folgende Datenfelder können im In-Abschnitt angegeben werden:

Token	Typ	Len	Beschreibung
FALL	int	15	Fallnummer
IKKH	int	9	IK des Krankenhauses
NKK	int	9	Nummer der Krankenkasse
GES	char	1	Geschlecht 1 oder M = männlich 2 oder W = weiblich 3 oder I = unbestimmt 9 oder U = unbekannt
GDAT	char	8	Geburtsdatum im angegebenen Format
ALTJ	int	3	Alter in Jahren
ALTT	int	3	Alter in Tagen (nur wenn das Alter in Jahren = 0)
ATAG	char	8	Aufnahmetag im angegeben Format
AZEI	char	4	Aufnahmeuhrzeit Format = HHMM
ETAG	char	8	Entlassungstag im angegebenen Format
EZEI	char	4	Entlassungszeit Format = HHMM
EGV	int	1	Version des Entlassungsgrundes 1 = deutsche Version des Entlassungsgrundes (Stellen 1+2)
EGR	char	2	Entlassungsgrund 01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG 18 = Rückverlegung



			19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
VWD	int	4	Verweildauer in Tagen
TF	char	1	Tagesfall 1 = Tagesfall 0 = kein Tagesfall
AGW	long	5	Aufnahmegewicht in Gramm
KBE	int	4	Dauer der maschinellen Beatmung in Stunden
FR	char	1	Status der psychiatrischen Zwangseinweisung 1 = unfreiwilliger Aufenthalt, 2 = freiwilliger Aufenthalt bei Nichtangabe: Standard = 2
TOB	int	4	Tage ohne Berechnung = Urlaubstage
UVWD	int	4	unzulässige Verweildauer wird 2003 wie Tage ohne Berechnung behandelt wird 2004 nicht mehr zur Berechnung der Urlaubstage benutzt und sollte daher nicht mehr verwendet werden
DIAB	char	3	Version der Diagnoseschlüssel -1 = ICD10 V1.3 -2 = ICD10 V2.0 -3 = ICD10 GM Version 2004 -4 = ICD10 GM Version 2005 -5 = ICD10 GM Version 2006 -6 = ICD10 GM Version 2007 -7 = ICD10 GM Version 2008 -8 = ICD10 GM Version 2009 -9 = ICD10 GM Version 2010 -10=ICD10 GM Version 2011 -11=ICD10 GM Version 2012 -12=ICD10 GM Version 2013 -13=ICD10 GM Version 2014 -14=ICD10 GM Version 2015 -16=ICD10 GM Version 2016 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
ADIA	char	5	Aufnahmediagnose
DIA	char	Je 5	Diagnosen (wiederholbar) als Gruppe
DCODE	char	Je 5	ICD-Code der Diagnose
DLOK	char	Je 1	Lokalisation der Diagnose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose A = Ausgeschlossene Diagnose Z = symptomloser Zustand
DSICH	char	Je	Diagnosesicherheit



		1	
DAKT	char	1	Diagnose ist aktiv J = ja N = nein
OPSV	char	3	Version der OPS-Schlüssel -1 = OPS V1.1 -2 = OPS V2.0 -3 = OPS V2.1 -4 = OPS Version 2004 -6 = OPS Version 2006 -7 = OPS Version 2007 -8 = OPS Version 2008 -9 = OPS Version 2009 -10=OPS Version 2010 -11=OPS Version 2011 -12=OPS Version 2012 -13=OPS Version 2013 -14=OPS Version 2014 -15=OPS Version 2015 -16=OPS Version 2016 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
OPS	char	Je 17- 19	Prozeduren (wiederholbar) als Gruppe Eine Prozedur besteht aus OPS-Code, Lokalisation und OP Tag, jeweils durch mit Doppelpunkt getrennt, z.B. 553643:L:20060907 <b>Das Format des OP Tag muss angegeben werden und diesem Format entsprechen</b>
OCOD E	char	Je 8	OPS-Code der Prozedur
OLOK	char	je 1	Lokalisation der Prozedur <leer> = keine Lokalisation L = links R = rechts B = beidseitig
OPDA T	char	8	Operationsdatum <b>Das Format des OP Tages muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen</b>
DOP	char	8	Datum der ersten Operation
EENT	Char	je 8	Erfasste Entgelte (wiederholbar) als Gruppe
EESC HL	char	Je 8	Entgeltschlüssel
EENV	char	Je 8	Abrechnungstag von <b>Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen</b>
EENB	char	Je 8	Abrechnungstag bis <b>Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen</b>



EENA	Int	Je 3	Entgeltanzahl
EETO B	Int	Je 3	Tage ohne Berechnung für das Entgelt
EEKG W	float	Je 6,4	Kostengewicht des Entgeltes, sofern vorhanden
EENB E	float	Je 6,2	Entgeltbetrag
ENTD	char	je 33	Daten zu den Entgelten (wiederholbar) - Abrechnung von JJJJMMTT 8 Stellen - Abrechnung bis JJJJMMTT 8 Stellen - Anzahl 3 Stellen - TOB 3 Stellen - Betrag 8,2 = 11 Stellen Statt ENTD sollte EENT verwendet werden
FBTR	float	8,2	Fallkosten
ZBTR	float	4,4	Zuzahlungsbetrag
WKZ	char	3	Währungskennzeichen
FAB	char	je 4	Fachabteilungen (wiederholbar) als Gruppe
FSCH L	char	Je 4	Fachabteilungsschlüssel
FADA T	Char	Je 8	Aufnahmetag in die Fachabteilung <b>Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen</b>
FEDA T	Char	Je 8	Entlassungs- oder Verlegungstag aus der Fachabteilung <b>Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen</b>
DRG	char	4	DRG (falls bereits als Vergleichswert vorhanden)
STA	char	1-2	Kennzeichen für das Land oder Bundesland, in dem das Krankenhaus liegt
KTYP	char	1	Krankenhaustyp
FL01 ... FL40	char	1- 128	beliebiges Feld, das in den Eingabedaten vorkommt, aber für die Gruppierung nicht benötigt wird
GRPV	int	2- 10	Version des Groupers 1.0 = G-DRG Version 1.0 2004 = G-DRG Version 2004 2005 = G-DRG Version 2005 2006 = G-DRG Version 2006 2005/07 = G-DRG Version 2005/07 2006/07 = G-DRG Version 2006/07 2007 = G-DRG Version 2007 2006/08 = G-DRG Version 2006/08 2007/08 = G-DRG Version 2007/08 2008 = G-DRG Version 2008 2007/09 = G-DRG Version 2007/09 2008/09 = G-DRG Version 2008/09



			2009 = G-DRG Version 2009 2008/10 = G-DRG Version 2008/10 2009/10 = G-DRG Version 2009/10 2010 = G-DRG Version 2010 2009/11 = G-DRG Version 2009/11 2010/11 = G-DRG Version 2010/11 2011 = G-DRG Version 2011 2010/12 = G-DRG Version 2010/12 2011/12 = G-DRG Version 2011/12 2012 = G-DRG Version 2012 2011/13 = G-DRG/PEPP Version 2011/13 2012/13 = G-DRG/PEPP Version 2012/13 2013 = G-DRG/PEPP Version 2013 2012/14 = G-DRG/PEPP Version 2012/14 2013/14 = G-DRG/PEPP Version 2013/14 2014 = G-DRG/PEPP Version 2014 2013/15 = G-DRG/PEPP Version 2013/15 2014/15 = G-DRG/PEPP Version 2014/15 2015 = G-DRG/PEPP Version 2014 2014/16 = G-DRG/PEPP Version 2014/16 2015/16 = G-DRG/PEPP Version 2015/16 2016 = G-DRG/PEPP Version 2016 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
FTYP	int	2	Abteilungstyp (1 – 6) 1 = Hauptabteilung 2 = Hauptabteilung mit Beleghebamme 3 = Belegoperator 4 = Belegoperator und Beleganästhesist 5 = Belegoperator und Beleghebamme 6 = Belegoperator, Beleganästhesist und Beleghebamme 7 = Versorgung durch teilstationär 8 = Honorarvertrag mit Belegärzten
VEFA	char	1	Verlegefall 1 oder K oder V = Verlegefall sonstiger Wert = kein Verlegefall Ist das Feld auf 1 gesetzt, wird der Fall wie eine Rückverlegung behandelt, also sowohl eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus als auch in ein anderes Krankenhaus: Der Fall wird gruppiert, als ob das Feld Aufnahmeanlass = ‚V‘ gesetzt wäre. Außerdem wird ein Abschlag wegen Verlegung oder – bei Verlegungspauschalen – wegen Unterschreitung der UGVD generiert
STFK	float	8,2	Basisfallwert des Krankenhauses zum Aufnahmetag des Falls. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt
STFZ	float	6,2	Prozentualer Zu- oder Abschlag auf den Basisfallwert für Erlösausgleiche Dezimaltrennzeichen ist der Punkt Die Eingabe ist in Prozent, z.B. 9.5 = 9,5% Positiver Wert bedeutet ein Zuschlag, negativer Wert ein



AGR	char	2 - 4	<p>Abschlag</p> <p>Aufnahmegrund</p> <p>Der Aufnahmegrund kann angegeben werden</p> <ul style="list-style-type: none"><li>als 1 Feld mit Länge 4 und dem Aufnahmegrund 1. bis 4. Stelle</li><li>als wiederholbares Feld mit Anzahl 2 mit der 1. und 2. Stelle in der 1. Wiederholung und der 3. und 4. Stelle in der 2. Wiederholung</li></ul> <p>1. und 2. Stelle</p> <p>01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär</p> <p>02 = Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung</p> <p>03 = Krankenhausbehandlung, teilstationär</p> <p>04 = Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung</p> <p>05 = Stationäre Entbindung</p> <p>06 = Geburt</p> <p>07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale)</p> <p>08 = Aufnahme zur Organspende</p> <p>3. und 4. Stelle</p> <p>01 = Normalfall</p> <p>02 = Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V)</p> <p>03 = Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X)</p> <p>04 = Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt</p> <p>06 = Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden</p> <p>07 = Notfall</p>
AANL	char	1	<p>Aufnahmearnlass</p> <p>A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (ab 2007, nur für die Datenlieferung nach §21 KHEntgG, nicht für die Gruppierung)</p> <p>B = Begleitperson</p> <p>E = Einweisung durch einen Arzt</p> <p>G = Geburt</p> <p>K = Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation (bis 2006)</p> <p>N = Notfall</p> <p>R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung</p> <p>V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden</p> <p>Z = Einweisung durch einen Zahnarzt</p>
VNUM	char	15	Versichertennummer oder eindeutige Patientennummer
NAME	char	30	Nachname des Patienten



VORN	char	30	Vorname des Patienten
PLZ	char	5	Postleitzahl des Patienten, evtl. nur die ersten Ziffern als Postleitzahlbereich
GJAHR	int	4	Geburtsjahr des Patienten
EMR	int	1	Bezug von Erwerbsminderungsrente (für Morbi-RSA) 1 = Patient bezieht Erwerbsminderungsrente für mindestens 183 Tage im aktuellen Jahr 0 = Patient bezieht keine Erwerbsminderungsrente
MDIA	int	1	Dialysekennzeichen für Morbi-RSA 1 = Dialysepatient 0 = kein Dialysepatient
VOTA	int	3	Anzahl vorstationärer Tage
VOBB	char	8	Beginn der vorstationären Behandlung im angegebenen Format
NATA	int	3	Anzahl nachstationärer Tage
NABE	char	8	Ende der nachstationären Behandlung im angegebenen Format
ABR	int	1	Abrechnungsart 1 = DRG 2 = besondere Einrichtung 3 = BPIfV (Pyschiatrie)
FZUG	char	2	Fallzusammenführungsgrund Leer = keine Fallzusammenführung OG = Wiederaufnahme wegen gleicher Basis-DRG MD = Wiederaufnahme wegen Diagnostik und Operation KO = Wiederaufnahme wegen Komplikation RU = Rückverlegung WR = Kombinierte Fallzusammenführung MF = Fallzusammenführung nach FPV von mehr als zwei Fällen mit mehr als einem Fallzusammenführungsgrund ohne Rückverlegung
IKVK	int	9	IK des verlegenden Krankenhauses
EBR	char	3	DRG = DRG-Entgeltbereich PSY = Psych-Entgeltbereich PIA = PIA-Entgeltbereich
STTK	float	8,2	Basisentgeltwert des Krankenhauses für PEPP zum Aufnahmetag des Falls. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt
VID	char	10	Krankenversicherten-Nummer (Versicherten-ID)

Für case16 sind nur die Felder IKKH, FALL, AGW, AANL, EGR, TF, DIAV, DIA, OPSV, OPS und FAB von Bedeutung sowie zusätzlich das Feld EBR oder ABR. Die übrigen Felder können aus Gründen der Kompatibilität mit anderen Programmen angegeben werden. Enthält die Datei andere Felder, so können diese mit den Feldnamen FL01 bis FL20 bezeichnet oder, sofern sie sich nicht am Ende des Datensatzes befinden, in der Beschreibung weggelassen werden.

Folgende Datenfelder können im KONF-Abschnitt angegeben werden:



Token	Typ	Länge	Beschreibung
DEZT	char	1	Dezimaltrennzeichen
IGDR	short	1	1 = Es handelt sich um eine von GetDRG erzeugte .gdr-Datei. Die Lokalisation der Diagnose und das OP-Datum der Prozedur werden abgeschnitten.

Alle anderen Felder im KONF-Abschnitt können vom Grouper übernommen werden, werden aber von case16 nicht ausgewertet. Wird DEZT weggelassen, wird standardmäßig das Komma als Dezimaltrennzeichen angenommen.

#### 5.4 Test- und Muster-Konfigurationsdateien

Folgende Test- und Muster-Konfigurationsdateien werden zusammen mit Casecheck zur Verfügung gestellt:

Datei	Beschreibung
fall71.ini	Konfigurationsdatei für Eingangsdatensätze im 71-Spalten Benchmark-Format
fall71.txt	Testdaten im 71-Spalten Benchmark-Format mit 5 Datensätzen
fallimc99.ini	Konfigurationsdatei für Eingangsdatensätze im 99-Spalten Benchmark-Format
fall120.ini	Konfigurationsdatei für Eingangsdatensätze im 120-Spalten Benchmark-Format
fallimc192.ini	Konfigurationsdatei für Eingangsdatensätze im 192-Spalten Benchmark-Format