



GetDRG / GetPEPP

G-DRG-Groupen und PEPP-Groupen Benutzerhandbuch

Version 23.2.8

Nürnberg, 12.06.2024



Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen	4
2	Informationen zur Oberfläche	5
2.1	Programmstart	5
2.1.1	Aufrufparameter	6
2.1.2	Updatehinweis	7
2.2	Hauptansicht	7
2.2.1	Patientendaten	8
2.2.2	Falldaten	9
2.2.3	Weitere Informationen	10
2.2.4	Diagnosen / Prozeduren	12
2.2.5	Entgelte	20
2.2.6	Fachabteilungen	26
2.2.7	Gruppierungsergebnisse – DRG und PEPP	27
2.2.8	Gruppierungsergebnisse – Morbi RSA	29
2.2.9	Gruppierungsergebnisse – Leistungsgruppen	30
2.2.10	Navigation	30
2.2.11	CoCheck	33
2.3	Menüleiste	39
2.3.1	Neue Datei	39
2.3.2	Öffnen	39
2.3.3	Speichern	43
2.3.4	Export	45
2.3.5	Drucken	50
2.3.6	Extras	51
2.3.7	Optionen	60
2.3.8	Info	75
2.3.9	Batch	76
2.3.10	Rückgängig	83
2.3.11	Hilfe	83
2.3.12	Beenden	85
2.4	Erweiterte Fallsuche	86
2.4.1	Öffnen der erweiterten Fallsuche	86
2.4.2	Erster Start der erweiterten Fallsuche	86
2.4.3	Laden der Falldaten	87
2.4.4	Die Menüleiste	87
2.4.5	Filtern von Fällen	92
2.4.6	Filter übernehmen	96
2.4.7	Fall löschen	96
2.4.8	Fall duplizieren	96
2.4.9	Fall hinzufügen	96
2.4.10	Erzeugen von GRP, §21 und Export-CSV Dateien	96
2.4.11	Filter aufheben	96
2.4.12	Filter entfernen	97
2.4.13	Zusatzinformationen anzeigen	97
2.4.14	Übernehmen eines Falls in die Hauptansicht	98
3	Aufbau der Konfigurationsdatei	98
3.1	IN-Abschnitt	102
3.2	OUT-Abschnitt	112
3.3	KONF-Abschnitt	126
4	Aufbau der Textdateien	133
4.1	Aufbau der Datei mit den Kostengewichten für G-DRG	133



4.2	Aufbau der Datei mit den Kostengewichten für PEPP	134
4.3	Aufbau der Datei für den DRG Basisfallwert	135
4.4	Aufbau der Datei für den Basisentgeltwert für PEPP	135
4.5	Aufbau der Dateien für krankenhausindividuelle Entgelte	135
4.6	Aufbau der Datei mit Krankenhausdaten	138
4.7	Aufbau der Datei mit Sekundär Diagnosen.....	139
4.8	Aufbau der Datei mit den Fallzahlen pro DRG	139
4.9	Datei config.ini	140
5	GetDRG / GetPEPP unter Linux und Solaris	140



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. Zum 01.01.2004 wurde für alle Krankenhäuser, mit Ausnahme psychiatrischer Abteilungen und explizit vom Gesetzgeber ausgenommener Krankenhäuser oder Abteilungen, die Abrechnung nach G-DRG verpflichtend eingeführt.

Durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH Siegburg (InEK) werden die Spezifikationen für das **G-DRG** erstellt. Derzeit wird jedes Jahr eine neue Version von G-DRG erstellt, die die bei der Abrechnung aufgetretenen Besonderheiten und Probleme mitberücksichtigt. Während die Spezifikationen für 2003 noch eng an das australische System angelehnt waren, wurden sie ab 2004 schrittweise an deutsche Verhältnisse angepasst.

Mit dem Psych-Entgeltgesetz wurden auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik pauschalierende Entgelte ab 01.01.2013 eingeführt. 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.

GEOS hat mit dem InEK Lizenzverträge über die Nutzung der G-DRG - Spezifikationen und der PEPP-Spezifikationen zur Erstellung eines Groupers geschlossen und auf dieser Basis die Softwareprodukte **GetDRG / GetPEPP** realisiert. Mit **GetDRG / GetPEPP** können Sie auf der Grundlage von allgemeinen Patienten- und Falldaten, Diagnosen und Operationen die Fallpauschale (G-DRG/PEPP) für Krankenhausfälle ermitteln. Neben der G-DRG/PEPP und der Hauptdiagnosegruppe (MDC)/Strukturkategorie erhalten Sie eine Reihe von Informationen bezüglich der Relevanz der verschiedenen Falldaten auf den Gruppierungsprozess. **GetDRG / GetPEPP** bietet Ihnen neben der reinen Grouperlogik zur Fallgruppierung auch eine Oberfläche zur Erfassung der Falldaten und komfortablen Ergebnisdarstellung. GetDRG und GetPEPP nutzen dabei die gleiche Dialogoberfläche, eine Gruppierung nach G-DRG und nach PEPP ist nur dann möglich, wenn beide Module installiert sind.

GetDRG / GetPEPP kann auf verschiedenste Weise genutzt werden:

- **mit Dialogoberfläche**

Mit Hilfe der Dialogoberfläche können Sie die allgemeinen Patienten- und Falldaten sowie Diagnosen und Prozeduren erfassen. Es wird nach der Erfassung der ersten Diagnose automatisch gruppiert und das Gruppierungsergebnis angezeigt. Bei jeder zusätzlichen Eingabe und Änderung wird ebenfalls neu gruppiert. Die erfassten Falldaten können abgespeichert und wieder geladen werden.

- **als Batch-Grouper**

Im Batch-Modus wird eine Eingangsdatei mit mehreren Krankenhausfällen verarbeitet. Es wird eine Ergebnisdatei mit den Gruppierungsergebnissen erstellt. Das Format der Eingangsdatei und das Format der Ergebnisdatei können frei konfiguriert werden.



- **über Programmierschnittstellen**

GetDRG/GetPEPP kann in andere Softwareprodukte wie Krankenhaus-Informationen-Systeme (KIS) über Programmierschnittstellen eingebunden werden. (siehe Dokument Programmierschnittstellen – GetDRG/GetPEPP)

Es besteht die Möglichkeit, die in der Dialogoberfläche erfassten Falldaten in einer Textdatei oder in einer MSDE- bzw. Microsoft-SQL-Server-Datenbank zu speichern. Werden die Falldaten in einer Datenbank gespeichert, erwartet die Dialogoberfläche die Daten in mehreren Tabellen. Datenbank und Tabellen können über ein Skript angelegt werden. Eine genauere Beschreibung hierzu befindet sich im separaten Dokument "[Datenmodel_grouper_v10.docx](#)". Die Einstellung "[Speichern Datenbank](#)" lässt sich im Menü Speichern (siehe Kapitel [2.3.3.4 Speichern Datenbank](#)) vornehmen.

2 Informationen zur Oberfläche

2.1 Programmstart

Nach der Installation finden Sie in Ihrem Startmenü den Eintrag GetDRG (Start > Programme > GetDRG / GetPEPP > GetDRG / GetPEPP). Über diesen Eintrag wird die GetDRG Oberfläche gestartet.



Wenn Sie eine Verbindungszeichenfolge zu einer Fall-Datenbank eingetragen haben, wird zunächst versucht eine Verbindung mit der eingetragenen Datenbank herzustellen.

Sollte die Verbindung zur Datenbank nicht hergestellt werden können, erscheint ein Dialog, in dem die Verbindungszeichenfolge überprüft und korrigiert werden kann.



2.1.1 Aufrufparameter

Mit Übergabeparametern kann direkt beim Start eine Datei im §21-, GRP- oder GDR-Format in die Oberfläche geladen werden. Dafür gibt es folgenden Aufruf:

GetDRG.exe [Dateiname inkl. Pfad]

Beispiel für §21 Daten:

GetDRG.exe C:\Test\Fall.csv



Achtung: Für diesen Fall, müssen im Verzeichnis der Fall.csv ebenfalls die Icd.csv, Ops.csv und Fab.csv liegen.

Beispiel für eine GRP Datei:

GetDRG.exe C:\Test\Test.grp

Beispiel für eine GDR Datei:

GetDRG.exe C:\Test\Test.gdr

Des Weiteren können folgende Parameter nach dem Dateinamen angegeben werden:

- **-D** Löschen der Übergabedateien beim Schließen der Oberfläche. Beim Schließen der Oberfläche wird die ggf. übergebene Datei gelöscht. Die übergebene Datei wird auch dann gelöscht, wenn eine neue Datei in die Anzeige geladen wird, ohne dass die Oberfläche geschlossen wurde.
- **-X** Beim Beenden der Anwendung, wird der Anwender nicht gefragt, ob Änderungen gespeichert werden sollen.
Beim Öffnen einer neuen Datei, Wechsel eines Falls oder beim Schließen der Anwendung werden Falländerungen immer übernommen.

Die Abfrage erscheint auch dann nicht, wenn Daten verändert wurden.
Das Speichern selbst ist weiterhin möglich.



- **-L** Gehe zum letzten Datensatz

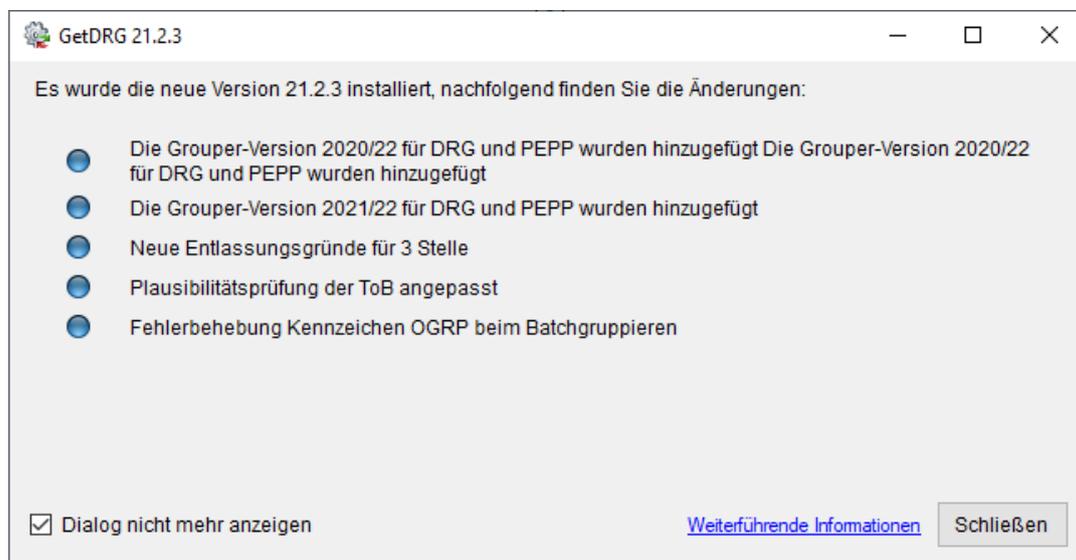
Wenn das Argument **-L** übergeben wird, wird nach dem Laden der Datei auf den letzten Datensatz navigiert.



Achtung: Die Parameter **-D**, **-X** und **-L** müssen nach dem ersten Parameter (Dateiname) übergeben werden.

2.1.2 Updatehinweis

Beim Programmstart wird nach der Installation einer neuen Version ein Updatehinweis angezeigt.



Ist die Kontrollbox „*Dialog nicht mehr anzeigen*“ gesetzt, wird der Dialog bis zum nächsten Update nicht mehr angezeigt.

Durch einen Klick auf „*Weiterführende Informationen*“ wird das Dokument Updatebeschreibung.pdf geöffnet welches sich im Systemverzeichnis von GetDRG / GetPEPP befindet.

2.2 Hauptansicht

GetDRG / GetPEPP startet immer mit folgender Maske.



The screenshot shows the GetDRG 21.2.9 application window. It features a menu bar at the top with options like 'Neue Datei', 'Öffnen', 'Speichern', 'Drucken', 'Extras', 'Optionen', 'Info', 'Batch', 'Rückgängig', 'Hilfe', and 'Beenden'. The main area is divided into several sections:

- Patientendaten:** Includes fields for 'Vers. Nr. / ID', 'Vor- / Nachname', 'Geschlecht' (set to 'unbestimmt'), 'PLZ', 'Geburtsdatum', 'Alter Jahre' (0), 'Aufnahmegewicht' (0), 'Alter Tage' (0), and 'Wohnort'.
- Falldaten:** Includes 'Fallnummer', 'AGR' (01 Krankenhausbehandlung, vollstationär), '01 Normalfall', 'Aufnahmedatum', 'Entlassungsdatum', 'Verweildauer' (0), 'Tage ohne Berechnung vor Kürzung des MD' (0), 'Verlegtefall' (checkbox), 'Beatmung' (0), 'IK verlegendes KH', 'Tage ohne Berechnung nach Kürzung des MD' (0), 'Tagesfall' (checkbox), 'Einweisung' (freiwillig), 'Abrechnungsart' (DRG), and 'Fachabteilungstyp' (1 Versorgung durch Hauptabteilung).
- Diagnosen / Prozeduren:** A table with columns for HDG, ICD, OK, DRG, CCL, and Bezeichnung. It also has checkboxes for 'Alternative DRG anzeigen' and 'Mehrere Zeilen anzeigen'.
- Operationsdaten:** A table with columns for OPS, OK, DRG, OR, and Bezeichnung. It also has a checkbox for 'Mehrere Zeilen anzeigen'.
- DRG Morbi RSA Leistungsgruppen:** A section for selecting DRG codes, including 'Hauptgruppe MDC', 'Gruppe DRG', 'Gruppenstatus' (0 normale Gruppierung), 'WVD des Falls' (0 durch WVD d. DRG), 'Schweregrad (PCCL)' (0), 'Entgelthöhe' (0,00), 'Kostengewicht' (0 OGVD 1. Tag), 'Entgelthöhe erfasst' (0,00), 'Kostengewicht Pflege' (0 UGVD 1. Tag), and 'Ausnahme Wiederaufnahme' (checkbox).

2.2.1 Patientendaten

This is a close-up of the 'Patientendaten' form. It contains the following fields:

- Vers. Nr. / ID: Two empty text boxes.
- Vor- / Nachname: Two empty text boxes.
- Geschlecht: A dropdown menu showing 'unbestimmt' and a 'PLZ' text box.
- Geburtsdatum: A date picker and 'Alter Jahre' (0) text box.
- Aufnahmegewicht: A text box with '0' and 'Alter Tage' (0) text box.
- Wohnort: An empty text box.

Unter Patientendaten können personenbezogenen Daten eines Krankenhausfalls eingetragen werden.

Die Felder "*Alter in Tagen*" und "*Aufnahmegewicht*" brauchen nur bei Säuglingen unter 1 Jahr erfasst zu werden.

"*Alter in Jahren*" und "*Alter in Tagen*" werden automatisch neu versorgt, wenn das Geburtsdatum und Aufnahmedatum neu erfasst oder geändert werden. Die explizite Erfassung des Alters ist dann sinnvoll, wenn das Geburtsdatum nicht versorgt wird.



2.2.2 Falldaten

Falldaten	
Fallnummer	AGR 01 Krankenhausbehandlung, vollstationär 01 Normalfall
Aufnahmedatum	AAN E Einweisung durch einen Arzt
Entlassungsdatum	EGR 011 Behandlung regulär beendet, arbeitsfähig entlassen
Verweildauer	Tage ohne Berechnung vor Kürzung des MD 0 Verlegefall <input type="checkbox"/> Beatmung 0
IK verlegendes KH	Tage ohne Berechnung nach Kürzung des MD 0 Tagesfall <input type="checkbox"/> Einweisung freiwillig
Abrechnungsart	DRG Fachabteilungstyp 1 Versorgung durch Hauptabteilung Weitere Falldaten

In den Falldaten können die krankenhausbezogenen Daten eingetragen werden.

Neben der Aufnahme- und Entlassungsuhrzeit wird das Kürzel des Wochentages angezeigt. Wochenenden und Feiertage werden mit roter Schrift dargestellt. Ein Tooltip zeigt den Namen des Wochen- oder Feiertags an.

Die Felder "*Verweildauer*" und "*Tagesfall*" werden automatisch versorgt, wenn die Felder "*Aufnahmetag*", "*Entlassungstag*" oder "*Tage ohne Berechnung nach Kürzung des MD*" neu erfasst oder geändert werden. Das Feld "*Tage ohne Berechnung vor Kürzung des MD*" hat keine Auswirkung auf die Felder "*Verweildauer*" und "*Tagesfall*". Die explizite Erfassung dieser Felder ist dann sinnvoll, wenn Aufnahmetag und/oder Entlassungstag nicht angegeben werden. Darüber hinaus wird das Feld "*Tagesfall*" ebenfalls neu versorgt, wenn die Verweildauer neu erfasst oder geändert wird.

Über die Auswahlbox "*Abrechnungsart*" kann die Art der Abrechnung festgelegt werden. Folgende Einträge stehen hierbei zur Verfügung:

- DRG (G-DRG)
- BesEinr (Besondere Einrichtung)
- PEPP

Das Feld Verlegefall ist gedacht, für den Fall einer Rückverlegung, bei der der Patient während des Aufenthaltes in ein anderes Krankenhaus verlegt und von dort wieder zurückverlegt wird. Solche Fälle lösen einen Verlegungsabschlag aus, wenn die durchschnittliche Verweildauer der DRG unterschritten wurde. Das Feld kann alternativ zum "*Fallzusammenführungsgrund*" verwendet werden, um einen Verlegungsabschlag nach Fallpauschalenvereinbarung des Grouperjahres zu erzeugen.

Über die Schaltfläche "*Weitere Falldaten*" können weitere Falldaten erfasst werden.



GetDRG 19.2.1 - Weitere Falldaten

Freitext
Geben Sie einen beliebigen Freitext an, der zum jeweiligen Fall gespeichert wird.

Fallzusammenführung
Wurde der Fall zusammengeführt

Entgeltbereich
Entgeltbereich DRG ▾

Standort
Entlassender Standort

Behandlung
Interkurrente-Dialysen

Verlegung
Anzahl der Belegungstage-in-anderem-Entgeltbereich

Beurlaubung
Anzahl der Beurlaubungstage
Anzahl der Beurlaubungstage-PSY

Weitere Informationen
Vertragskennzeichen-§64b

2.2.3 Weitere Informationen

Krankenkassen IK: Krankenhaus IK: 123456780 Grupper Version: AUFDAT ▾ Basisfallwert: 0,00 Basisfallwert Pflege: 0,00

Dieser Bereich dient der Erfassung des Krankenkasse IK, und der Festlegung der Grupperversion.

2.2.3.1 Grupper-Version

Je nach Einstellung kann der Krankenhausfall nach einer der folgenden Versionen bzw. Übergangsversionen gruppiert werden:

- Version 1.0 für 2003
- Version 2004
- Version 2005
- Version 2006
- Version 2007 (Version 2005/07, Version 2006/07)
- Version 2008 (Version 2006/08, Version 2007/08)
- Version 2009 (Version 2007/09, Version 2008/09)
- Version 2010 (Version 2008/10, Version 2009/10)
- Version 2011 (Version 2009/11, Version 2010/11)



- Version 2012 (Version 2010/12, Version 2011/12)
- Version 2013 (Version 2011/13, Version 2012/13)
- Version 2014 (Version 2012/14, Version 2013/14)
- Version 2015 (Version 2013/15, Version 2014/15)
- Version 2016 (Version 2014/16, Version 2015/16)
- Version 2017 (Version 2015/17, Version 2016/17)
- Version 2018 (Version 2016/18, Version 2017/18)
- Version 2019 (Version 2017/19, Version 2018/19)
- Version 2019a
- Version 2020 (Version 2018/20, Version 2019/20)
- Version 2021 (Version 2019/21, Version 2020/21)
- Version 2022 (Version 2019/22, Version 2020/22, Version 2021/22)
- Version 2023 (Version 2021/23, Version 2022/23)
- Version 2024 (Version 2022/24, Version 2023/24)
- AUFDAT



Achtung: Bei "AUFDAT" wird die Version in Abhängigkeit vom Aufnahmetag gewählt. Hierbei wird die am Aufnahmetag gültige Version zum Gruppieren verwendet. Ist kein Aufnahmedatum angegeben, wird die neuste Version des Groups verwendet.

Wenn Sie eine Grouper-Version wählen, die nicht der gerade eingestellten Version der Diagnose- und Prozedurencodes passt, mappt GetDRG / GetPEPP die Diagnosen- und Prozedurencodes in die für die Grouper-Version gültige Codes. Diese können Sie jeweils in der Spalte "*Mapping*" des Diagnosen- und Prozedurenfensters ansehen.



Information: Die Spalte *Mapping* wird nur dann angezeigt, wenn GetDRG / GetPEPP eine Diagnose und/oder Prozedur gemappt hat.

2.2.3.2 Basisfallwert und Basisfallwert Pflege

Um die korrekten Beträge für die ermittelten Entgelte zu berechnen, können mehrere Basisfallwerte (auch Baserates genannt) hinterlegt werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, einen individuellen prozentualen Zu- bzw. Abschlag für ein IK zu hinterlegen. Bei einem DRG-Fall kann ebenfalls der Basisfallwert für die Pflege hinterlegt werden.

Per Doppelklick auf den Betrag des Basisfallwertes oder über die Menüleiste "*Optionen*" -> "*Basisfallwert DRG / PEPP*" kann die Oberfläche zum Bearbeiten der Basisfallwerten geöffnet werden.

Grouper Version: AUFDAT Basisfallwert: **0,00** Basisfallwert Pflege: **0,00**

Je nach Abrechnungsart öffnet sich nach dem Doppelklick der Basisfallwertdialog für G-DRG oder für PEPP.



Basisfallwert	Prozent	Basisfallwert Pflege	Gültig ab	Gültig bis	
0,00	0,00	0,00	01.01.2019	31.12.2019	X

Im Feld "**Basisfallwert**" werden die Basisfallwerte für das entsprechende Institutionskennzeichen (IK) mit einem Gültigkeitszeitraum "**von**" und "**bis**" eingetragen. Beim Basisfallwert DRG kann im Feld "**Basisfallwert Pflege**" der Pflegeentgeltwert eingetragen werden. Die Gültigkeitszeiträume der Datensätze dürfen sich nicht überschneiden. Im Feld "**Prozent**" kann der prozentuale Zu- bzw. Abschlag (Entgelt 47100011 bzw. 47200011), für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 KHEntgG, für jeden Gültigkeitszeitraum hinterlegt werden. Ist der Wert in dieser Spalte positiv, wird ein Zuschlag ermittelt, ist der Wert negativ, so wird ein Abschlag ermittelt.

Durch einen Mausklick auf  wird der entsprechende Datensatz ohne Nachfrage gelöscht. Ist die Kontrollbox "**Alle Basisfallwerte anzeigen**" aktiviert, wird für das aktuelle IK jeder konfigurierte Basisfallwerte angezeigt. Wenn die Kontrollbox nicht aktiv ist, wird nur der Basisfallwert angezeigt, der zum aktuellen Aufnahmedatum oder vom aktuellen Jahr (wenn es kein Aufnahmedatum gibt) gültig ist.

Über die Schaltfläche "**Neu**" können weitere Einträge hinzugefügt werden.

Sollte der Dialog mit "**Abbrechen**" oder über das "**X**" verlassen werde, so wird der Dialog ohne Meldung verlassen, ohne eventuelle Änderungen zu speichern und ohne einen Basisfallwert bzw. Prozentsatz zu übernehmen.

Mit der Schaltfläche "**Übernehmen**" werden eventuelle Änderungen gespeichert und der Dialog geschlossen. Wenn die Kontrollbox "**Ausgewählten Basisfallwert für alle Fälle Übernehmen**" nicht aktiviert ist, wird der Basisfallwert und Prozentsatz, des ausgewählten Datensatz, nur für den aktuellen Fall verwendet. Ist die Kontrollbox aktiviert, wird der Basisfallwert und Prozentsatz für alle geladenen Fälle verwendet.

2.2.3.3 IK für Krankenkasse und Krankenhaus

Unterhalb der Patientendaten besteht die Möglichkeit, das IK der Krankenkasse des Patienten einzutragen und zu speichern. Das IK des Krankenhauses wird aus den geladenen Daten entnommen. Als Standardwert wird der Eintrag aus den Optionen verwendet.

2.2.4 Diagnosen / Prozeduren

Der Reiter Diagnosen / Prozeduren dient der Erfassung von Diagnosen und Prozeduren sowie der Festlegung der Diagnose- und OPS-Version.



Diagnosen / Prozeduren						Entgelte	Fachabteilungen	CoCheck
Diagnosedaten ICD 10 GM 2022						Alternative DRG anzeigen <input type="checkbox"/> Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>		
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	
Operationsdaten OPS 2022						Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>		
OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag	aktiv	

2.2.4.1 Diagnose- und Prozedurversion

Im Bereich der Diagnosedaten und Operationsdaten sollten Sie zunächst die Version der Diagnose- und Prozedurcodes auswählen. Die Version wird abhängig vom Aufnahme-tag vorbelegt.

2.2.4.2 Alternative DRG anzeigen

Über die Kontrollbox „*Alternative DRG anzeigen*“ können zu jedem ICD-Code die alternative DRG inkl. eff. Kostengewicht angezeigt werden, welche sich ergäbe, wenn die jeweilige Diagnose als Hauptdiagnose gesetzt wird.

Diagnosedaten ICD 10 GM 2022						Alternative DRG anzeigen <input checked="" type="checkbox"/>		Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	Alt. DRG	aktiv
<input checked="" type="checkbox"/>	J44.80				Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV 1 <35 % des ...		E78Z 0,275	
<input type="checkbox"/>	C50.9				Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet		E78Z 0,275	
<input type="checkbox"/>	E03.8				Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose		E78Z 0,275	
<input type="checkbox"/>	J96.10				Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]		E78Z 0,275	
<input type="checkbox"/>	U99.0!				Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2		961Z 0,000	
<input type="checkbox"/>	Z11				Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten		E78Z 0,275	
<input type="checkbox"/>	Z99.1				Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator		961Z 0,000	

Ist eine DRG rot markiert handelt es sich um eine Fehler-DRG aus diesem Grund ist das Kostengewicht auch 0,00.

2.2.4.3 Mehrere Zeilen anzeigen

Etwas weiter rechts kann über die Kontrollbox "*Mehrere Zeilen anzeigen*" die Zeilenhöhe angepasst werden. Dadurch können umgebrochene Bezeichnungen komplett angezeigt werden. Die Zeilenhöhe wird dabei automatisch erkannt.

Diagnosedaten ICD 10 GM 2020						Alternative DRG anzeigen <input type="checkbox"/>		Mehrere Zeilen anzeigen <input checked="" type="checkbox"/>
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	
<input type="checkbox"/>	Z75.8				Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung			
<input type="checkbox"/>	Z75.8				Sonstige Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung			

2.2.4.4 Erfassung / Suchfunktion

Bei der Erfassung der Diagnosen muss der Cursor im Feld "*ICD*" oder "*OPS*" stehen. Hier können Sie direkt den ICD- oder OPS-Schlüssel erfassen oder über Doppelklick bzw. mit der Eingabetaste die ICD- oder OPS-Suche starten. In der Suche wird abhängig von Ihrem Suchbegriff, entweder nach der Bezeichnung oder nach Diagnose-/Prozedurcode gesucht. Neben dem ICD/OPS-Katalog wird auch noch eine sog. Thesaurus Suche durchgeführt. Hierbei wird der Suchbegriff im alphabetischen



Verzeichnis des DIMDI gesucht und das Ergebnis zusätzlich unterhalb des ICD/OPS-Katalogs angezeigt.

Bereits eingegebene Suchbegriff können aus einer Liste ausgewählt werden.

Folgende Informationen werden im Diagnosedialog angezeigt:

- ICD und Bezeichnung
- MDC 1 und MDC 2 (mögliche MDC bei Hauptdiagnosen)
- CCL Min. und CCL Max. (der kleinste und der größte mögliche CCL Wert)

Diagnosesuche

Suchen nach: ICD 10 GM 2019

Diagnosen

ICD	Bezeichnung	MDC 1	MDC 2	CCL Min.	CCL Max.
A01.4	Paratyphus, nicht näher bezeichnet	18B			
A02	Sonstige Salmonelleninfektionen				
A02.0	Salmonellenenteritis	06		■	■■
A02.1	Salmonellensepsis	18B		■	■■
A02.2	Lokalisierte Salmonelleninfektionen	18B			
A02.8	Sonstige näher bezeichnete Salmonelleninfektionen	18B			
A02.9	Salmonelleninfektion, nicht näher bezeichnet	18B			

Thesaurusverzeichnis

ICD	Bezeichnung
L58.1	Chronische Dermatitis durch Röntgenstrahlen
L58.1	Ulkus durch Röntgenstrahlen
L58.9	Röntgendermatitis
L58.9	Röntgenhaut
L59.0	Chronischer Wärmeschaden
L59.8	Photosensibilität der Haut durch andere als Sonnenstrahlen
L60.3	20-Nägel-Dystrophie

Zusatzinformationen

Art	Hinweis	Verweis
Exkl	Sonstige Darmkrankheiten durch Protozoen (3-Steller)	A07.-
Inkl	Infektion durch Entamoeba histolytica (3-Steller)	
Inkl	Abszess der Lunge (und der Leber) durch Amöben	J99.8*
Inkl	Abszess der Lunge (und der Leber) durch Amöben mit Pneumonie	J17.3*

Zusatzinformationen werden unter dem Thesaurusverzeichnis angezeigt.

Folgende Informationen werden im Prozedurdiallog angezeigt:

- OPS und Bezeichnung



Prozedursuche

Suchen nach: 1-110 OPS 2019 Suchen

Prozeduren und Operationen

OPS	Bezeichnung
5-211.10	Inzision der Nase: Drainage eines Hämatoms sonstiger Teile der Nase: Ohne Einnähen von Septumstützfolien
5-911.10	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Lippe
8-111.0	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in Gallenblase und Gallengängen: Gallenblase
8-711.10	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen: Kontrollierte Beatmung: Bei Neugeborenen (1. bis 28. ...

Thesaurusverzeichnis

OPS	Bezeichnung
8-111.0	ESWL von Steinen in der Gallenblase
8-111.0	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Steinen in der Gallenblase
5-911.10	Absaugen von Fettgewebe an der Lippe
5-911.10	Liposuction an der Lippe
5-211.10	Drainage eines Hämatoms der Nase ohne Einnähen von Septumstützfolien
8-711.10	CPPV beim Neugeborenen
8-711.10	HFJV beim Neugeborenen
8-711.10	HFOV beim Neugeborenen

Zusatzinformationen

Art	Hinweis	Verweis
Exkl	Operationen an der Nase bei Verbrennungen (3-Steller)	5-92
Hinw	Die Anwendung mikrochirurgischer Technik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-984
Hinw	Die Anwendung von Lasertechnik ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-985ff.
Hinw	Die Anwendung eines Navigationssystems ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-988ff.
Hinw	Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung einer Mehrfachverletzung ist zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-981
Hinw	Die Durchführung der Operation im Rahmen der Versorgung eines Polytraumas ist zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-982ff.
Hinw	Die Durchführung einer Reoperation ist, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-983
Hinw	Der vorzeitige Abbruch einer Operation ist zusätzlich zu kodieren (Gruppe)	5-995

OK Abbrechen

Im Bereich der Zusatzinformationen werden folgende Informationen angezeigt:

- Exkl (Exklusiva)
- Inkl (Inklusiva)
- Hinw (Hinweise)
- Info (Erläuterungen)
- DKR (Deutsche Kodierrichtlinien)

Die Suchergebnisse können aus beiden Listen (Diagnosen/Prozeduren und Thesaurus) in das Hauptformular übernommen werden.

Bei der Suche besteht die Möglichkeit mit + und – bestimmte Einträge bei der Bezeichnung zu erzwingen oder auszuschließen. So muss ein Suchbegriff, dem ein + vorgestellt ist, in der Bezeichnung vorhanden sein. Es werden keine Einträge angezeigt, die einen Suchbegriff enthalten, der mit – ausgeschlossen wurde.



Suchen nach: Schilddrüse -Bosartige +Sonstige ICD 10 GM 2019 Suchen

Diagnosen

ICD	Bezeichnung	MDC 1	MDC 2	CCL Min.	CCL Max.
D09.3	Carcinoma in situ: Schilddrüse und sonstige endokrine Dr...	17			
E01.8	Sonstige jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten un...	10			
E07	Sonstige Krankheiten der Schilddrüse				
E07.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Schilddrüse	10			
E21	Hyperparathyreoidismus und sonstige Krankheiten der Ne...				
E21.4	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nebenschil...	10			
P72.2	Sonstige transitorische Störungen der Schilddrüsenfunktio...	10			

Thesaurusverzeichnis

ICD	Bezeichnung

Es werden die Zusatzkennzeichen Kreuz + oder # und Stern * zu den Diagnosen angezeigt.

Kennzeichen	Bedeutung
+ oder #	Kreuzdiagnose – Ursache der Erkrankung (Ätiologie)
*	Sterndiagnose – Symptom (Manifestation)
!	Optionale Diagnosen

Beispiele:

- E10.30+ Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen
- H36.0* Retinopathia diabetica (z. B. Netzhautveränderung)
- S72.00 Schenkelhalsfraktur, Teil nicht näher bezeichnet
- S71.84! Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation der Hüfte

Die Stern-Diagnosen sind im ICD-Katalog mit * ausgewiesen, jedoch können alle Diagnosen Kreuzdiagnosen sein, wenn sie nicht Stern-Diagnosen oder optionale Codes (!) sind.

Die Zusatzkennzeichen * und ! werden gemäß ICD-Katalog angezeigt, sobald eine solche Diagnose erfasst oder übergeben wird. Sie werden nicht in der GDR- bzw. GRP- Datei gespeichert.

Das Zusatzkennzeichen + kann nicht aus dem ICD-Katalog ermittelt werden. Es kann erfasst und übergeben werden.

Das Zusatzkennzeichen + wird in der GDR- bzw. GRP- Datei und, falls entsprechend konfiguriert, in der Datenbank hinter dem Diagnosecode als zusätzliches Zeichen gespeichert. Falls eine solche GDR- bzw. GRP- Datei batch-gruppiert wird, muss im Konfigurationsabschnitt die Option SZE = 1 gesetzt werden, da sonst die Diagnosen als ungültig erkannt werden.

2.2.4.5 Anzeige - Diagnosen

Nach der Eingabe oder Auswahl der Diagnose werden die Gruppierungsergebnisse und die Bezeichnung automatisch gefüllt.

Diagnosedaten ICD 10 GM 2022 Alternative DRG anzeigen Mehrere Zeilen anzeigen

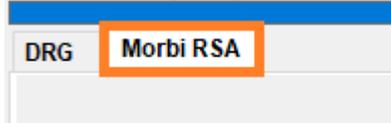
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	
■							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Bei den Diagnosen werden die Felder "*OK*", "*DRG*", "*CCL*" und "*Bezeichnung*" gefüllt. Ist in den Optionen angegeben, dass die Morbi-RSA Ergebnisse ausgegeben werden sollen, wird die Spalte "*MRSA*", wenn die Diagnose für die Morbi RSA Auswertung relevant ist, ebenfalls angezeigt.



Achtung: Die MRSA wird nur dann berechnet, wenn bei den Gruppierungsergebnisse Morbi RSA aktiv ist.



Die einzelnen Felder haben dabei folgende Bedeutungen:

Feld OK		Ist dieser Diagnoseschlüssel gültig?	
0		Grüner Punkt	Gültiger Code
1		Roter Punkt	Ungültiger Code
2		Gelber Punkt	Gültiger Code, aber als Hauptdiagnose ungültig
3		Blauer Punkt	Geschlecht passt nicht zur Diagnose
4		Violetter Punkt	Alter passt nicht zur Diagnose
5		Orangefarbener Punkt	Gültiger Code, aber ungültige Hauptdiagnose da Code mit V,W,X oder Y beginnt

Feld DRG		Ist diese Diagnose gruppierungsrelevant?	
0		Kein Punkt	Wird nicht für die Gruppierung verwendet
1		Grüner Punkt	Wird für die Gruppierung verwendet

Feld CCL		Schweregrad der Diagnose?	
0		Kein Balken	CCL = 0
1		Blauer Balken, Länge 1	CCL = 1
2		Blauer Balken, Länge 2	CCL = 2
3		Blauer Balken, Länge 3	CCL = 3
4		Blauer Balken, Länge 4	CCL = 4
-1		Gelber Balken, Länge 1	CCL = 1, aber für PCCL-Berechnung nicht relevant
-2		Gelber Balken, Länge 2	CCL = 2, aber für PCCL-Berechnung nicht relevant
-3		Gelber Balken, Länge 3	CCL = 3, aber für PCCL-Berechnung nicht relevant
-4		Gelber Balken, Länge 4	CCL = 4, aber für PCCL-Berechnung nicht relevant

Feld MRSA	Ist diese Diagnose für die Morbi RSA Auswertung relevant?
-----------	---



0		Kein Punkt	Wird nicht für die Auswertung verwendet
1		Grüner Punkt	Wird für die Auswertung verwendet

Falls die Diagnosen nicht mit der vom Grouper benötigten Version übereinstimmen, können im Feld "*Mapping*" die von GetDRG / GetPEPP daraus erzeugten, umgeschlüsselten Diagnosecodes angesehen werden. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass eine eingegebene Diagnose auf zwei Codes gemappt wird.

Das Feld Bezeichnung wird automatisch mit der Bezeichnung der Diagnose gemäß ICD-Katalog des DIMDI versorgt.

2.2.4.5.1 Weitere Eingabefelder

Folgende Felder können Sie zusätzlich bearbeiten:

- **Hauptdiagnose:** Mit einem Klick ins Feld HDG können Sie die ausgewählte Diagnose zur Hauptdiagnose machen. Dadurch wird eine Neugruppierung des Falls ausgelöst. Standardmäßig ist die erste eingegebene Diagnose die Hauptdiagnose.
- **Lokalisation:** Obwohl dies nicht gruppierungsrelevant ist, können Sie für die Diagnosen die Lokalisation (keine, rechts, links und beidseitig) eingeben. Die Lokalisationen werden in der GRP-Datei und in der Datenbank gespeichert.
- **Aktiv:** Mit dieser Kontrollbox können Sie einzelnen Diagnose deaktivieren. Diese werden dann nicht mehr für die Gruppierung berücksichtigt. Solche Diagnosen werden durch eine andere Hintergrundfarbe hervorgehoben.

Über die Schaltfläche wird die entsprechende Diagnose ohne Nachfrage gelöscht.

2.2.4.6 Anzeige - Prozeduren

Nach der Auswahl oder Eingabe einer Prozedur werden die Felder "*OK*", "*DRG*", "*OR*" und "*Bezeichnung*" automatisch gefüllt.



Die einzelnen Felder haben dabei folgende Bedeutungen:

Feld OK		Ist dieser Schlüssel gültig?	
0		Grüner Punkt	Gültiger Code
1		Roter Punkt	Ungültiger Code
3		Blauer Punkt	Geschlecht passt nicht zur Prozedur
4		Violetter Punkt	Alter passt nicht zur Prozedur

Feld DRG	Ist diese Prozedur gruppierungsrelevant?
----------	--



0		Kein Punkt	Wird nicht für die Gruppierung verwendet
1		Grüner Punkt	Wird für die Gruppierung verwendet (normal gruppierungsrelevant)
2		Blauer Punkt	Wird für die Gruppierung im Zusammenhang mit gleichzeitigen oder mehrzeitigen Prozeduren (Datumsvergleich) verwendet
3		Türkisfarbener Punkt	Wird für die Gruppierung sowohl mit als auch ohne Datumsvergleich verwendet
Für PEPP ab 2016 zusätzlich			
4		Oranger Punkt mit rotem Rand	gruppierungsrelevant im Zusammenhang mit Tageskonstrukt
5		Grüner Punkt mit rotem Rand	gruppierungsrelevant mit und ohne Tageskonstrukt
6		Dunkelblauer Punkt mit rotem Rand	gruppierungsrelevant mit Tageskonstrukt und Datumsvergleich
7		Roter Punkt mit blauem Rand	gruppierungsrelevant normal, mit Datumsvergleich und Tageskonstrukt

Feld OR		Setzt diese Prozedur einen Operationssaal voraus (OR)?	
0, 3, 6, 9		Kein Punkt	Weder OR noch nicht-OR
1, 4, 7		Blauer Punkt	OR
2, 5, 8		Gelber Punkt	Nicht-OR

Das Feld "**OR**" zeigt weiterhin an, ob die angegebene Lokalisation und das angegebene Datum korrekt sind.

Falls die Prozeduren nicht mit der vom Grouper benötigten Version übereinstimmen, können im Feld Mapping die von GetDRG / GetPEPP daraus erzeugten, umgeschlüsselten Prozeduren Codes angesehen werden. In manchen Fällen kann es vorkommen, dass eine gegebene Prozedur auf zwei oder sogar drei Codes gemappt wird.

Das Feld "**Bezeichnung**" wird automatisch mit der Bezeichnung der Prozedur versorgt.

2.2.4.6.1 Weitere Eingabefelder

Folgende Felder können Sie zusätzlich bearbeiten:

- **OP Tag:** Im Feld OP Tag können Sie das Ausführungsdatum der Prozedur (OP-Datum) erfassen. Dies ist seit 2007 relevant. Ab dieser Version wird auch neu gruppiert, wenn sich das OP-Datum ändert. Das OP-Datum wird mit roter Schrift angezeigt, wenn es sich um einen Feiertag, Samstag oder einen Sonntag handelt. Im Tooltip des Datums wird dann der Feiertag oder Samstag bzw. Sonntag angezeigt.



- **Aktiv:** Mit dieser Kontrollbox können Sie einzelnen Prozeduren deaktivieren. Diese werden dann nicht mehr für die Gruppierung berücksichtigt. Solche Prozeduren werden mit einer anderen Hintergrundfarbe hervorgehoben.

Über die Schaltfläche wird die entsprechende Operation ohne Nachfrage gelöscht.

OPS-Codes können farblich in Wochenblöcken angezeigt werden. Der erste Wochenblock beginnt mit dem Aufnahmetag des aktuellen Falls. Die Farbgebung beginnt mit dem 2 Wochenblock, die erste Woche wird also wie bisher weiß dargestellt.

OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag	aktiv	
1-100	<input checked="" type="checkbox"/>			Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie		01.01.2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1-100	<input type="checkbox"/>			Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie		02.01.2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1-100	<input type="checkbox"/>			Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie		08.01.2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1-100	<input type="checkbox"/>			Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie		09.01.2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1-100	<input type="checkbox"/>			Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie		15.01.2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
1-100	<input type="checkbox"/>			Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie		15.01.2019	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Diese Funktion kann in den Optionen eingestellt werden. Die Hintergrundfarbe eines Wochenblocks lässt sich ebenfalls in den Optionen individuell einstellen.

2.2.5 Entgelte

Neben dem Reiter Diagnosen/Prozeduren ist der Reiter Entgelte zu finden. In diesem Reiter wird unterschieden zwischen den generierten Entgelten, die groupit von sich aus für den Fall vorschlägt und den erfassten Entgelten, die Sie selbst nach den Entgelten, die Sie mit dem Kostenträger abgerechnet haben, eintragen können.

Diagnosen / Prozeduren		Entgelte		Fachabteilungen					
Generierte Entgelte									
Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>									
Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht	
								Summe:	0,00
Erfasste Entgelte									
Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>									
Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht	
								Summe:	0,00

2.2.5.1 Generierte Entgelte

Die im oberen Abschnitt angezeigten Entgelte werden von GetDRG / GetPEPP bei jedem Gruppierungsvorgang neu ermittelt und nicht gespeichert. Folgende Entgelte werden generiert:

- Wenn die Abrechnungsart „DRG“ ist und für die gefundene DRG ein Kostengewicht existiert, wird eine DRG-Fallpauschale, deren Entgeltschlüssel mit 70 + dem im Feld Fachabteilungstyp eingetragenen Wert beginnt, generiert. Für die neuen Werte 11, 13 und 14 werden die Entgeltschlüssel wie folgt gebildet:

70A = 11 abgesenkte Hauptabteilung

70C = 13 abgesenkt Belegabteilung mit Belegoperator

70D = 14 abgesenkt Belegabteilung mit Belegoperator und Beleganästhesist



- Wenn es sich um einen Verlegefall handelt (Entlassungsgrund 1, und 2. Stelle = „06“, „08“, „13“ oder „16“ bis „21“ oder Aufnahmeanlass = „V“, „K“ oder „Verlegefall“ ist angekreuzt), die DRG keine Verlegungs-DRG ist und die mittlere Verweildauer der DRG unterschritten ist, wird zusätzlich ein Abschlag, wegen Verlegung, generiert. Alternativ wird, wenn die untere Grenzverweildauer UGVD oder die obere Grenzverweildauer OGVD erreicht oder unter- bzw. überschritten ist, ein Abschlag wegen Unterschreitung der UGVD oder ein Zuschlag wegen Überschreitung der OGVD generiert.
- Wenn die Abrechnungsart „DRG“ ist und für die gefundene DRG kein Kostengewicht existiert, wird ein DRG-ersetzendes Entgelt, das in der Regel den Aufbau ‚8500‘ + DRG hat, generiert. Der Entgeltschlüssel ist in Datei drganl3XX.txt (XX = Grouper-Version) hinterlegt. Wenn in der Stammdatentabelle drgkhindiv für das Krankenhaus zum Aufnahmetag ein Entgelt mit diesem Entgeltschlüssel als Bezugsentgelt vorhanden ist, wird dieses Entgelt mit dem dort hinterlegten Betrag generiert. Ansonsten wird der in Datei drganl3XX.txt gespeicherte Entgeltschlüssel mit dem dort hinterlegten Standardbetrag generiert. Dieser richtet sich danach, ob die Entgeltdaten für das Krankenhaus im Gruppierungsjahr zum Aufnahmetag bereits in Kraft sind oder nicht, was in Stammdatentabelle drgkhinkraft angegeben werden kann. Wenn der Fall in eine Fehler-DRG ohne Kostengewicht gruppiert wird, wird als Entgelt ‚70999999‘ mit Betrag 0,00 generiert.
- Wenn die Abrechnungsart „DRG“ ist, der Fall teilstationär ist und für ihn keine eigene teilstationäre DRG existiert, wird als DRG-Entgelt das Entgelt aus der Stammdatentabelle drgkhindiv generiert, für das als Bezug die Zeichenfolge ‚8500‘ + Fachabteilungsschlüssel der Abteilung mit der längsten Verweildauer eingetragen ist. Wird dort kein Entgelt gefunden, wird Entgeltschlüssel ‚78999999‘ mit Betrag 0,00 generiert.
- Wenn die Abrechnungsart „BesEinr“ ist, wird anstatt des DRG-Entgeltes das Entgelt aus der Stammdatentabelle drgkhindiv generiert, für das als Bezug die Zeichenfolge Benutzerhandbuch GetDRG / GetPEPP GEOS Seite 28 ‚85004000‘ bei vollstationärer Behandlung oder ‚85003000‘ bei teilstationärer Behandlung eingetragen ist. Wird dort kein Entgelt gefunden, wird auch keines generiert.
- Wenn die Abrechnungsart „BPflV“ ist, werden keine DRG-Entgelte generiert, sondern Basis- und Abteilungspflegesatz für alle Fachabteilungen aus der Fachabteilungshistorie (s.u.). Je nach Aufnahmegrund werden, voll- oder teilstationäre, Basis- und Abteilungspflegesätze generiert. Wenn in Tabelle drgkhindiv das Entgelt mit diesem Schlüssel als Bezug für das Krankenhaus zum Aufnahmetag eingetragen ist, wird der Betrag von dort übernommen.
- Wenn als Aufnahmeanlass „Begleitperson“ eingetragen ist, wird bei Abrechnung nach DRG Entgelt ‚75100003‘ generiert. Wenn in Tabelle drgkhindiv dieser Entgeltschlüssel für das Krankenhaus zum Aufnahmetag eingetragen ist, wird daraus der Betrag gelesen.



- Wenn als Aufnahmegrund „04“ = „vorstationäre Behandlung ohne vollstationäre Behandlung“ eingetragen ist, wird unabhängig von der Abrechnungsart kein Entgelt außer einem für vorstationäre Behandlung generiert. Zusätzlich generiert GetDRG / GetPEPP weiterhin folgende Entgelte:
- Bei Abrechnungsart „DRG“ oder „besondere Einrichtung“ werden Zusatzentgelte (ZE) gemäß den in der FPV vorgesehenen OPS-Codes generiert. Diese sind in der Datei drgzeXX.txt hinterlegt. Bei bundeseinheitlichen ZE erhält das Entgelt den dort hinterlegten Schlüssel und Betrag. Bei krankenhausindividuellen ZE wird der Schlüssel aus Tabelle drgkhindiv, der für das Krankenhaus um Aufnahmetag mit dem Schlüssel aus Tabelle drgkhindiv als Bezug gefunden wird, mit dem dort gespeicherten Preis generiert. Findet sich dort kein Entgelt, wird der Schlüssel aus drgzeXX.txt mit dem Standardbetrag (derzeit 600 €) generiert. Für ZE aus neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird derzeit kein Entgelt generiert.
- Unabhängig von der Abrechnungsart werden alle Entgelte, die als krankenhausindividuelle Entgelte in der Tabelle khindiv eingetragen sind und deren Schlüssel mit ,40‘, ,46‘, ,47‘, ,48‘, ,49‘ oder ,75‘ beginnt, mit Anzahl 1 zusätzlich generiert, wenn die Bedingung, die dazu eingetragen wird, erfüllt ist und der Fall nicht ausschließlich vorstationär ist. Der Zu- oder Abschlag, wegen Erlösausgleich (47100011 oder 47200011), wird generiert, wenn das Entgelt entweder in Tabelle drgkhindiv mit dem Entgeltschlüssel oder in Datei drgbasis.txt als Zu-/Abschlag eingetragen ist.
- Wenn vor- oder nachstationäre Behandlungstage eingetragen sind, werden abteilungsbezogene Pauschalen für die vor- und nachstationäre Behandlung generiert, sofern keine Fallpauschale generiert wird und – bei nachstationärer Behandlung – Verweildauer und vorstationäre Behandlung die OGVD nicht erreichen. Dabei wird für die vorstationäre Behandlung die erste, für die nachstationäre Behandlung die letzte Abteilung aus der Fachabteilungshistorie (s.u.) herangezogen. Die leistungsbezogenen vor- und nachstationären Entgelte werden nicht generiert.
- Folgende Zusatzentgelte werden nur generiert, wenn beide OPS-Codes am selben Tag vorhanden sind. Dies ist vor allem relevant, wenn die Leistung des ZE im Fall mehrfach erbracht wird. Die Regelung gilt für alle ZE mit zwei OPS-Codes ab 2009.
 - ZE2012-87 (medikamentenfreisetzende Ballons an Koronargefäßen), Benutzerhandbuch GetDRG / GetPEPP GEOS Seite 29
 - ZE105 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigen Gefäßverschlusskörper),
 - ZE 106 (Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen) und
 - ZE 133 (Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems)



Der Reiter ändert seine Beschriftung, wenn krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte, die über einen OPS-Code definiert sind (Entgeltschlüssel 76, 77, C4, C5, C9), vorhanden sind in "*Entgelte und Zusatzentgelte*".



2.2.5.2 Erfasste Entgelte

Die Entgelte können Sie im unteren Abschnitt manuell eintragen. Sie werden in der GRP-Datei und bei den §21 Daten gespeichert.

Folgende Felder müssen Sie eingeben:

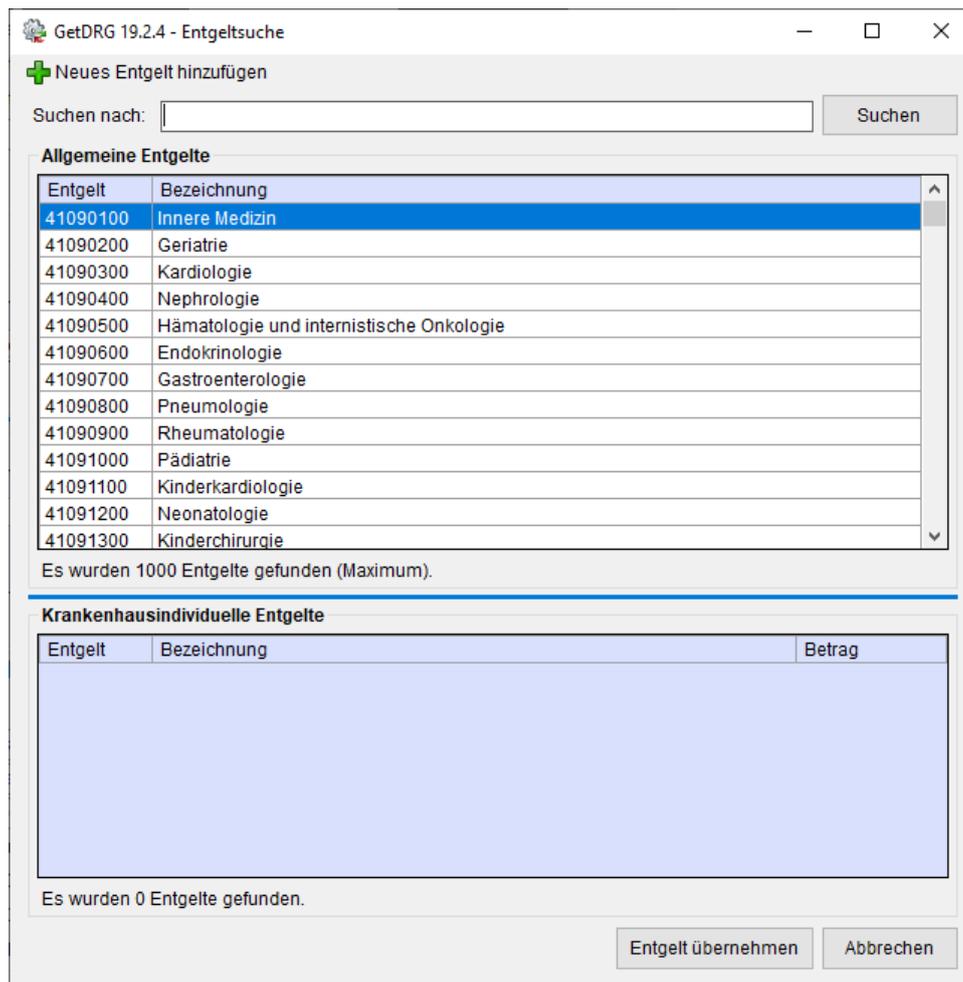
- Entgeltschlüssel 8-stellig
- Abrechnungszeitraum "*von*" und "*bis*"
- Tage ohne Berechnung
- Anzahl
- Einzelbetrag

2.2.5.2.1 Suchfunktion

Im Feld "*Entgelt*" besteht die Möglichkeit, nach Entgelten zu suchen, indem z. B. ein Suchbegriff in dieser Spalte eingetragen wird und das Feld mit der Taste TAB oder Return verlassen wird.

Erfasste Entgelte									Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>
Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag		
471								✘	
								Summe: 0,00 ✘	

Daraufhin wird ein Suchdialog mit allen Entgelten, die zu dem eingetragenen Suchbegriff passen, angezeigt.



Durch einen Doppelklick auf einen Eintrag oder über die Schaltfläche "*Entgelt übernehmen*" wird das ausgewählte Entgelt übernommen.

Über den Button "*Neues Entgelt hinzufügen*" kann ein neues Krankenhausindividuelles Entgelt hinzugefügt werden.

Die Entgelte können in diesem Suchdialog nicht geändert werden.
Im Feld "*Bezeichnung*" wird die Beschreibung der Entgelte angezeigt.

2.2.5.2.2 Entgelte bearbeiten

Der Einzelbetrag für das Entgelt wird bei DRG-Fallpauschalen, Zu- und Abschlägen aus der Bewertungsrelation der DRG und dem eingestellten Basisfallwert errechnet, wenn der Abrechnungszeitraum "*von*" und "*bis*" eingegeben wurde. Bei bundeseinheitlichen Zusatzentgelten gilt ein fester Betrag nach FPV des jeweiligen Jahres. Bei anderen Entgelten wird der Betrag aus der Stammdatentabelle drgkhindiv gelesen (s.o.).

Für den Gesamtbetrag wird der Einzelbetrag mit der Anzahl multipliziert. Im Feld "*Kostengewicht*" werden die einzelnen Kostengewichte der Entgelte, bereits multipliziert mit der Anzahl, ausgegeben.

Der Gesamtbetrag für den kompletten Fall wird unter den erfassten Entgelten angezeigt. Die Entgelthöhe im Bereich "*DRG*" steht dagegen für die generierten DRG-Entgelte.



Um die generierten Entgelte als erfasste Entgelte zu übernehmen, können die Pfeiltasten zwischen den Entgeltlisten verwendet werden. Die Taste übernimmt das aktuell markierte generierte Entgelt zu den erfassten Entgelten. Die Taste übernimmt alle generierten Entgelte. Im Bereich "*Erfasste Entgelte*" können weitere Entgelte eingetragen werden.

Mit der Taste wird das markierte Entgelt ohne Nachfrage gelöscht. Möchte man alle erfassten Entgelte auf einmal löschen, kann dies über die Tasten unten rechts getan werden. Der Benutzer wird in diesem Fall gefragt, ob wirklich alle erfassten Entgelte gelöscht werden sollen.

Mehrere Zeilen anzeigen

von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	
Summe:						0,00

2.2.5.2.3 Hervorgehobene Entgelte

Ist in den Optionen die Einstellung zum Hervorheben der erfassten Entgelte aktiviert, werden die erfassten Entgelte wie folgt hervorgehoben.

1. Ist ein erfasstes Entgelt mit denselben Werten in den generierten Entgelten vorhanden, wird das erfasste Entgelt farblich wie das generierte Entgelt angezeigt.

Generierte Entgelte Mehrere Zeilen anzeigen

Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht
47100026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für die Beteiligung an einrichtu...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	0,20	0,20	0
47100027	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufen...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	17,57	17,57	0
47200026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Fixkostendegressionsabschlag nach § 4...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	-2,50	-2,50	0
75105002	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 K...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	104,26	104,26	0
75105003	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 P...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	38,65	38,65	0
Summe:						998,07		

Erfasste Entgelte Mehrere Zeilen anzeigen

Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	
47100020	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHE...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	1,43	1,43	
47100022	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntG (pr...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	3,03	3,03	
47100024	Kann nicht ermittelt werden	09.10.2018	09.10.2018	0	1	21,41	21,41	
47100026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifend...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	0,20	0,20	
47200026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntG	09.10.2018	09.10.2018	0	1	-7,67	-7,67	
48000001	DRG Systemzuschlag - DRG-Systemzuschlag, vollstationär	09.10.2018	09.10.2018	0	1	1,31	1,31	
7010J68A	DRG-Entgelt - Hauptabteilung: Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	09.10.2018	09.10.2018	0	1	842,46	842,46	
75105002	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 KHG Nordrhein-We...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	87,86	87,86	

2. Ist ein erfasstes Entgelt in den generierten Entgelten vorhanden, aber die Werte unterscheiden sich an manchen Stellen, wird das erfasste Entgelt farblich hervorgehoben und die unterschiedlichen Werte rot markiert.



Generierte Entgelte Mehrere Zeilen anzeigen

Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht
47100026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für die Beteiligung an einrichtu...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	0,20	0,20	0
47100027	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufen...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	17,57	17,57	0
47200026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Fixkostendegressionsabschlag nach § 4...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	-2,50	-2,50	0
75105002	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 K...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	104,28	104,28	0
75105003	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 P...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	38,65	38,65	0
Summe:							998,07	

Erfasste Entgelte Mehrere Zeilen anzeigen

Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht
47100020	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHE...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	1,43	1,43	0
47100022	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntG (pr...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	3,03	3,03	0
47100024	Kann nicht ermittelt werden	09.10.2018	09.10.2018	0	1	21,41	21,41	0
47100026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifend...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	0,20	0,20	0
47200026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntG	09.10.2018	09.10.2018	0	1	-7,67	-7,67	0
48000001	DRG Systemzuschlag - DRG-Systemzuschlag, vollstationär	09.10.2018	09.10.2018	0	1	1,31	1,31	0
7010J68A	DRG-Entgelt - Hauptabteilung: Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	09.10.2018	09.10.2018	0	1	842,46	842,46	0
75105002	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 KHG Nordrhein-We...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	87,86	87,86	0

3. Ist ein erfasstes Entgelt in den generierten Entgelten nicht vorhanden, wird das erfasste Entgelt farblich hervorgehoben und alle Werte rot markiert.

Generierte Entgelte Mehrere Zeilen anzeigen

Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht
47100026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für die Beteiligung an einrichtu...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	0,20	0,20	0
47100027	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für Teilnahme am Notfallstufen...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	17,57	17,57	0
47200026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Fixkostendegressionsabschlag nach § 4...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	-2,50	-2,50	0
75105002	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 K...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	104,26	104,26	0
75105003	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 33 Abs. 3 Satz 1 P...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	38,65	38,65	0
Summe:							998,07	

Erfasste Entgelte Mehrere Zeilen anzeigen

Entgelte	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag	Kostengewicht
47100020	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHE...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	1,43	1,43	0
47100022	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag Mehrkosten G-BA nach § 5 Abs. 3c KHEntG (pr...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	3,03	3,03	0
47100024	Kann nicht ermittelt werden	09.10.2018	09.10.2018	0	1	21,41	21,41	0
47100026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Zuschlag für die Beteiligung an einrichtungsübergreifend...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	0,20	0,20	0
47200026	Zu- und Abschlag nach GMG und sonstiger Zu- und Abschlag - Fixkostendegressionsabschlag nach § 4 Abs. 2b KHEntG	09.10.2018	09.10.2018	0	1	-7,67	-7,67	0
48000001	DRG Systemzuschlag - DRG-Systemzuschlag, vollstationär	09.10.2018	09.10.2018	0	1	1,31	1,31	0
7010J68A	DRG-Entgelt - Hauptabteilung: Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	09.10.2018	09.10.2018	0	1	842,46	842,46	0
75105002	Zu- und Abschlag nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntG - Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 KHG Nordrhein-We...	09.10.2018	09.10.2018	0	1	87,86	87,86	0

2.2.6 Fachabteilungen

Der Reiter der Fachabteilungen dient der Erfassung von Fachabteilungen, sowie für vor- und nachstationären Behandlungstage.

Diagnosen / Prozeduren	Entgelte	Fachabteilungen																		
<p>Fachabteilungshistorie Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Typ</th> <th>Fachabteilung</th> <th>OK</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Aufnahmetag</th> <th>Uhrzeit von</th> <th>Entlassungstag</th> <th>Uhrzeit bis</th> <th>Intensiv Betten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Typ	Fachabteilung	OK	Bezeichnung	Aufnahmetag	Uhrzeit von	Entlassungstag	Uhrzeit bis	Intensiv Betten									<input type="checkbox"/>
Typ	Fachabteilung	OK	Bezeichnung	Aufnahmetag	Uhrzeit von	Entlassungstag	Uhrzeit bis	Intensiv Betten												
								<input type="checkbox"/>												
<p>Vorstationäre Behandlung Beginn <input type="text"/> Anzahl Tage <input type="text" value="0"/></p> <p>Nachstationäre Behandlung Ende <input type="text"/> Anzahl Tage <input type="text" value="0"/></p> <p>Fallzusammenführungsgrund <input type="text"/></p> <p>Verweildauer Intensiv <input type="text" value="0"/> Abrechnungsart: DRG</p>																				

Pro Fachabteilung müssen Sie folgende Felder erfassen:

- Fachabteilungsschlüssel
- Aufnahmetag und -uhrzeit in die Fachabteilung
- Entlassungs- oder Verlegungstag und -uhrzeit aus der Fachabteilung



An der Spalte "OK" kann erkannt werden, ob die Fachabteilung gültig oder ungültig ist und an der Spalte "PEPP" erkennt der Anwender, ob die Fachabteilung gruppenrelevanter ist oder nicht.

Mit dem Button  auf der rechten Seite einer Zeile können Sie eine Fachabteilung löschen.

Als Fachabteilung können auch die Pseudo-Fachabteilungen "0001" für einen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus bei Rückverlegung und "0002" für einen Aufenthalt zu Hause bei Wiederaufnahme eingegeben werden.

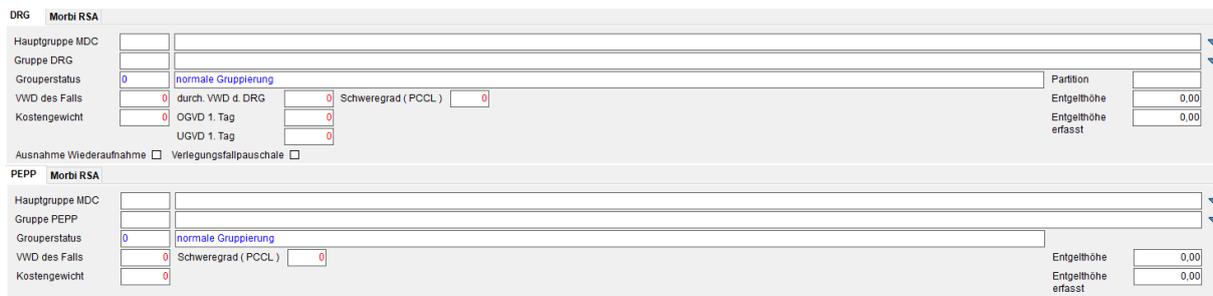
Zusätzlich können hier noch folgende Daten erfasst und in der Textdatei bzw. bei den §21 Daten gespeichert werden.

- Vorstationäre Behandlung Beginn
- Vorstationäre Behandlung Anzahl Tage
- Nachstationäre Behandlung Ende
- Nachstationäre Behandlung Anzahl Tage
- Fallzusammenführungsgrund bei zusammengeführten Fällen mit Fachabteilung 0001 oder 0002
- Verweildauer Intensiv

Die Abrechnungsart wird im Reiter "*Fachabteilungen*" nur zur Kontrolle nochmals angezeigt.

2.2.7 Gruppierungsergebnisse – DRG und PEPP

Im Reiter DRG werden die Gruppierungsergebnisse des Grouper angezeigt.



Folgende Felder werden für die DRG Gruppierungsergebnisse ausgegeben:

- Hauptdiagnosegruppe MDC
- DRG
- durchschnittliche Verweildauer der DRG
- erster Tag mit Abschlag bei der unteren Grenzverweildauer der DRG
- erster Tag mit Zuschlag bei der oberen Grenzverweildauer der DRG
- Verlegungsfallpauschale (Kennzeichen, ob es sich um eine Verlegungsfallpauschale handelt)
- Kostengewicht der Fallpauschale einschließlich Zu- und Abschlägen
- Verweildauer des Falles
- Fallschweregrad (PCCL)



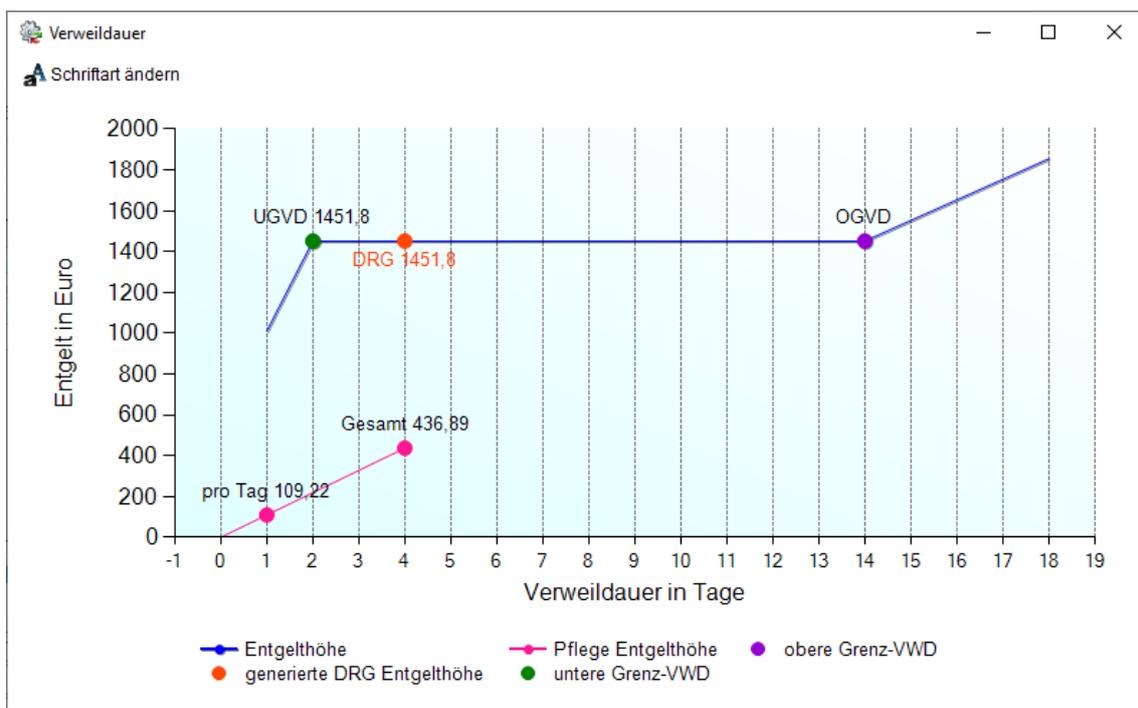
- Entgelthöhe (Summe der Beträge der DRG-Fallpauschale und der Zu- und Abschläge auf Basis der über Optionen eingestellten Standardfallkosten in Euro sowie aller weiterer generierten Entgelte)
- Grouperstatus (Hinweis auf fehlerhafte Eingabe, wenn der Fall in eine Fehlergruppe z. B. 960Z gruppiert wird)
- Partition („operativ“, „medizinisch“ oder „andere“)
- Ausnahme Wiederaufnahme
- Summe der Kostengewichte Pflege

Folgende Felder werden für die **PEPP** Gruppierungsergebnisse ausgegeben:

- Hauptdiagnosegruppe MDC
- PEPP
- Grouperstatus (Hinweis auf fehlerhafte Eingabe, wenn der Fall in eine Fehlergruppe gruppiert wird)
- Kostengewicht der Fallpauschale einschließlich Zu- und Abschlägen
- Verweildauer des Falles
- Fallschweregrad (PCCL)
- Entgelthöhe (Summe der Beträge der Vergütungsstufen auf Basis der über Optionen eingestellten Standardfallkosten in Euro sowie aller weiterer generierten Entgelte)

2.2.7.1 Verweildauer Grafik

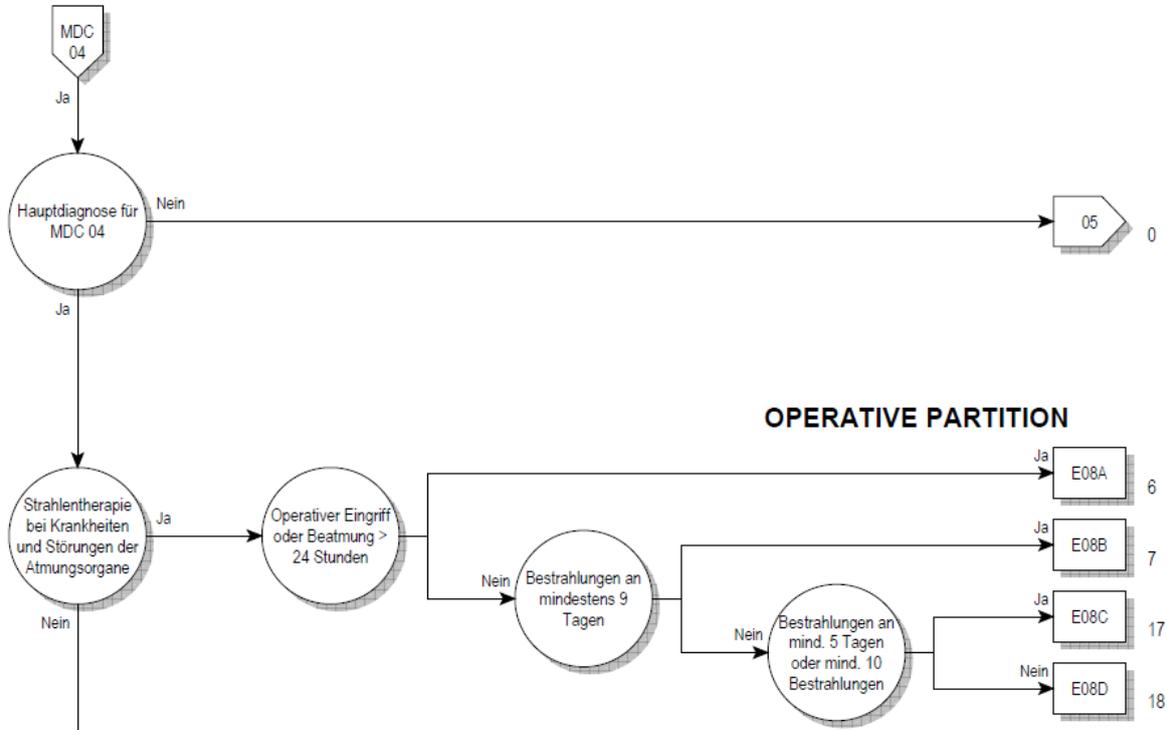
Die Verweildauer Grafik wird durch einen Klick mit der rechten Maustaste im Feld "*durch. VWD d. DRG*" eingeblendet.





2.2.7.2 Definitionshandbuch

Das passende Definitionshandbuch zur entsprechenden MDC kann mit einem Rechtsklick auf die Felder Hauptdiagnose MDC und DRG geöffnet werden.



Achtung: Um das Definitionshandbuch öffnen zu können, wird ein PDF-Viewer benötigt. Damit das Definitionshandbuch sofort an der benötigten Seite angezeigt werden kann, wird der Adobe Acrobat Reader DC benötigt.

2.2.7.3 Status

Im Status wird für die patienten- und fallbezogenen Felder, die in die Gruppierung eingehen, angezeigt, ob sie gültig oder ungültig sind (Feld „OK“ mit grünem oder rotem Punkt) und ob sie für die Gruppierung relevant sind oder nicht (Feld „DRG“ mit grünem oder keinem Punkt).

	OK	DRG		OK	DRG
Alter	●		Beatmung	●	
Geschlecht	●		Aufnahmegewicht	●	
Verweildauer	●		Aufnahmearbeit	●	
Entlassungsgrund	●		Aufnahmegrund	●	
Entlassungsgrund3	●		Tagesfall	●	

2.2.8 Gruppierungsergebnisse – Morbi RSA

Im Reiter Morbi RSA wird die Vergütung des Kostenträgers nach Morbi RSA angezeigt.



DRG Morbi RSA

Hierarchisierte Morbiditätsgruppen: HMG Summe: 0,0000

AGG:

EMG:

ABB:

Summe: Grundpauschale:

Auf der linken Seite wird der Betrag für die monatliche Grundpauschale, die alters- und geschlechtsspezifische Pauschale (AGG), die meist negativ ist, und der Ausgleichsbetrag für das Bundesland (ABB) ausgegeben.

AGG:	11	weiblich, 50 - 54 Jahre	-144,2172
EMG:			
ABB:			
Summe:	456,7476	Grundpauschale:	252,8064

Auf der rechten Seite befinden sich Bezeichnungen und Beträge der einzelnen HMGs, die die Diagnosen auslösen, und die Summe der Beträge aller HMGs.

Hierarchisierte Morbiditätsgruppen:	HMG Summe:	348,1584
277	Bösartige Neubildung der Luftröhre, der Bronchien, der Lu...	348,1584

Einzelheiten dazu sind in einem separaten Dokument (GetDRG_morbirsadoc) beschrieben.

2.2.9 Gruppierungsergebnisse – Leistungsgruppen

Sind die Leistungsgruppen in den Einstellungen aktiviert, wird in der Hauptmaske ein weiterer Reiter „Leistungsgruppen“ neben dem DRG Ergebnis angezeigt.

DRG Morbi RSA **Leistungsgruppen**

Systematik Systemjahr

Leistungsbereich Neonatologie

Leistungsgruppe Perinatalzentrum Level 2

bestimmende Definition

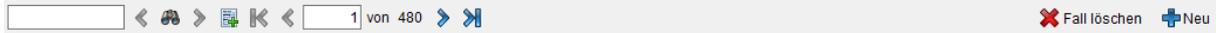
Die Maske zeigt die vorausgewählte Systematik an und das gefundene Systemjahr. Als Ergebnis zeigt es den Leistungsbereich und die Leistungsgruppe an, in die ein Fall eingeteilt wird. Des Weiteren wird die bestimmende Definition angezeigt, dies sind die Kriterien die der Fall erfüllt um in die Leistungsgruppe zu gelangen.

2.2.10 Navigation

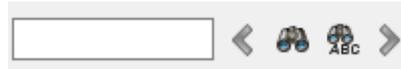
Der Bereich der Navigation dient zum Durchblättern aller eingesehenen oder angelegten Krankenhausfälle. Es können außerdem neue Fälle hinzugefügt oder



vorhandene gelöscht werden. Des Weiteren können die Fälle nach bestimmten Merkmalen durchsucht werden oder über die erweiterte Fallsuche detailliert gefiltert werden.



2.2.10.1 Fallsuche



Mit der Fallsuche können Sie alle eingelesenen Fälle nach Fallnummern oder Teile einer Fallnummer durchsuchen. Gestartet wird die Suche mit einem Klick auf den Button.

Bsp.:



Wenn die Suche mit 1009 gestartet wird, werden alle Fälle gesucht, die in der Fallnummer mit 1009 beginnen und beliebig viele weitere Ziffern nach der letzten Zahl haben. So findet diese Suche z. B. die Fallnummer 10091, 100912, 1009123, etc..

Wurde bei der Fallsuche mind. ein Fall gefunden, wird dieser in der Oberfläche angezeigt.

Wenn bei der Fallsuche mehr als 1 Fall gefunden wurde, können die anderen Fälle über Pfeil Button angezeigt werden.

Mit einem Klick auf wird die Suche für eine exakte Fallnummer durchgeführt. Bei dem Beispiel mit der Suche „1009“ wird nur der Fall mit der Fallnummer „1009“ gefunden.

2.2.10.2 Erweiterte Fallsuche

Die erweiterte Fallsuche dient dem Filtern der Krankenhausfälle nach bestimmten Fallmerkmalen und zum gefilterten abspeichern der Daten.

Speichern Einstellungen

Fallnummer	Versichertennummer	IK	DRG	Hauptdiagnose	Nebendiagnosen	Prozeduren
1000		123456781	K64D	D34		1100
1001		123456780	K64D	D351		1100

2 von 2 Treffer gefunden. Zeige Alle

Übernehmen Schließen



Mehr Informationen hierfür finden Sie in Absatz 0

Erweiterte Fallsuche.

2.2.10.3 Navigieren

Über folgende Pfeiltasten können Sie die einzelnen Fälle durchblättern.



Die einzelnen Pfeiltasten können Sie auch über eine Tastenkombination betätigen.

-  mit Alt + Umschalttaste (Shift Taste) + Pfeiltaste Links
Springt auf den ersten Fall.
-  mit Alt + Pfeiltaste Links
Springt einen Fall zurück.
-  mit Alt + Pfeiltaste Rechts
Springt einen Fall weiter.
-  mit Alt + Umschalttaste (Shift Taste) + Pfeiltaste Rechts
Springt auf den letzten Fall.

Durch einen Mausklick in das Textfeld in dem die aktuelle Fallposition angezeigt wird, kann dort eine beliebige Fallposition eingetragen werden und mit der Enter-Taste auf diese Fallposition gesprungen werden.



2.2.10.4 Fall löschen

Mit dem Button "*Fall löschen*" wird der aktuell angezeigte Fall gelöscht.



Nachdem der Button gedrückt wurde, muss der Benutzer bestätigen, dass der Fall wirklich gelöscht werden soll.

 Wollen Sie wirklich den aktuellen Fall
Fallnr = 10000092
IK = 123456780
löschen?

Ja

Nein

Abbrechen



Bestätigt der Anwender mit dem *Ja* Button, wird der Fall gelöscht.

2.2.10.5 Fall duplizieren

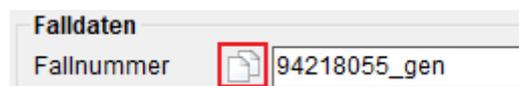
Mit dem Button "*Fall duplizieren*" wird vom aktuellen Fall ein Duplikat erzeugt.



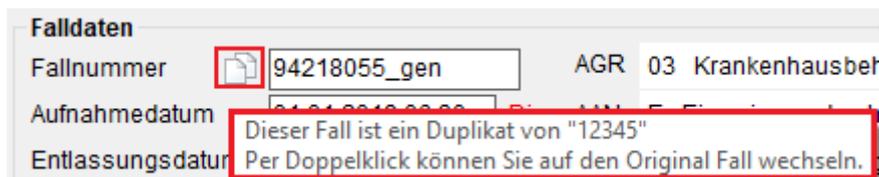
Beim duplizieren eines Krankenhaus Fall, wird für das Duplikat eine neue Fallnummer generiert. Diese wird aus 8 zufälligen Ziffern und dem Zusatz "_gen" erzeugt.

Bsp.: 94218055_gen

Ob ein Fall ein Duplikat eines anderen Falls ist, erkennt man an einem Icon links neben der Fallnummer.



Geht man mit der Maus über das Icon, kann man sehen, welcher Fall das Original ist.



Per Doppelklick auf das Icon, kann man auf den Original Fall wechseln.

2.2.10.6 Fall hinzufügen

Mit dem Button "*Neu*" wird den aktuellen Fällen ein neuer Fall hinzugefügt.



2.2.11 CoCheck

Wenn das extra Tool **CoCheck** zur Prüfung der Kodierrichtlinien installiert ist, erscheint neben den Fachabteilungen ein weiterer Reiter, um **CoCheck** auszuführen.

Diagnosen / Prozeduren		Entgelte	Fachabteilungen		CoCheck						
CoCheck Ergebnisse											
Nr.	Hinweis / Fehler	Datei	Quelle	Seite	Orig./ Neue DRG	Orig./ Neue PCCL	Orig./ Neue KGW	Orig./ Neue ZE	Orig./ Neue Morbi	Orig./ Neue KGW Pflege	O N
163	Diagnose C44.6 sollte statt Diagnose Z08.8 Hauptdiagnose sein. Dadurch ergäbe sich neu DRG J68A.	dkr2020.pdf		93	Z64D J68A	0 0	0,201 0,192	0,00 0,00	0,000 16,270	0,9862 1,3705	
3684	Die Anzahl geriatrischer Behandlungstage ist höher als die Verweildauer.	MeRepKommentar2020.pdf		102	Z64D Z64D	0 0	0,201 0,201	0,00 0,00	0,000 0,000	0,9862 0,9862	
3322	Beatmungsstunden dürfen nur bei intensivmedizinisch versorgten Patienten berechnet werden.	dkr2020.pdf		125	Z64D Z64D	0 0	0,201 0,201	0,00 0,00	0,000 0,000	0,9862 0,9862	



CoCheck wird ausgeführt sobald auf den Reiter gewechselt wird. Über den Button lässt sich die CoCheck Prüfung erneut starten.

Mit dem Button rechts neben lässt sich die Quelle (falls vorhanden) für die Kodierrichtlinie öffnen.

Mit dem Button kann der CoCheck Reiter in einem eigenen Fenster angezeigt werden. Damit können ggf. die CoCheck Prüffehler auf einem zweiten Bildschirm anzeigen und auf dem anderen Bildschirm die Prüffehler behoben werden.

Nachdem der CoCheck Reiter abgepinnt wurde, kann dieser mit dem Button oder durch schließen des extra Dialoges, wieder an die Hauptmaske angepinnt werden.

Weitere Details zu CoCheck können Sie im Handbuch "[CoCheck.pdf](#)" oder unter <https://www.geosmbh.net/> nachlesen.

2.2.11.1 CoCheck Suche

Die CoCheck Suche lässt sich mit dem Button „[CoCheck Suche](#)“ im unteren linken Bereich des CoCheck Reiters öffnen.

Diagnosen / Prozeduren	Entgelte	Fachabteilungen	CoCheck
CoCheck Ergebnisse			
Nr.	Hinweis / Fehler	Datei	Quelle
374	Diagnose B96.3 ist bereits in Diagnose G00.0 enthalten und sollte nicht extra codiert werden.	MeRepKommentar2019.pdf	
3546	Prozedur 8-903 passt nicht zum Alter, das höchstens 17 Jahre betragen darf, da die Prozedur nur bei Patienten unter 18 Jahren codierbar ist.		www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshhtml2019)
3543	Prozedur 8-98d.0 (intensivmed. Behandlung im Kindesalter) passt nicht zum Alter, das zwischen 28 Tagen und 17 Jahren liegen muss.		www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshhtml2019)

Durch das Aufrufen der CoCheck Suche wird jeder der aktuell geladenen Fälle mit CoCheck geprüft. Sollte für einen Fall ein Prüffehler gefunden werden, wird der Fall in der Liste ausgegeben.

Fallnummer	Aufnahmedatum	DRG Orig.	DRG Neu	DRG	PCCL	ZE	Morbi	KGW	KGW Pflege	AOP-alt	AOP-IGES	DRG-amb-IGES	AOP-2023	Meldungen
10000028	03.01.2023 10:20	B11Z												1
10000029	03.12.2022 12:10	R61A												2
10000030	07.12.2022 12:30	B85C												1
10000034	13.12.2022 01:30	A09E												8
10000036	15.12.2022 05:16	F51A	F07C											2
10000040	17.12.2022 14:00	F03C												1
10000041	21.12.2022 09:00	I28B												3
10000043	31.01.2023 09:16	M02B												2
10000045	28.12.2022 11:29	R61B	R61H											1
10000049	31.12.2022 18:47	B02E												2
10000051	01.01.2023 13:56	T61Z												1
10000055	03.01.2023 09:32	R61G	R61H											1
10000056	03.01.2023 09:05	B68D												2
10000057	03.01.2023 09:05	I10G												3

38 von 38 Fällen Fall auswählen | Schließen



In der Kostenträger Variante ist zusätzlich vor der Fallnummer Spalte noch die Spalte für das Institutionskennzeichen vorhanden.

2.2.11.1.1 Filtern

In der ersten in Hellblau markierten Zeile, können Sie nach den Feldern „*DRG*“, „*PCCL*“, „*ZE*“, „*Morbi*“, „*KGW*“, „*KGW Pflege*“, „*AOP-alt*“, „*AOP-IGES*“, „*DRG-amb-IGES*“ und „*AOP-2023*“ Filtern, in dem Sie einen links Klick auf das dort angezeigt Icon machen.

DRG	PCCL	ZE	Morbi	KGW	KGW Pflege	AOP-alt	AOP-IGES	DRG-amb-IGES	AOP-2023

Die verschiedenen Icons bedeuten dabei folgendes:

- DRG =
Durch die Behebung eines Prüffehlers wird eine neue DRG ermittelt.
- PCCL =
Der rote Pfeil nach unten bedeutet, dass der PCCL durch die Behebung eines Prüffehlers kleiner wird.

Der grüne Pfeil nach oben bedeutet, dass der PCCL durch die Behebung eines Prüffehlers größer wird.
- ZE, Morbi, KGW oder KGW Pflege =
Der rote Pfeil nach unten bedeutet, dass der Betrag vom Zusatzentgelt, Morbi, Kostengewicht oder Kostengewicht Pflege kleiner wird.

Der grüne Pfeil nach oben bedeutet, dass der Betrag vom Zusatzentgelt, Morbi, Kostengewicht oder Kostengewicht Pflege größer wird
- AOP-alt, AOP-IGES und DRG-amb-IGES =
Der grüne Hacken bedeutet, dass in dem entsprechenden Fall ein ambulantes Potential vorliegt.
AOP-alt: Der Fall ist in der Regel als ambulante Operation abrechenbar bzw. der Fall ist fakultativ als ambulante Operation abrechenbar.

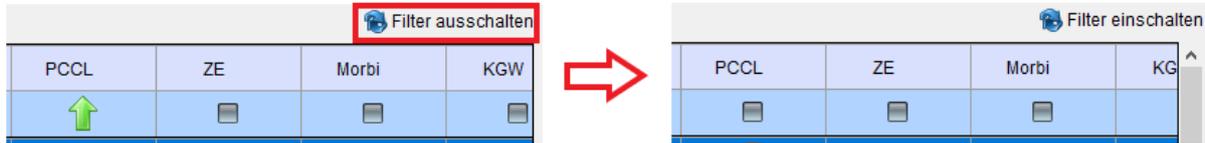
AOP-IGES: Prozedur ist laut IGES-Gutachten ambulant abrechenbar.

DRG-amb-IGES: Der Fall ist laut IGES-Gutachten aufgrund der DRG im Rahmen der primären Fehlbelegung ambulant abrechenbar.

AOP-2023: Der Fall sollte als ambulante Operation abgerechnet werden.



Ist kein Icon vorhanden, ändert sich am entsprechenden Wert nichts, wenn ein Prüffehler behoben wird. Der verwendete Filter kann mit einem Klick auf „*Filter ausschalten*“ ausgeschaltet werden.

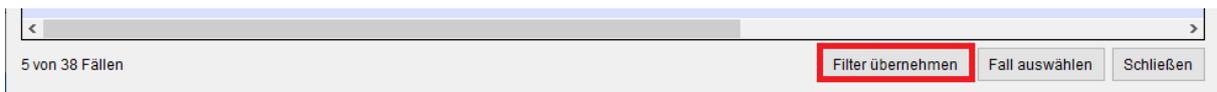


Anschließend kann der Filter mit „*Filter einschalten*“ wieder eingeschaltet werden.



2.2.11.1.2 Filter übernehmen

Wurde beim Filtern von den CoCheck Ergebnissen mind. 1 Fall gefunden, kann der Filter mit dem Button „Filter übernehmen“ auf die Hauptmaske übernommen werden.



Durch das übernehmen vom Filter, können in der Hauptmaske nur noch die gefilterten Fälle angezeigt und bearbeitet werden.



2.2.11.1.3 Anzahl der Prüffehler

Die Zahl in der „*Meldungen*“ Spalten zeigt an wie viele Prüffehler für den Fall gefunden wurden.

2.2.11.1.4 Fall auswählen

Möchten Sie auf einen Fall wechseln um die Prüffehler für diesen zu beheben, können Sie das mit einem Doppelklick auf die entsprechende Zeile machen...

Fallnummer	Aufnahmedatum	DRG Orig.	DRG Neu	DRG	PCCL	ZE	Morbi	KGW	KGW Pflege	Meldungen
Filter nach:										
32	27.06.2019 07:50	J11C								1
33	15.06.2019 08:50	J21Z	S01Z							1
34	18.01.2019 08:50	J21Z	S01Z							1
36	24.06.2019 08:00	J21Z	J08A							1
37	16.08.2019 08:56	F03C	F07B							1
38	02.08.2019 12:50	A11B								3

2x Linksklick



...oder sie wählen die Zeile nur mit einem Klick aus und drücken auf den „Fall auswählen“ Button.

33	15.06.2019 08:50	J21Z	S01Z				
34	18.01.2019 08:50	J21Z	S01Z				

43 von 43 Fällen

Fall auswählen Schließen

Die CoCheck Suche wird anschließend geschlossen und in der Hauptmaske wird der ausgewählte Fall geladen.

2.2.11.1.5 Fälle erneut prüfen lassen

Beim erneuten öffnen der CoCheck Suche wird nur der bereits vorhandene Fall erneut geprüft. Möchten Sie alle Fälle erneut prüfen lassen, können Sie dies mit dem „Alle Fälle erneut prüfen“ Button machen.



Nach dem Klick wird die vorhandene Liste geleert und es werden erneut alle Fälle in CoCheck geprüft und in der Liste angezeigt.

2.2.11.1.6 Dialog ambulantes Potential

Um die Summe des ambulanten Potentials, welches in dem kompletten Falldatenbestand vorhanden ist anzuzeigen, gibt es den Dialog „ambulantes Potential“, der über die Schaltfläche „ambulantes Potential“ aufgerufen wird.



In diesem Dialog werden die Anzahl und der entsprechende Anteil der Fälle mit ambulantes Potential angezeigt.

ambulantes Potential				
	Fälle	Anteil %		Fehlercode
Gesamt	38	100	Gesamtanzahl aller Fälle	
AOP-alt	4	11,11	ambulante Fälle nach 115b alt	32100, 32101
AOP-IGES + DRG-amb-IGES	11	33,33	ambulante Fälle IGES + ambulante DRG IGES	32110, 32111
AOP-IGES	11	33,33	ambulante Fälle IGES	32110
DRG-amb-IGES	0	0	ambulante DRG IGES	32111
AOP-2023	0	0	ambulante Fälle nach AOP-Katalog 2023	32120



Für alle in der GetDRG-Oberfläche eingelesenen Fälle wird der Anteil der potentiell ambulanten Fälle nach AOP-Katalog und nach IGES-Gutachten angezeigt.

Wurde die Fallprüfung abgebrochen, wird diesbezüglich ein Hinweis in der Titelleiste angezeigt, da ggf. die Anzahl der Fälle und der dazugehörige prozentuale Anteil nicht korrekt zur Gesamtanzahl ermittelt werden konnte.

ambulantes Potential - Die Prüfung wurde abgebrochen x

	Fälle	Anteil %		Fehlercode
Gesamt	991	100	Gesamtanzahl aller Fälle	
AOP-alt	0	0	ambulante Fälle nach 115b alt	32100, 32101
AOP-IGES + DRG-amb-IGES	6	0,61	ambulante Fälle IGES + ambulante DRG IGES	32110, 32111
AOP-IGES	6	0,61	ambulante Fälle IGES	32110
DRG-amb-IGES	0	0	ambulante DRG IGES	32111
AOP-2023	7	0,71	ambulante Fälle nach AOP-Katalog 2023	32120

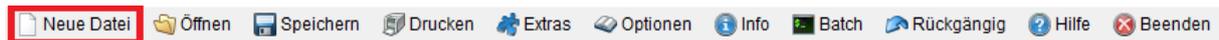


2.3 Menüleiste

Die Menüleiste bietet einen Schnellzugriff auf häufig verwendete Funktionen und Einstellungen.

2.3.1 Neue Datei

Mit der Schaltfläche "Neue Datei" leeren Sie die Eingabemasken und können anschließend einen neuen Fall erfassen.

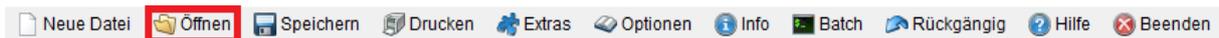


Nach dem Erfassen des Falls muss dieser in einer neuen GRP-Datei, als §21-Daten oder in der Fall-Datenbank gespeichert werden.

Wenn Sie den bestehenden Fällen einen neuen hinzufügen wollen, können Sie in Abschnitt [2.2.10.6 Fall hinzufügen](#) genaueres dazu finden.

2.3.2 Öffnen

Mit der Schaltfläche Öffnen können Sie verschiedene Falldaten-Formate in die Oberfläche laden.



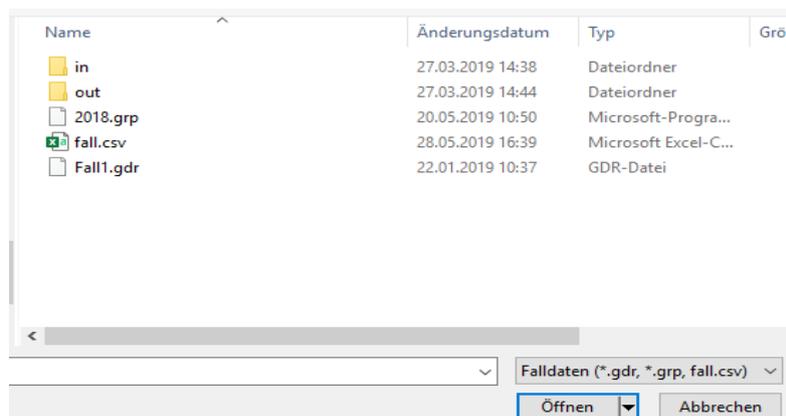
2.3.2.1 Öffnen aus Datei

Mit der Schaltfläche "Öffnen aus Datei", können Sie §21-Daten, GRP- und GDR-Dateien in die Oberfläche laden.

GRP-Format und GDR-Format sind von der Firma GEOS festgelegte Formate, bei denen alle Falldaten in einem Datensatz gespeichert werden.



Diese Funktion lässt sich auch direkt über die "F3" Taste aufrufen. Anschließend öffnet sich der Dialog zur Auswahl einer beliebigen Datei in den oben genannten Formaten.





Wurde eine Datei ausgewählt, wird diese anschließend in die Oberfläche geladen.



Information: Beim Einlesen von §21-Dateien kann nur die Fall.csv ausgewählt werden. Das Programm erwartet aber, dass die Fab.csv, lcd.csv, Ops.csv und Entgelte.csv (Ent.csv) im Verzeichnis ebenfalls vorhanden sind.

2.3.2.1.1 §21 Filter

Beim Öffnen von §21-Dateien erscheint folgender Dialog um die §21-Daten während dem Einlesen filtern zu können.

Zur Auswahl stehen Ihnen hierfür folgende Filter:

Filter	Standard	Beschreibung
Zeiteinschränkung <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme von • Aufnahme bis • Entlassung von • Entlassung bis 	Nicht aktiv	Das von Datum " <i>von</i> " der Aufnahme und Entlassung muss immer vor dem jeweiligen " <i>bis</i> " Datum liegen.
Fälle der integrierten Versorgung nicht einlesen	Aktiv	Fälle der integrierten Versorgung Aufnahmegrund Stelle 3 = 4 z. B. "0141" Krankenhausbehandlung, vollstationär Normalfall - Behandlung im Rahmen der integrierten Versorgung oder enthält ein Entgelt mit dem Entgeltschlüssel 61xxxxxx
Fälle mit Begleitpersonen nicht einlesen	Aktiv	Aufnahmegrund = <i>B</i>



Teilstationäre Fälle nicht einlesen	Aktiv	Aufnahmegrund = <i>03</i>
Vorstationäre Fälle nicht einlesen	Aktiv	Aufnahmegrund = <i>04</i>
DRG-Fälle nicht einlesen	Nicht aktiv	Entgeltbereich = <i>DRG</i>
PSY-Fälle nicht einlesen	Aktiv	Entgeltbereich = <i>PSY</i>
PIA-Fälle nicht einlesen	Aktiv	Entgeltbereich = <i>PIA</i>
Fallnummern <ul style="list-style-type: none">Fälle aus der Datei ladenFälle aus der Datei nicht laden	Nicht aktiv	Über den Datei Auswahl Dialog kann eine Datei ausgewählt werden die KH-interne-Kennzeichen (Fallnummern) enthält. Je nach Schaltung der Radio-Buttons werden entweder nur diese Fälle aus den §21-Daten geladen oder alle außer diesen Fällen geladen.

Über die Schaltfläche "*Bestätigen*" werden dann die §21 Dateien mit den eingestellten Filter Kriterien geladen.

Mit "*Abbrechen*" werden keine §21 Daten geladen und der Dialog geschlossen.

Über die Kontrollbox "*Filter verwenden*" können Sie den Filter De- oder Aktivieren. Wenn der Filter deaktiviert ist, werden immer alle §21 Daten geladen.

In der Fallnummern Datei wird pro Zeile ein KH-interne-Kennzeichen (Fallnummer) erwartet.

Beispiel:

```
1 1
2 10
3 100
4 101
5 101
6 102
7
```

Ist der Schalter „Fälle aus der Datei laden“ gewählt, werden aus den §21-Daten nur diese Fälle eingelesen, bei denen das KH-interne-Kennzeichen in der Fallnummern Datei enthalten ist.

Beispiel:

Die §21-Daten enthalten Fälle mit folgenden Fallnummern:

- 1
- 10
- 100
- 101
- 102

Die Fallnummern Datei enthält folgende Fallnummern:



- 1
- 10
- 100

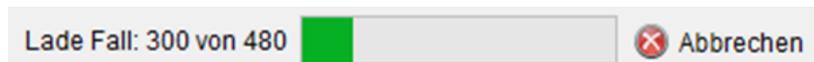
Dann werden in die Oberfläche nur die Fälle aus der Fallnummern Datei geladen:

- 1
- 10
- 100

Ist der Schalter „Fälle aus der Datei nicht laden“ gewählt, werden aus den §21-Daten nur diese Fälle eingelesen, bei denen das KH-interne-Kennzeichen in der Fallnummern Datei nicht enthalten ist.

2.3.2.1.2 Ladevorgang

Sobald der Ladevorgang beginnt, können Sie unten rechts einen Fortschrittsbalken sehen.



Der Ladevorgang kann jederzeit über den Abbrechen Button abgebrochen werden. Wenn der Ladevorgang abgebrochen wurde, können nur die Fälle angezeigt werden, welche bereits eingelesen wurden.

Es können maximal 100.000 Datensätze eingelesen werden.

2.3.2.2 Laden aus Datenbank

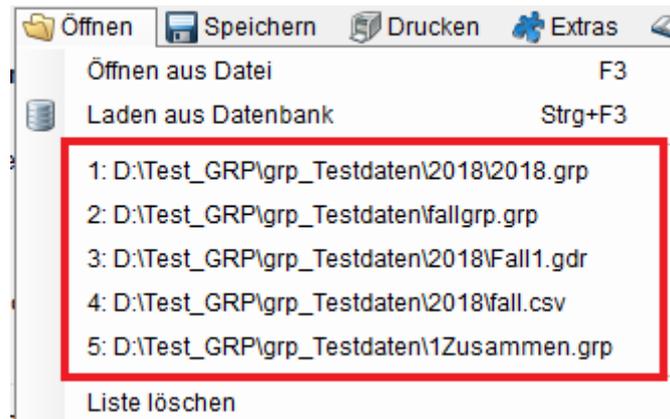
Um Fälle aus einer Fall-Datenbank anzuzeigen, muss in den Optionen eine Datenbankverbindung für die Fall-Datenbank eingestellt werden.



Diese Funktion lässt sich auch direkt über die Tastenkombination **Strg + F5** aufrufen.

2.3.2.3 Zuletzt geöffnete Dateien

Wenn Sie bereits Fälle in die Oberfläche geladen haben, können Sie diese einfacher erneut laden, indem Sie den Schnellzugriff benutzen.



Mit einem Klick auf die jeweilige Zeile, wird die entsprechende Datei in die Oberfläche geladen.

In der Liste der zuletzt geöffneten Dateien, werden immer nur die 5 zuletzt eingelesenen Dateien angezeigt.

Durch einen Klick auf "*Liste löschen*" wird die aktuelle Liste geleert.

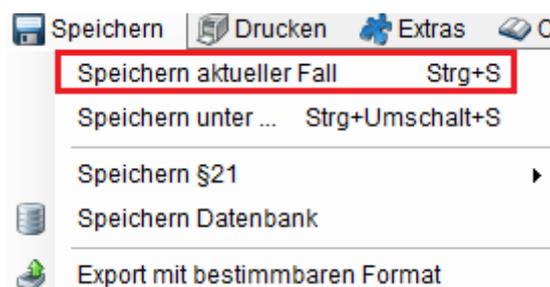
2.3.3 Speichern

Im Menü Speichern können Sie aktuell eingelesenen Daten in der eingelesenen Datei, in einer neuen Datei, in einem bestimmten §21-Format, in einer Datenbank oder einem selbst bestimmten Format speichern.

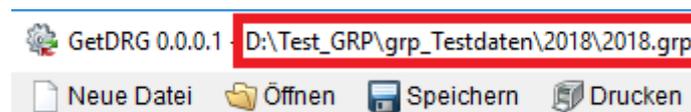


2.3.3.1 Speichern aktueller Fall

Wird auf "*Speichern aktueller Fall*" geklickt, werden aktuelle Änderungen im Fall gespeichert und anschließend die Änderungen in die eingelesene Datei geschrieben.



Welche Datei eingelesen ist, können Sie in der Titelleiste des Programms entnehmen.



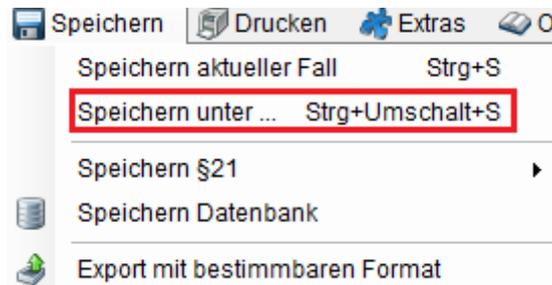
Das Speichern können Sie auch mit der Tastenkombination *Strg + S* starten.



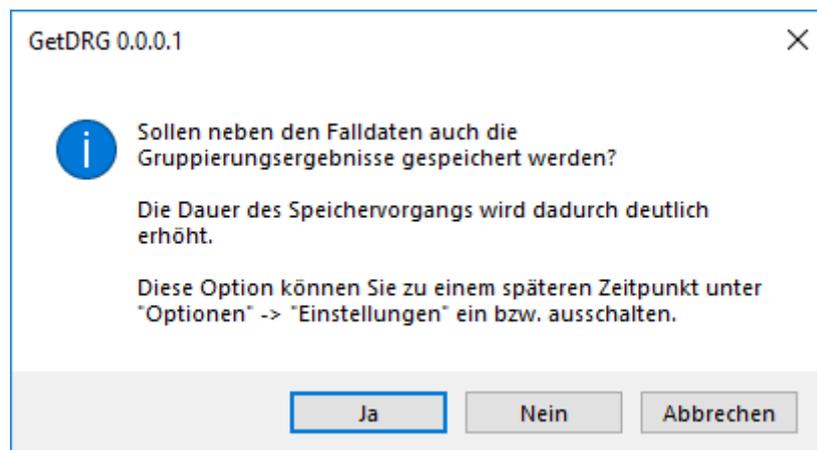
2.3.3.2 Speichern unter

Wenn Sie auf "[Speichern unter ...](#)" klicken, können Sie eine neue Datei angeben, in welche die eingelesenen Daten gespeichert werden sollen.

Die Dateien werden hierbei immer im GRP-Format gespeichert.



Beim ersten Speichern im GRP-Format, wird der Anwender gefragt, ob die Gruppierungsergebnisse ebenfalls gespeichert werden sollen.



Bestätigt der Benutzer die Frage mit "*Ja*", dann werden die Gruppierungsergebnisse bei diesem und den folgenden Speichernvorgängen ebenfalls gespeichert.

"*Nein*", speichert nur die Falldaten ohne Gruppierungsergebnisse und "*Abbrechen*" bricht den Speichervorgang ab.

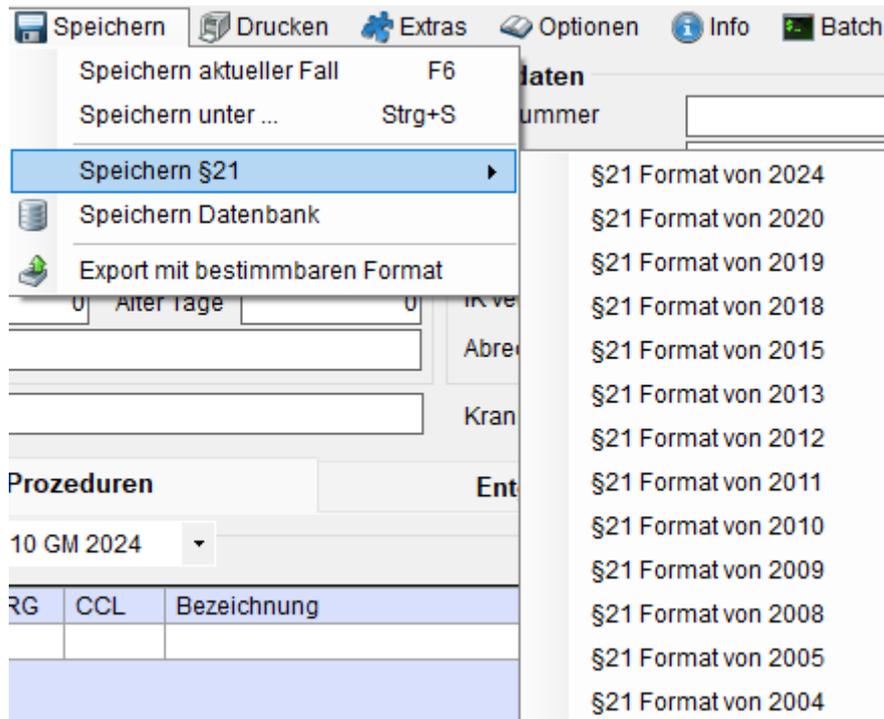
Wenn der Dialog mit Abbrechen beendet wurde, wird der Anwender beim nächsten Speichern im GRP-Format erneut gefragt, ob er Gruppierungsergebnisse speichern möchte.

Die Option, ob Gruppierungsergebnisse gespeichert werden sollen, kann auch in den "*Optionen*" im Reiter "*Einstellungen*" ein und ausgeschaltet werden.

Die Funktion "[Speichern unter ...](#)" können Sie auch mit der Tastenkombination *Strg* + *Umschalttaste* + *S* ausführen.

2.3.3.3 Speichern §21

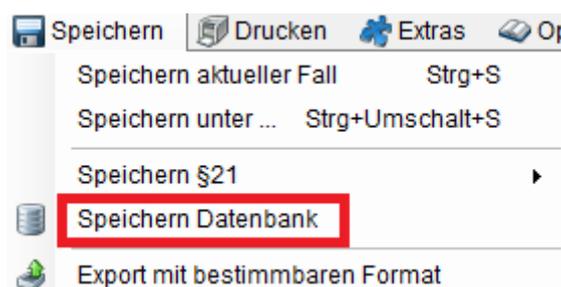
Bei Speichern §21 stehen Ihnen mehrere §21-Format zur Auswahl. Wählen Sie eins aus und geben Sie den Ordner an, in dem Sie die Daten im ausgewählten §21-Format speichern wollen.



Befinden Sie sich im ausgewählten Ordner bereits §21-Daten, wird das durch einen Warnhinweis kenntlich gemacht. Der Anwender kann hier entscheiden, ob die vorhandenen §21-Daten überschrieben werden sollen oder ob der Vorgang abgebrochen werden soll.

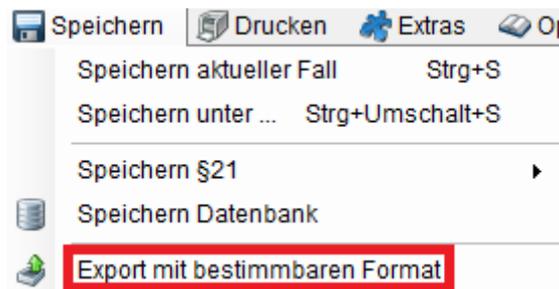
2.3.3.4 Speichern Datenbank

Mit Speichern Datenbank, werden alle eingelesenen Fälle in die festgelegte Fall-Datenbank geschrieben. Ist ein Fall bereits in der Datenbank vorhanden, wird dieser aktualisiert.

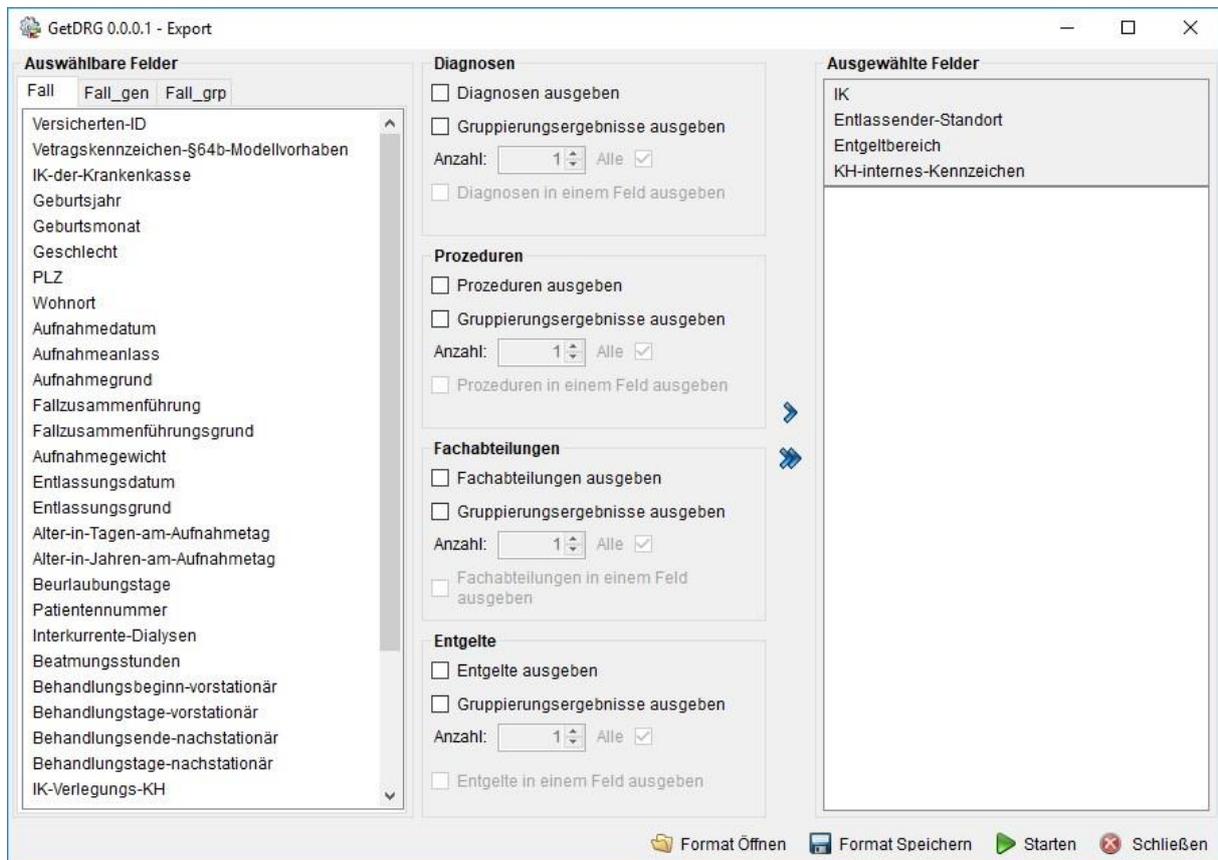


2.3.4 Export

Beim Export können Sie Ihre Daten in einem frei bestimmbar Format als CSV-Datei abspeichern.



In der Oberfläche des Exports können Sie beliebige Felder auswählen, die in der CSV-Datei ausgegeben werden sollen.



Im Bereich "*Ausgewählte Felder*" stehen dann die Felder, die exportiert werden. Die Felder "*IK*", "*Entlassender-Standort*", "*Entgeltbereich*" und "*KH-internes-Kennzeichen*" sind Schlüsselfelder um einen Fall identifizieren zu können und werden aus diesem Grund immer exportiert.

Beim Export wird die erste Zeile mit den Überschriften der ausgewählten Felder gefüllt und die einzelnen Felder mit einem Semikolon (Strichpunkt, ;) getrennt.

Um ein oder mehrere Felder auszugeben, müssen Sie die entsprechenden Felder in der Liste "*Auswählbare Felder*" markieren und bestätigen die Übernahme mit der einfachen Pfeiltaste . Wenn Sie alle Felder einer Liste übernehmen wollen, können Sie dies über die doppelte Pfeiltaste  tun.



Um ein Feld aus dem ausgewählten Bereich zu entfernen muss dieses markiert werden. Dadurch ändert sich die Richtung der Pfeile und so können Sie einzelne markierte Felder mit der einfachen Pfeiltaste oder alle ausgewählten Felder mit der doppelten Pfeiltaste entfernen.

Die Reihenfolge der ausgewählten Felder lässt sich per Drag & Drop (anklicken eines Eintrags und mit gedrückter Maustaste verschieben) ändern.

Bei den wiederholbaren Feldern wie z. B. Diagnosen oder Prozeduren, können Sie entweder alle ausgeben indem Sie die Kontrollbox "*Alle*" auswählen

Diagnosen

Diagnosen ausgeben

Gruppierungsergebnisse ausgeben

Anzahl: Alle

Diagnosen in einem Feld ausgeben

oder nur eine bestimmte Anzahl, wenn Sie den Haken bei der Kontrollbox entfernen.

Diagnosen

Diagnosen ausgeben

Gruppierungsergebnisse ausgeben

Anzahl: Alle

Diagnosen in einem Feld ausgeben

Wenn Sie z. B. die Kontrollbox "*Diagnosen in einem Feld ausgeben*" aktivieren, dann werden alle Diagnosen z. B. in Excel in einer Spalte angezeigt. Wenn die Kontrollbox nicht aktiv ist, wird jede Diagnose in einer eigenen Spalte angezeigt.

2.3.4.1 Diagnosen

Bei den Diagnosen ist die erste Diagnose immer die Hauptdiagnose. Folgende Felder werden mit ^ getrennt ausgegeben:

- ICD-Kode

Zusätzlich können noch die Gruppierungsergebnisse ausgegeben werden. Diese werden mit & getrennt angefügt.

- ICD-Kode
- Diagnose gruppierungsrelevant
- Diagnose gültig
- CCL der Diagnose
- CCL der Diagnose nach Ausschluss
- Morbi relevant

Wenn mehr als eine Diagnose vorhanden ist, wird die nächste Diagnose nach einem ~ angefügt.



2.3.4.2 Operationen

Folgende Felder werden mit ^ getrennt ausgegeben:

- OPS-Kode
- OPS-Lokalisation
- OPS-Datum

Zusätzlich können noch die Gruppierungsergebnisse ausgegeben werden. Diese werden mit & getrennt angefügt.

- OPS-Kode
- Gültigkeit pro OPS
- Typ der Prozedur
- Gruppierungsrelevanz pro OPS
- Gültigkeit in Tagen bei PEPP mit Pseudo

Wenn mehr als eine Prozedur vorhanden ist, wird die nächste Prozedur nach einem ~ angefügt.

Über die Kontrollbox "Nur Ops-Kode ausgeben" wird nur das Feld "OPS-Kode" ausgegeben.

Prozeduren

Prozeduren ausgeben

Nur Ops-Kode ausgeben

2.3.4.3 Fachabteilungen

Folgende Felder werden mit ^ getrennt ausgegeben:

- FAB
- FAB-Aufnahmedatum
- FAB-Entlassungsdatum
- Kennung-Intensivbett

Zusätzlich können noch die Gruppierungsergebnisse ausgegeben werden. Diese werden mit & getrennt angefügt.

- Fachabteilungsschlüssel
- Fachabteilung gruppierungsrelevant
- Fachabteilung gültig

Wenn mehr als eine Fachabteilung vorhanden ist, wird die nächste Fachabteilung nach einem ~ angefügt.

2.3.4.4 Entgelte

Folgende Felder werden mit ^ getrennt ausgegeben:

- Entgeltart



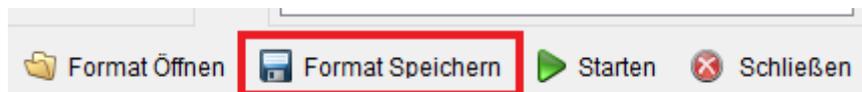
- Entgeltbetrag
- Abrechnung von
- Abrechnung bis
- Entgeltanzahl
- Tage-ohne-Berechnung-Behandlung

Zusätzlich können noch die Gruppierungsergebnisse ausgegeben werden. Diese werden mit & getrennt angefügt.

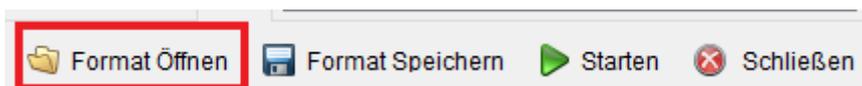
- Entgeltart
- Abrechnung von
- Abrechnung bis
- Entgeltanzahl
- Entgeltbetrag
- Kostengewichte pro Entgelt
- Kostengewicht des Entgelts
- Tage-ohne-Berechnung-Behandlung

2.3.4.5 Formatvorlagen verwalten

Die zugeordneten Felder in der Liste "*Ausgewählte Felder*" kann in einer Formatvorlage mit der Schaltfläche "*Speichern*" gespeichert werden.



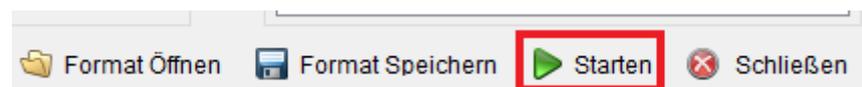
Über die Schaltfläche "*Format Öffnen*" können Sie gespeicherte grpff-Dateien (vom Export gespeicherte Formatvorlagen) einlesen.



Durch das Einlesen einer Formatvorlage wird die Liste der ausgewählten Felder gefüllt und muss so nur einmalig gefüllt werden, wenn Sie vorher Ihr Format gespeichert haben.

2.3.4.6 Export starten

Über die Schaltfläche "*Starten*" wird der Export gestartet



Anschließend wird der Anwender gefragt, wo und mit welchem Namen die Datei gespeichert werden soll. Wurde der Pfad und der Dateiname festgelegt, wird anschließend der Export durchgeführt und die Ergebnisdatei mit dem Dateinamen und der Endung .CSV wird erzeugt.



Achtung: Wenn Sie die Ergebnisdatei mit Excel öffnen ist dabei zu beachten, dass Felder wie z. B. Datumsfelder im Format JJJJMMTT exportiert werden und dadurch nicht korrekt in Excel dargestellt werden.



2.3.5 Drucken

Über die Schaltfläche "*Drucken*" oder die Tastenkombination *F7* wird die Druckvorschau geöffnet.

GetDRG 21.2.9 LG_3

Versichertendaten

Versicherten Nr.	Alter Jahre	31
Vorname	Alter Tage	
Name	Geschlecht	weiblich
Geburtsdatum 01.01.1990	Aufnahmegewicht	
PLZ	Erwerbsminderungsrente	

Falldaten

IK 200202970	Krankenkassen IK	
Fallnummer LG_3	Beatmung	0
Aufnahmetag 22.12.2021 12:09	Einweisung	freiwillig
Entlassungstag 05.01.2022 07:00	Aufnahmegrund	01 Krankenhausbehandlung, vollstationär
Verweildauer 14		07 Notfall
Tagesfall Nein	Aufnahmearbeit	N Notfall
ToB vor MD 0	Entlassungsgrund	079 Tod
ToB nach MD 0	Fachabteilungstyp	1 Versorgung durch Hauptabteilung

DRG - Ergebnisse

Grouper Version 2021/22	Basisfallwert	3.746,00
	Basisfallwert Pflege	163,00
MDC 05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	
DRG 801C	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiag. mit komplexer OR-Proz. od. and. Eingriff an Kopf u. Wirbelsäule od. mit neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls od. Alter < 1 J. od. bei Para-/Tetraplegie od. Alter < 18 J. u. schw. od. äuß. schw. CC	
Grouperstatus 00	normale Gruppierung	
Kostengewicht 2,687	WVD des Falles 14	Schweregrad 4
WVD nach DRG 17,6	UGVD 1. Tag 5	OGVD 1. Tag 34
Kostengewicht Pflege 14,6334	Partition	operativ
	Entgelthöhe	12.469,67
	Entgelthöhe erfasst	13.170,99

DRG - Status

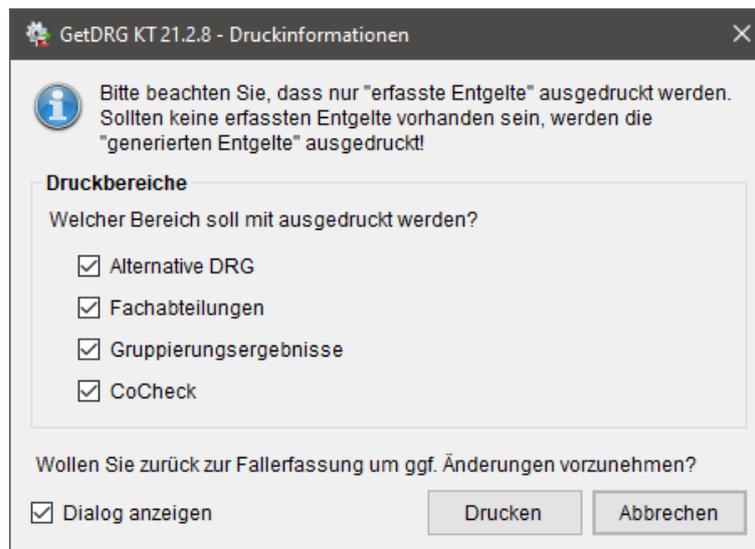
Alter	gültig und nicht gruppierungsrelevant	Aufnahmearbeit	gültig und nicht gruppierungsrelevant
Geschlecht	gültig und nicht gruppierungsrelevant	Aufnahmegewicht	gültig und nicht gruppierungsrelevant
Verweildauer	gültig und nicht gruppierungsrelevant	Beatmung	gültig und gruppierungsrelevant
Entlassungsgrund	gültig und nicht gruppierungsrelevant	Aufnahmegrund	gültig und nicht gruppierungsrelevant
Entlassungsgrund 3	gültig und nicht gruppierungsrelevant	Tagesfall	gültig und nicht gruppierungsrelevant

Diagnosen und Prozeduren

ICD Version ICD 10 GM 2022

ICD	OK	DRG	CCL	MRSA	Bezeichnung	Lokal
I50.01	0	0	0		Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	
D62	0	0	0		Akute Blutungsanämie	
D68.4	0	0	0		Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren	
E44.0	0	0	0		Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	
E87.1	0	0	0		Hypoosmolalität und Hyponatriämie	
E87.6	0	0	0		Hypokaliämie	
F33.8	0	0	0		Sonstige rezidivierende depressive Störungen	
I10.01	0	0	0		Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	
I48.0	0	0	0		Vorhofflimmern, paroxysmal	
I50.14	0	0	0		Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	
J91*	0	0	2		Pleuraerguß bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	
J96.00	0	0	0		Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]	
M81.89	0	0	0		Sonstige Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	
R32	0	0	0		Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	

Bevor die Druckvorschau geöffnet wird, erscheint ein Hinweis, dass nur die "*erfassten Entgelte*" und aktiven Diagnosen und Prozeduren gedruckt werden.



Des Weiterem besteht die Möglichkeit, über die Checkboxes innerhalb von "*Druckbereiche*", bestimmte Bereiche beim Drucken nicht anzuzeigen.

Mit der Schaltfläche "*Drucken*" wird die Druckvorschau geöffnet. Mit "*Abbrechen*" wird der Hinweisdialog geschlossen und der Anwender gelangt wieder zum Hauptformular und kann dort ggf. noch fehlende Diagnosen, Prozeduren oder Entgelte übernehmen.

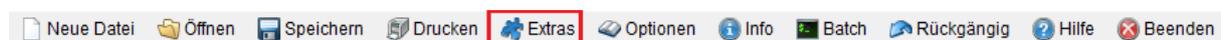
Über den Drucker Button in der Druckvorschau werden alle Seiten mit aktuell aktiven Drucker ausgedruckt. Für die Navigation und Betrachtung innerhalb des Dokuments stehen in der Kopfzeile weitere Tools zur Verfügung.

Der Ausdruck enthält alle wichtigen Informationen, die zum aktuellen Fall benötigt werden:

- Versichertendaten
- Falldaten
- DRG–Ergebnisse
- DRG–Status
- Diagnosen- und Prozeduren (die Hauptdiagnose wird "**Fett**" dargestellt)
- Entgelte
- Fachabteilungen
- CoCheck Ergebnisse (wenn Sie CoCheck haben)
- Morbi RSA (wenn es in den Optionen eingeschaltet ist)

2.3.6 Extras

Unter dem Menüpunkt "*Extras*" stehen Ihnen diverse Funktionen zur Verfügung.



2.3.6.1 Alternative DRG

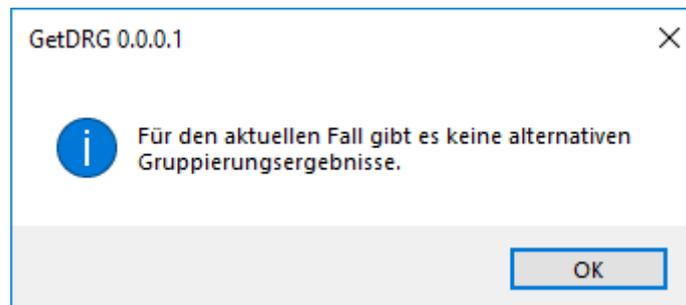
Über den Menüpunkt Alternative DRG können Sie alle alternativen Gruppierungsergebnisse zum aktuellen Fall abrufen.



Alternative Gruppierung bedeutet, dass GetDRG / GetPEPP durch das Vertauschen der Hauptdiagnose versucht eine andere DRG zu ermitteln.

Bei den alternativen Gruppierungsergebnissen werden keine doppelten DRGs und keine Fehlergruppen vorgeschlagen.

Konnte kein alternatives Gruppierungsergebnis ermittelt werden, erscheint ein entsprechender Hinweis.



Ist eine alternative Gruppierung des Falles möglich, wird eine Übersicht der Ergebnisse in einem modalen Dialog angezeigt. Diagnosen und Prozeduren, die im aktuellen Fall als inaktiv deklariert wurden, werden nicht in die Berechnung der alternativen DRG mit einbezogen. Angezeigt werden die neue Hauptdiagnose sowie die sich daraus ergebende DRG, PCCL, effektives Kostengewicht, Pflegekostengewicht (wenn die Abrechnungsart nicht PEPP ist), durchschnittliche Verweildauer der DRG und Betrag der generierten Entgelte.

MDC	DRG	Bezeichnung	HDG	Nebendiagnose	Prozeduren	PCCL	KGW	KGW Pflege	VWD	Betrag
06	I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender	M7996	T846, E1120, ...	58691; 5916a1, ...	3	3,794	12,9942	18	15,167,46
08	I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff	T846	M7996, E1120, ...	58691; 5916a1, ...	1	2,560	12,2004	18	10,687,67
11	L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei	E1120	M7996, T846, ...	58691; 5916a1, ...	3	1,486	14,3352	18	7,127,72
23	Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen	Z921	M7996, T846, ...	58691; 5916a1, ...	3	1,508	15,0174	18	7,287,85
04	E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368	J4489	M7996, T846, ...	58691; 5916a1, ...	2	2,283	18,5562	18	10,466,11
10	K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten ohne mäßig komplexen Eingriff	E790	M7996, T846, ...	58691; 5916a1, ...	3	1,272	14,0130	18	6,328,68
05	F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer	I1000	M7996, T846, ...	58691; 5916a1, ...	3	1,767	13,6116	18	8,039,23

Die Ergebnisse können durch einen Klick auf die Feldüberschriften der Tabelle nach dem entsprechenden Feld sortiert werden.

Per Doppelklick auf eine Zeile oder durch auswählen einer und anschließenden klicken des "**Übernehmen**" Button wird in der Hauptansicht die Hauptdiagnose auf die ausgewählte geändert.

Durch einen Klick auf die Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Prozeduren oder die MDC kann jetzt die Bezeichnung der jeweiligen Werte angezeigt werden.



GetDRG 19.1.2

MDC	DRG	Bezeichnung	ICD-Kode	Bezeichnung	ICD-Code	PCCL	KGW	WVD	Betrag
05	F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagn...	E03.0	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	8032.3...	0	0,480	7	1.661,89
10	K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagn...	E66.00	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Adipositas Grad I (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	8032.3...	0	0,643	7	2.225,22
10	K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen			8032.3...	0	0,651	7	2.225,87
05	F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne kompl...	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	8032.3...	0	0,699	7	2.418,75
04	E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter >	R06.0	Dyspnoe	8032.3...	0	0,564	7	1.952,19
			Z86.7	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese					

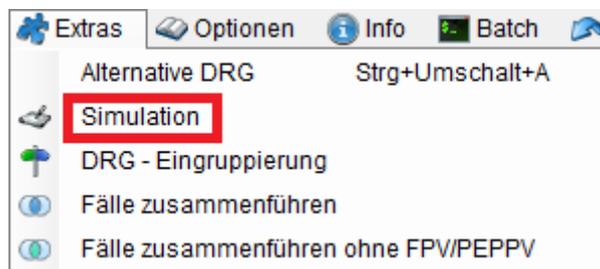
Zusatzinformationen

Übernehmen Abbrechen

Die Funktion "*Alternative DRG*" können Sie auch mit der Tastenkombination **F8** ausführen.

2.3.6.2 Simulation

Über den Menüpunkt Simulation erhalten Sie eine kompakte Darstellung der Falldaten und der Ergebnisse, welche besonderes für eine Simulation geeignet sind.



Es werden nur die wichtigsten und gruppierungsrelevanten Daten dargestellt. Gruppierungsrelevante Felder, wie hier das Alter in Jahren, werden grün dargestellt.

GetDRG19.1.0.0 - Fallnummer: 10000

Geburtsdatum	Geschlecht	Aufnahme	Grund 1	Grund 2	Anlass	Gewicht	Abteilungstyp	IK	Fallnummer		
05.03.1966	männlich	27.02.2014 06:54	01	01	E	0	1 Hauptabteilung	123456780	10000		
Alter Jahre	Alter Tage	Tagesfall	Entlassung	Grund	Verweildauer	ToB	Beatmung	Grupper Version	Basisfallwert	Pflegeentgeltwert	Verlegefall
47	0	Nein	06.03.2014 14:00	022	7	0	0	2018/20	3.456,00	146,55	Nein

ICD-Version 2014								OPS-Version 2014							
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag	aktiv
<input checked="" type="checkbox"/>	K64.2	<input checked="" type="checkbox"/>			Hämorrhoiden 3. Gr...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-499.e	<input checked="" type="checkbox"/>			Andere Operatio...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E66.09	<input checked="" type="checkbox"/>			Adipositas durch üb...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-490.y	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Inzision und Exzi...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E66.90	<input checked="" type="checkbox"/>			Adipositas, nicht nä...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-785.2d	<input checked="" type="checkbox"/>			Implantation von ...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E66.90	<input checked="" type="checkbox"/>			Adipositas, nicht nä...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-493.71	<input checked="" type="checkbox"/>			Operative Behan...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle ...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-499.0	<input checked="" type="checkbox"/>			Andere Operatio...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle ...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle ...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R50.2	<input checked="" type="checkbox"/>			Medikamenten-indu...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R50.9	<input checked="" type="checkbox"/>			Fieber, nicht näher b...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R50.9	<input checked="" type="checkbox"/>			Fieber, nicht näher b...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input checked="" type="checkbox"/>

Zusatzentgelt	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag
7600001A	ZE2020-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d	27.02.2014	27.02.2014	0	1	600,00	600,00

MDC Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei b

PCCL Status Partition DRG-Erlös Zu-/Abschlag ZE Pflegeertlös Gesamt

KGW KGW-eff 1. Tag Abschlag MWWD 1. Tag Zuschlag Verlege-FP Ausnahme-WA KGW Pflege

1 von 1 >>> Beenden

Bei Schlüsselfelder wie dem Aufnahmegrund erhalten Sie durch Doppelklick eine Auswahlliste.



Grund 1	Grund 2	Anlass	Gewicht	Abteilungstyp
stationär	01	E		7 teilstationär
01 Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 03 Krankenhausbehandlung, teilstationär 04 Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung 05 Stationäre Entbindung 06 Geburt 07 Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) 08 Stationäre Aufnahme zur Organentnahme 10 Stationsäquivalente Behandlung				

Ungültige oder fehlende Werte werden rot hinterlegt.

GetDRG0.0.0.1 - Fallnummer:

Geburtsdatum	Geschlecht	Aufnahme	Grund 1	Grund 2	Ar
	unbestimmt		01	01	E
Alter Jahre	Alter Tage	Tagesfall	Entlassung	Grund	Verweildauer
0	0	Nein		011	0

Wenn in einem Fall vom Grouper Zusatzentgelte ermittelt werden, so werden diese auch im Dialog „Simulation“ angezeigt.

Die Liste der Zusatzentgelte dient nur der Anzeige und kann nicht bearbeitet werden.

Des Weiteren wird die Summe der generierten Zusatzentgelten neben der Summe der Zu/Abschläge angezeigt. Dieses Feld wird auch angezeigt, wenn keine ZEs vorhanden sind, dann mit dem Wert 0,00.

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag	aktiv
<input checked="" type="checkbox"/>	K64.2	<input checked="" type="checkbox"/>			Hämorrhoiden 3. Gr...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-499.e	<input checked="" type="checkbox"/>			Andere Operatio...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E66.09	<input checked="" type="checkbox"/>			Adipositas durch üb...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-490.y	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Inzision und Exzi...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E66.90	<input checked="" type="checkbox"/>			Adipositas, nicht nä...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-785.2d	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Implantation von ...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E66.90	<input checked="" type="checkbox"/>			Adipositas, nicht nä...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-493.71	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	Operative Behan...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle ...		<input checked="" type="checkbox"/>	5-499.0	<input checked="" type="checkbox"/>			Andere Operatio...		27.02.2014	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle ...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I10.00	<input checked="" type="checkbox"/>			Benigne essentielle ...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R50.2	<input checked="" type="checkbox"/>			Medikamenten-indu...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R50.9	<input checked="" type="checkbox"/>			Fieber, nicht näher b...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	R50.9	<input checked="" type="checkbox"/>			Fieber, nicht näher b...		<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>

Zusatzentgelt	Bezeichnung	von	bis	ToB	Anzahl	E - Betrag	G - Betrag
7600001A	ZE2020-01 Beckenimplantate; OPS 5-785.2d	27.02.2014	27.02.2014	0	1	600,00	600,00

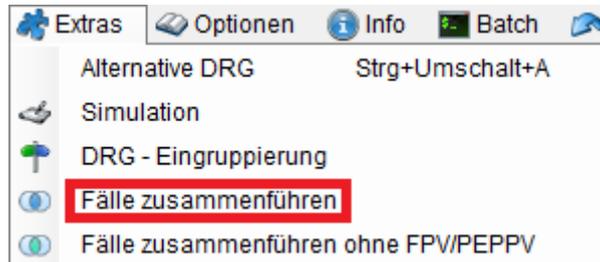
MDC	06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane													
DRG	G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei b													
PCCL	0	Status	00	Partition	operativ	DRG-Erlös	1.759,10	Zu-/Abschlag	442,36	ZE	600,00	Pflegeerlös	827,25	Gesamt	3.631,73
KGW	0,509	KGW-eff	0,637	1. Tag Abschlag	1	MVWD	2,8	1. Tag Zuschlag	6	Verlege-FP	Nein	Ausnahme-WA	Nein	KGW Pflege	5,6448

Über die Navigation können, wie im Hauptformular, alle Fälle durchgeblättert werden. Beim schließen der Simulation springt GetDRG / GetPEPP auf den Fall der eben noch in der Simulation angezieht wurde.



2.3.6.3 Fälle zusammenführen

Mit der Funktion Fälle zusammenführen, wird versucht den aktuellen Fall mit anderen eingelesenen Fällen zusammenzuführen.

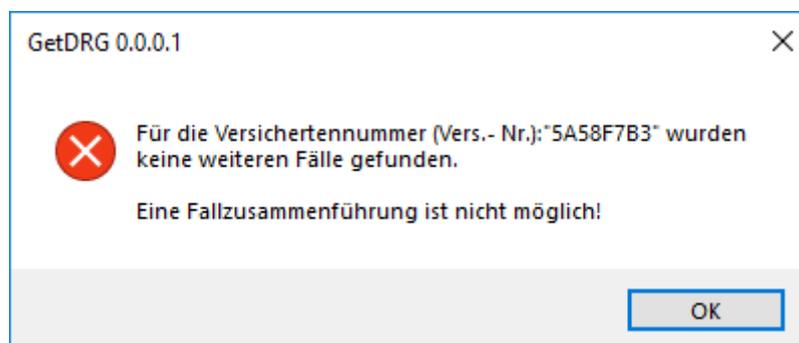


Damit man Fälle zusammenführen kann, muss die Versicherten Nummer in den Patientendaten gefüllt sein.

Patientendaten			
Vers.-Nr.	5A58F7B3	PLZ	90461
Vor-/Nachname			
Geschlecht	weiblich	Vers. ID	71BC5E240
Geburtsdatum		Alter Jahre	71
Aufnahmegewicht		Alter Tage	
Wohnort			

Wurde die Zusammenführung gestartet, wird versucht den aktuellen Fall aus der Oberfläche mit anderen geladenen Falldaten, die dieselbe Versichertennummer haben, zusammenzuführen.

Wenn die Zusammenführung nicht möglich war, weil es keine weiteren Fälle mit derselben Versichertennummer gab, erscheint folgendes Fenster.



Wenn der Fall zusammengeführt werden kann, erscheint folgendes Fenster.



GetDRG 19.2.4 - Fälle des Versicherten:

Liste der vorhandenen Fälle

Fallnr	Aufnahme	Entlassung	DRG / PEPP	Summe KGW	Summe KGW Pflege	Summe Entgelte
12345	01.01.2018	02.01.2018	G67B	1,025	0,8179	409,66
12346	03.01.2018	05.01.2018	G67B	2,078	1,6358	738,66

Liste der zusammengefassten Fälle

Fallnr	Aufnahme	Entlassung	DRG / PEPP	Summe KGW	Summe KGW Pflege	Summe Entgelte	Grund
12345	01.01.2018	05.01.2018	G67B	1,260	0,8179	738,66	OG

Details OK Abbrechen

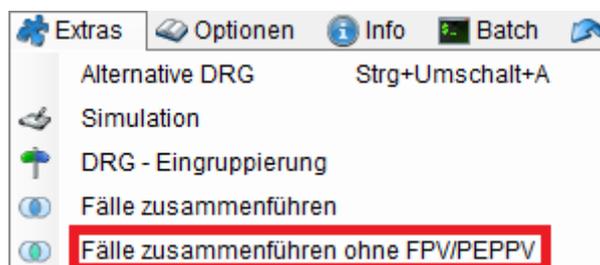
In der Oberen Liste "*Liste der vorhandenen Fälle*" stehen die Fälle drin, die zu einem Fall zusammengeführt werden können. Das Ergebnis der zusammengeführten Fälle steht in der Liste "*Liste der zusammengefassten Fälle*".

Mit dem Button "*Details*", wird eine Textdatei geöffnet, die weitere Informationen über den Grund der Zusammenführung anzeigt.

Über die Schaltfläche "*OK*" werden die oben aufgezählten Fälle aus den eingelesenen Daten entfernt und der neue zusammengeführte Datensatz wird am Ende von den eingelesenen Daten hinzugefügt.

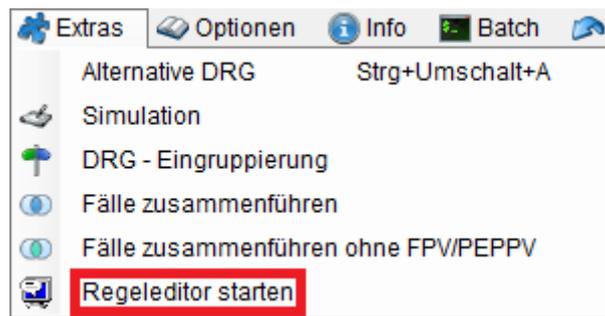
2.3.6.4 Fälle zusammenführen ohne FPV/PEPPV

Die Funktion "*Fälle zusammenführen ohne FPV/PEPPV*" funktioniert wie die vorherige Funktion "*Fälle zusammenführen*", nur dass Sie als Simulation für die Fälle dient, die von der normalen Fallzusammenführung ausgeschlossen werden.



2.3.6.5 Regeleditor

Die Funktion "*Regeleditor Starten*" ist verfügbar, wenn Sie im Besitz des extra Tool **CoCheck** sind.

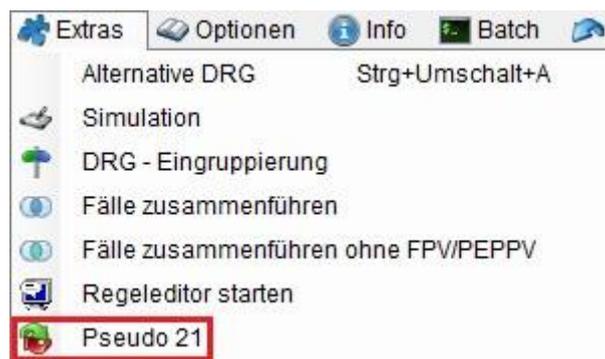


Mit dem Regeleditor können Sie die Prüfregele von GEOS für CoCheck betrachten und eigene Regeln erstellen und bearbeiten. Die Prüfregele folgen einer bestimmten, festgelegten Syntax.

Weitere Details zum Regeleditor können Sie im Handbuch "[Regeleditor_HB.pdf](#)" nachlesen.

2.3.6.6 Pseudo 21

Mit der Funktion "[Pseudo 21](#)" können vorhandene §21-Daten oder eingelesene GRP- und §21-Daten pseudonymisiert werden.



In der folgenden Oberfläche können diverse Werte für die Pseudonymisierung angegeben werden.

GetDRG 20.1.2

Eingangsdatei

Ausgabepfad

IK: 123456780

IKK: 123456780 Verwenden

PLZ: 90461

Datei Format Neustes Format (2020)

Starten



2.3.6.6.1 Eingangsdatei

Um bei der Eingangsdatei einen Wert eintragen zu können, muss zuerst der Haken aus "*Aktuelle Fälle pseudonymisieren*" entfernt werden. Bei der Eingangsdatei muss die "*Fall.csv*" der §21-Daten angegeben werden.

Bsp.:



Möchte man die aktuell eingelesenen Daten pseudonymisieren, muss der Haken bei "*Aktuelle Fälle pseudonymisieren*" gesetzt sein. In diesem Fall werden bei der Pseudonymisierung sowohl die aktuellen Fälle für die Oberfläche pseudonymisiert als auch neue §21-Daten unter dem angegebenen Ausgangspfad erstellt.

2.3.6.6.2 Ausgabepfad

Im Ausgabepfad muss ein Ordner angegeben werden, indem die pseudonymisierten §21-Daten erstellt werden sollen.

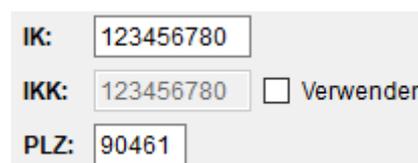
Bsp.:



2.3.6.6.3 Werte für die Pseudonymisierung

In den darauffolgenden drei Textfeldern können Werte für die Pseudonymisierung angegeben werden.

Bsp.:



- In den ausgegebenen §21-Daten werden dabei die Felder "*IK*" (Institutionskennzeichen), "*IKK*" (IK der Krankenkasse) und "*PLZ*" (Postleitzahl) entsprechend der Eingabe pseudonymisiert.

Die Felder "*IK*" und "*PLZ*" sind MUSS-Felder und müssen deshalb immer angegeben werden. Wird neben "*IKK*" der Haken bei "*Verwenden*" gesetzt, wird "*IKK*" ebenfalls zu einem MUSS-Feld und darf beim Start der Pseudonymisierung nicht leer sein.

Neben den in der Oberfläche konfigurierbaren Werten, werden noch Werte §21-Felder pseudonymisiert.

- Das Feld "*Entlassender-Standort*" wird wenn es:
 - Leer ist mit "01" aufgefüllt
 - 1 Zeichen lang ist mit einer anführenden "0" aufgefüllt.



- Beispiel: STO = "" -> "01"
= "2" -> "02"
= "03" -> "03"
- Das Feld "*KH-internes-Kennzeichen*" wird durch eine fortlaufende Nummer beginnend bei "10000000" anonymisiert. KH-interne-Kennzeichen die doppelt vorkommen, besitzen dieselben fortlaufenden Nummern.
 - Beispiel: KHIK = 12345 -> 10000000
= 34567 -> 10000001
= 34567 -> 10000001
= 56789 -> 10000002
- Das Feld "*Wohnort*" wird, wenn es gesetzt ist, geleert.
 - Beispiel: Wohnort = "Nürnberg" -> Wohnort = ""
- Das Feld "*Versicherten-ID*" wird durch einen 8-Stelligen Hash Code und zwei anschließende Nullen anonymisiert.
 - Beispiel: VID = "1234567890" -> "F3E2B4A500"
- Das Feld "*Patientennummer*" wird durch einen 8-Stelligen Hash Code anonymisiert.
 - Beispiel: VNUM = "1234567890" -> "1103AFC7"
- Die Krankenhaus.csv wird ignoriert.

2.3.6.6.4 §21-Format

Über die zwei folgenden Radio-Buttons kann das §21-Format der ausgegebenen §21-Daten ausgewählt werden.

Datei Format (2019) Neustes Format (2020)

Wurde im Eingangspfad eine "*Fall.csv*" angegeben oder in der Oberfläche wurden §21-Daten eingelesen, wird bei "*Datei Format*" in der Klammer das §21-Format dieser §21-Daten angezeigt.

Möchte man die pseudonymisierten Daten im neusten §21-Format ausgeben, kann "*Neustes Format (2020)*" verwendet werden.

2.3.6.6.5 Starten

Mit dem "*Starten*" Button wird der Vorgang der Pseudonymisierung gestartet. Sind beim Start nicht alle Felder mit gültigen Werten gefüllt, wird dies über rot gekennzeichnete Fehlertexte verdeutlicht.

 GetDRG 20.1.2

Eingangsdatei Es wurde keine Datei mit Pfad angegeben.

Ausgabepfad Es wurde kein Ausgabepfad angegeben.



Wurden alle Felder korrekt angegeben, werden die angegebenen Daten pseudonymisiert. Ist bei der Pseudonymisierung kein Fehler aufgetreten, wird folgendes Hinweisfenster angezeigt.



OK

2.3.6.7 Grouper interne Funktionen

Die Ergebnisse der grouper internen Funktionen können von der Hauptmaske aus mit der Tastenkombination "Alt" + "F10" angezeigt werden.

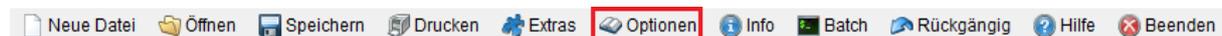
GetDRG 19.2.6 - Interne Grouper Funktionen

Ergebnis der Funktion	erfüllt	nicht erfüllt	existiert nicht
Mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte Or -Prozeduren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplexe OR-Prozeduren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplizierende Prozeduren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingriffe an mehreren Lokalisationen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplizierende Prozeduren PRÄ MDC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplexe Vakuumbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiviszeraleingriff	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polytrauma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplizierende Konstellationen II	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplizierende Konstellationen MDC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweres Problem bei Neugeborenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SAPS553 (Intensivbehandlung mit mindestens 553 Aufwandspunkten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SAPS1105 (Intensivbehandlung mit mindestens 1105 Aufwandspunkten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Schließen

2.3.7 Optionen

In den Optionen können diverse Einstellungen vorgenommen werden.



2.3.7.1 Einstellungen

In den Einstellungen kann das Verhalten der Oberfläche angepasst werden, die Krankenhausdaten bearbeiten werden und die Datenbankverbindungen angepasst werden.



2.3.7.1.1 (Allgemeine) Einstellungen

Im Bereich Einstellungen können folgende Werte eingestellt werden.



Der Dialog kann auch über die Tastenkombination **F9** aufgerufen werden. Ein Fachabteilungstyp kann eingetragen werden. Mit diesem Wert wird das Feld "**Fachabteilungstyp**" bei der Neuanlage und beim Programmstart im Hauptformular immer vorbelegt.

Der Wert für den Eintrag „**Grouper Version**“ entscheidet über die Version, nach der gruppiert werden soll. Die Version lässt sich durch die Auswahl im Feld "**Grouper Version**" übersteuern.

Aktivieren und deaktivieren der Morbi-RSA-Funktionen in GetDRG / GetPEPP. Einzelheiten dazu sind in einem separaten Dokument (GetDRG_morbirsa.doc) beschrieben.

Legen Sie fest, ob Sie beim Speichern im §21-Format gefragt werden wollen, ob nur Fälle innerhalb eines bestimmaren Zeitraums abgespeichert werden sollen.

Bestimmen Sie, ob beim Öffnen der Druckvorschau der Dialog für die "**Druckinformationen**" angezeigt werden soll.

Mit der Kontrollbox "**Beim Speichern im GRP-Format die Grouperergebnisse der einzelnen Fälle ebenfalls speichern**" können sie festlegen, ob beim Speichern im GRP-Format die Gruppierungsergebnisse ebenfalls gespeichert werden sollen.

"**OPS Codes in Wochenblöcken darstellen**" legt fest, ob die einzelnen Wochen in den OPS-Codes farblich unterschiedlich dargestellt werden sollen. Über die Schaltfläche "**Farbe wechseln**" können Sie die verwendete Farbe festlegen.

Bestimmen Sie, ob beim Öffnen der erweiterten Fallsuche die einzelnen Fälle gruppiert werden sollen.

Mit dem Schalter "**Bei teilstationären Fällen wird die Anzahl Tage ohne Berechnung...**" können Sie einstellen wie die Tage ohne Berechnung von teilstationären Fällen verwendet werden.

Schalten Sie "**Diagnosen und Prozeduren nebeneinander anzeigen**" an um die Diagnosen und Prozeduren nebeneinander, statt übereinander anzuzeigen.



Diagnosedaten								Operationsdaten							
ICD 10 GM 2022								OPS 2022							
Alternative DRG anzeigen <input type="checkbox"/> Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>								Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>							
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag	aktiv
							<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>

Durch einen Doppelklick auf folgende Bereiche, können Sie diese Funktion ebenfalls ein und ausschalten.

Diagnosedaten								Operationsdaten							
ICD 10 GM 2022								OPS 2022							
Alternative DRG anzeigen <input checked="" type="checkbox"/> Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>								Mehrere Zeilen anzeigen <input type="checkbox"/>							
HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	aktiv	OPS	OK	DRG	OR	Bezeichnung	Lokal.	OP Tag	aktiv
							<input checked="" type="checkbox"/>								<input checked="" type="checkbox"/>

Im Bereich "*OP-Datum vorbelegen*" kann man bei "*OP-Datum*" festlegen, wie das OP-Datum vorbelegt werden soll.

- **Nicht vorbelegen:** Das OP-Datum wird nicht vorbelegt.
- **Aufnahmetag:** Das OP-Datum wird mit dem Aufnahmetag plus die Anzahl der Tage die in "Aufnahmetag + X Tage" angegeben wurden vorbelegt.
- **Entlassungstag:** Das OP-Datum wird mit dem Entlassungstag minus die Anzahl der Tage die in "Entlassungstag – X Tage" angegeben wurden vorbelegt.

Sollte ein errechnetes Datum vor dem Aufnahmetag oder nach dem Entlassdatum liegen, wird in dem Fall das OP-Datum mit dem Aufnahmetag bzw. dem Entlassungstag vorbelegt.

Bsp.:

OP-Datum vorbelegen	
OP-Datum	Aufnahmetag
Aufnahmetag + X Tage	99
Aufnahmedatum	01.01.2019 00:00
Entlassungsdatum	05.01.2019 00:00

In diesem Beispiel liegt das errechnete OP-Datum weit nach dem Entlassdatum, weshalb das OP-Datum mit dem Entlassdatum vorbelegt wird.

Mit „*Dialog zum Filtern der §21 Daten anzeigen*“ können Sie den Filter-Dialog für §21-Daten (*2.3.2.1.1 §21 Filter*) Ein- und Ausschalten.

Falls in Ihrer GetDRG Lizenz das Produkt CoCheck ebenfalls enthalten ist, können Sie mit dem Schalter „*CoCheck Historienfälle berücksichtigen*“, Ein- und Ausschalten ob bei der CoCheck Prüfung die Historienfälle (Fälle mit der selben Versicherten-



ID/NR, innerhalb 12 Monate vor oder nach dem Aufnahmedatum des zu prüfenden Fall) berücksichtigt werden sollen.

Mit „*Erfasste Entgelte farblich hervorheben*“ werden erfasste Entgelte farblich gekennzeichnet, sodass sie von übernommenen generierten Entgelten unterschieden werden können.

Die Auswahlbox „*Alternative DRG absteigend sortiert anzeigen*“ sorgt bei Ihrer Aktivierung dafür, dass die Diagnosecodes immer nach dem KGW absteigend sortiert angezeigt werden, wenn die Auswahlbox „*Alternative DRG anzeigen*“ oberhalb der Diagnosenliste aktiviert ist.

Diagnosedaten ICD 10 GM 2020 Alternative DRG anzeigen Mehrere Zeilen anzeigen

HDG	ICD	OK	DRG	CCL	Bezeichnung	Lokal.	Alt. DRG	Fab-Nr.	aktiv	
<input type="checkbox"/>	N40				Prostatahyperplasie		M01B 2,289	1		
<input type="checkbox"/>	N18.3				Chronische Niere...		L04A 1,920	1		
<input checked="" type="checkbox"/>	M16.1				Sonstige primäre ...	rechts	I47C 1,408	1		
<input type="checkbox"/>	I10.00				Benigne essentiell...		I47C 1,408	1		
<input type="checkbox"/>	Z01.7				Laboruntersuchung		961Z 0,000	1		
<input type="checkbox"/>	Z96.6				Vorhandensein vo...	links	960Z 0,000	1		
<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	

2.3.7.1.2 Krankenhausdaten

Auf dem Reiter „*Krankenhausdaten*“ werden Informationen, die für das Erstellen der §21 Dateien notwendig sind, hinterlegt.

Einstellungen Krankenhausdaten Datenbank Leistungsgruppen

IK

Name

E - Mail Adresse Anzahl Betten DRG BpflV

Art des KH Intensivbetten DRG

Träger des KH Intensivbetten PSY

Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie Vereinbarung Fälle Casemix

Krankenhausstandortnummer Erlösausgleich €

Merkmal Besondere Einrichtung Teilstationäre Behandlungsplätze DRG

Erfassungszeitraum Quartal Teilstationäre Behandlungsplätze PEPP

Standard-Fachabteilung

Im Feld „*IK*“ kann das Standard-*IK* für den Grouper hinterlegt werden. Bevor ein Fall gespeichert werden kann, muss das *IK* gesetzt werden. Dieses *IK* wird für die Ermittlung des Basisfallwertes und der Zu- bzw. Abschläge verwendet.

Die übrigen Informationen werden zum Erstellen der §21-Dateien benötigt und müssen einmal Initial eingetragen werden. Folgende Felder sind vorhanden:

Feld	Beschreibung
------	--------------



Name	Name des Krankenhauses. Wird in die Krankenhaus.csv eingetragen.
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse des Krankenhauses. Wird in die Info.csv eingetragen.
Art des KH Träger des KH	Standardwert ist " <i>Plankrankenhaus</i> " Mögliche Werte sind " <i>Freigemeinnützig</i> ", " <i>Öffentlich</i> " oder " <i>Privat</i> ".
Anzahl Betten DRG	Anzahl Betten im DRG-Bereich im Jahr, für das §21-Daten erstellt werden.
Anzahl Betten BPfIV	Anzahl Betten im psychiatrischen Bereich im Jahr, für das §21-Daten erstellt werden.
Erlösausgleich in €	Betrag in €, den das Krankenhaus als Ausgleich für Mindererlöse erhält (positiv) oder den es als Ausgleich für Mehrerlöse zurückzahlen muss (negativ). Beide Werte beziehen sich auf das Jahr, für das §21-Daten erstellt werden.
Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie	Ja / Nein
Standard-Fachabteilung	Hier wird die Fachabteilung hinterlegt, mit der die Fachabteilungshistorie die im Reiter „Fachabteilungen“ vorbelegt wird, wenn noch keine Fachabteilung dort eingetragen ist.
Besondere Einrichtung	Ja / Nein Wenn dieses Feld angekreuzt wird, generiert GetDRG / GetPEPP an Stelle von DRG-Fallpauschalen Entgelte für besondere Einrichtungen, die in der Datei drgkhindiv.txt eingetragen werden müssen.
Erfassungszeitraum	Gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG sind die Strukturdaten des Krankenhauses nach Buchstabe a und die Daten zu den Ärztinnen und Ärzten nach Buchstabe f in § 21 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG für das erste Quartal eines Jahres bis zum 15.04. des Jahres zu übermitteln. Dieser Zeitraum überschneidet sich mit dem Zeitraum der Datenübermittlung für die reguläre Ganzjahresmeldung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG (bis zum 31.03. ei-nes Jahres und daran anschließender Korrekturfrist). Um die beiden Datenübermittlungen auseinander halten zu können, wird die Datenübermittlung im Datenfeld „Erfassungszeitraum“



konkretisiert. Dabei ist JJJJ durch das jeweilige Datenjahr zu ersetzen. Der Eintrag ‚JJJJGJ‘ wird für die Ganzjahresmeldung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG verwendet. Die Einträge ‚JJJJQ1‘, ‚JJJJQ2‘, ‚JJJJQ3‘ und ‚JJJJQ4‘ werden für die vier Quartalsmeldungen nach § 21 Abs. 7 KHEntgG genutzt. Für die drei unterjährigen Datenlieferungen nach § 21 Abs. 3b KHEntgG kommen die Einträge ‚JJJJU1‘, ‚JJJJU2‘ und ‚JJJJU3‘ zur Anwendung.

2.3.7.1.3 Datenbank

Bei den Datenbankverbindungen können Sie die Datenbankverbindung der GetDRG / GetPEPP, Stammdaten und Falldaten Datenbank bearbeiten.

GetDRG	Stammdaten	Falldaten
Provider	Microsoft.ACE.OLEDB.12.0	Benutzer
Datenbank	C:\GetDRG\getdrg.mdb	Passwort
Server		Windows Authentifizierung <input type="checkbox"/>
Port		Timeout 0
Verbindung	Provider=Microsoft.ACE.OLEDB.12.0;Data Source=C:\GetDRG\getdrg.mdb;Jet OLEDB:; <input type="button" value="Verbindung testen"/>	

Folgende Felder können Sie für Ihre Datenbankverbindung angeben.

- Provider
- Datenbank
- Server
- Port
- Benutzer
- Passwort (wird verschlüsselt dargestellt)
- Windows Authentifizierung (Ja / Nein)
- Timeout

GetDRG / GetPEPP setzt sich aus den eingetragenen Informationen die Verbindungszeichenfolge selbst zusammen.

Um die Verbindung zu testen, können Sie auf die Schaltfläche "[Verbindung testen](#)" klicken. Je nach Ergebnis wird Ihnen ein bestimmter Hinweis angezeigt. Wenn Sie im Optionen Dialog Ihre Eingaben mit "[OK](#)" speichern, testet GetDRG / GetPEPP ggf. erst die neuen Datenbankverbindungen. Wenn die Verbindung zur Datenbank nicht hergestellt werden kann, wird ein entsprechender Hinweis angezeigt und fragt ob für die "[GetDRG / GetPEPP](#)" und "[Stammdaten](#)" Datenbank die Standardverbindungen eingestellt werden sollen.



Die Verbindung zur GetDRG Datenbank kann nicht hergestellt werden.
Soll die Standarddatenbank getdrg.mdb verwendet werden?

Mit "*Ja*" wird die Standardverbindung festgestellt. Bei "*Nein*" und "*Abbrechen*" wird der Vorgang abgebrochen und der Benutzer kann die Datenbankverbindung anpassen.

Die Standardverbindung der GetDRG / GetPEPP Datenbank verweist auf die "*GetDRG.db3*" und von der Stammdatenbank auf die "*Stamm.db3*". Beide Datenbanken sind unter der Umgebungsvariable "*DRGPARAM*" zu finden. Wenn Sie eine Falldaten Datenbankverbindung eingegeben haben, wird diese nur übernommen, wenn die Verbindung, beim schließen der Optionen mit "*OK*", erfolgreich zur Datenbank hergestellt werden konnte.



Achtung: Konnte die Verbindung zur Falldaten Datenbank nicht hergestellt werden, wird kein Hinweis angezeigt und das Programm arbeitet ohne Falldaten Datenbank weiter.

2.3.7.1.4 Leistungsgruppen

Ab Version 21.2.9 gibt es die Möglichkeit Fälle in Leistungsbereiche und Leistungsgruppen einzuteilen.

GetDRG 21.2.9 - Optionen

Einstellungen Krankenhausdaten Datenbank **Leistungsgruppen**

Leistungsgruppen verwenden

Systematik LG_NRW

Systemjahr 2022

Bestimmende Fachabteilung entlassende

Trace Level Ausgeschaltet

OK Abbrechen

Die Systematik ist dabei der Name der zugrundeliegenden Leistungsgruppendefinition.

Das Systemjahr ist die Groupversion die zum Ermitteln der Leistungsgruppe herangezogen werden soll. Wird AUFDAT gewählt wird das Systemjahr auf das Jahr des Aufnahmedatums des Falls gesetzt. Ist für das Jahr des Aufnahmedatums keine



Systematik in der Datenbank hinterlegt wird immer das aktuellste Systemjahr aus der Datenbank verwendet.

Über das Auswahlfeld „Bestimmende Fachabteilung“ kann man festlegen welche Fachabteilung zur Bestimmung der Leistungsgruppe herangezogen werden soll. Mögliche Werte sind dabei „entlassend“ für die entlassende Fachabteilung und „längste Verweildauer“ für die Fachabteilung mit längster Verweildauer. Pseudofachabteilungen werden ignoriert.

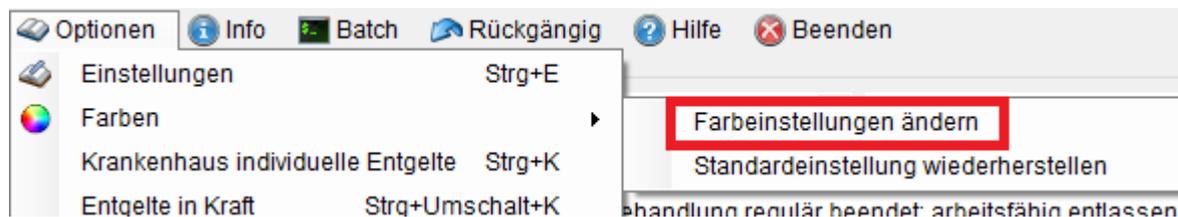
Derzeit ist nur die Definition der Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen hinterlegt. Es können jedoch in der Stammdatenbank auch selbst Leistungsgruppen festgelegt werden.

2.3.7.2 Farben

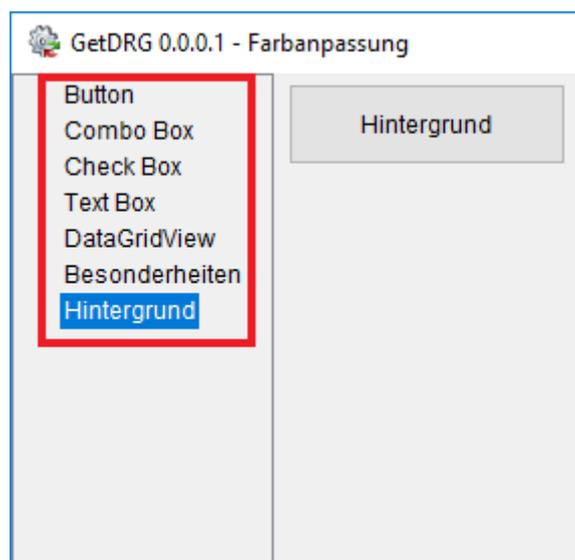
Im Untermenü Farben können Sie das optische Aussehen der Oberfläche nach Belieben anpassen oder zurücksetzen.

2.3.7.2.1 Farbeinstellungen ändern

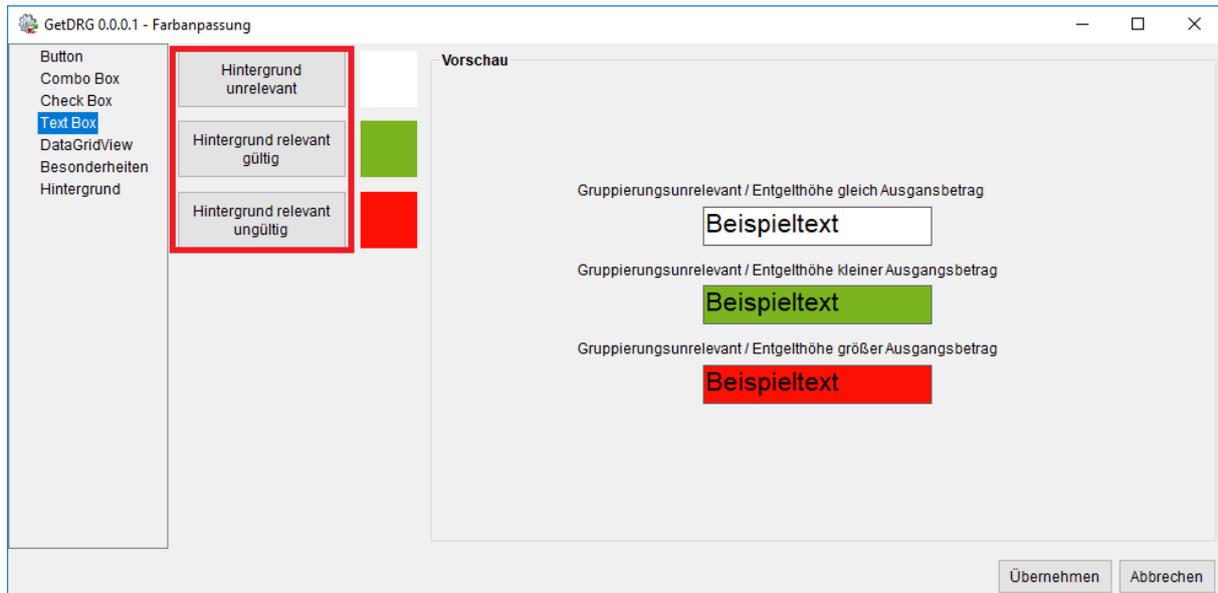
Mit der Option "Farbeinstellungen ändern" können Sie die Farben der Oberfläche anpassen.



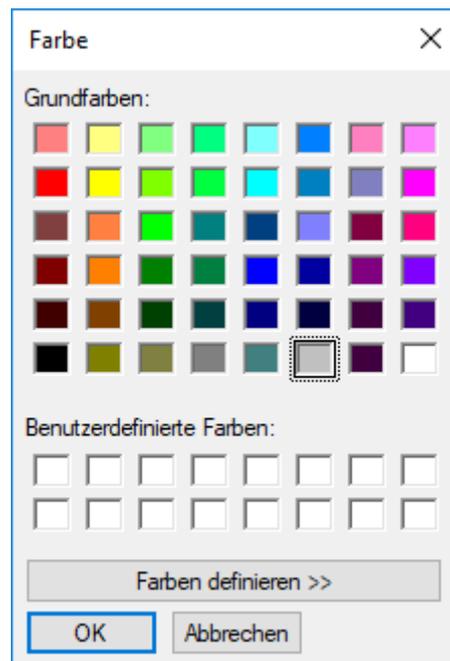
Zuerst wählen Sie aus, welches Oberflächen-Element Sie anpassen wollen.



Anschließend können Sie über diverse Schaltflächen den Oberflächen-Elementen neue Farben zuweisen.



Durch einen Klick auf "*Hintergrund irrelevant*", "*Hintergrund relevant gültig*" oder "*Hintergrund relevant ungültig*" öffnet sich der Dialog für die Farbauswahl.



Wurde die Auswahl mit "*OK*" bestätigt, aktualisiert sich der vorherige Dialog und zeigt die neue Farbe an mit einem Beispiel an.

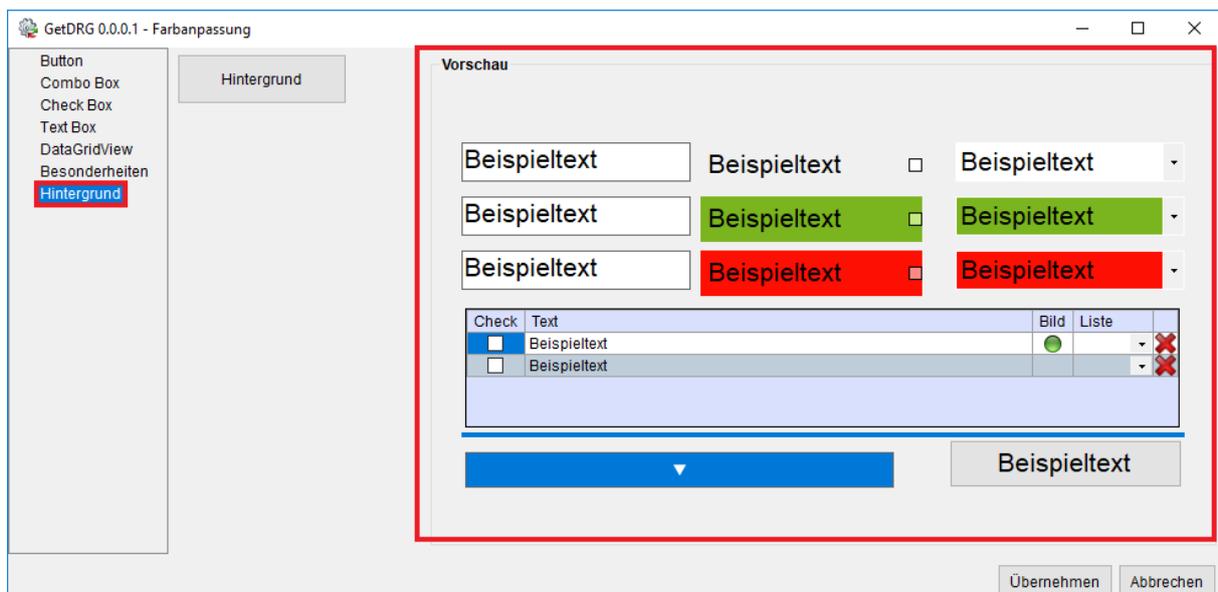


Ist man mit seiner Auswahl zufrieden, kann man die Einstellungen mit der Schaltfläche "**Übernehmen**" speichern. Dadurch wird das Fenster geschlossen und im Programm werden sämtliche geänderten Farben mit den neuen Farben dargestellt.



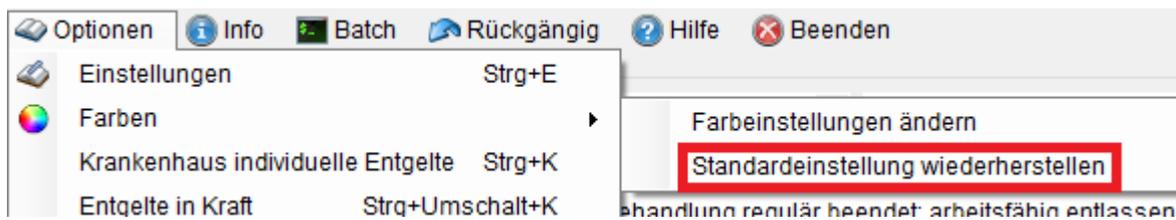
Information: Die Textfarbe der einzelnen Oberflächen-Elemente passt sich immer von selbst an, sodass selbst bei einem Schwarzen Hintergrund der Text weiterhin lesbar ist.

Im Untermenü "**Hintergrund**" kann man neben dem ändern der Hintergrundfarbe auch eine kleine Vorschau mit allen änderbaren Oberflächen-Elementen finden.



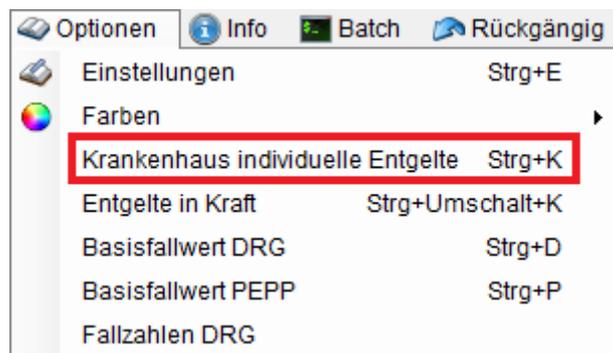
2.3.7.2.2 Standardeinstellung wiederherstellen

Mit der Funktion "**Standardeinstellung wiederherstellen**" werden alle Farben auf Ihre Grundeinstellung zurückgesetzt.



Krankenhaus individuelle Entgelte

Die individuell vereinbarten Entgelte werden über die Schaltfläche "*Krankenhaus individuelle Entgelte*" angezeigt. Das Fenster "*Krankenhaus individuelle Entgelte*" können Sie auch mit der Tastenkombination *Strg + K* anzeigen.



Im Dialog können Sie neue Krankenhaus individuelle Entgelte anlegen oder vorhandene bearbeiten und löschen. Die Daten werden dabei in der Stammdatenbank verwaltet. Sollte die nötige Tabelle nicht vorhanden sein, werden die Daten in der Textdatei "*drghindiv.txt*" unter "*DRGPARAM*" verwaltet.

IK	Bezugsentgelt	Entgelt	Bezeichnung	Gültig ab	Gültig bis	Betrag	Zuschlag OGVD	OGVD	Abschlag UGVD	UGVD	Abschlag Verlegung	MGVD	Verlege- pauschale	Berechnung
0	47100000	47100000	Zuschlag für gemeinsamen Bundesaussch...	01.01.2018	31.12.9999	1,70	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	47100001	47100001	Zuschlag für gemeinsamen Bundesaussch...	01.01.2018	31.12.9999	1,70	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	48000001	48000001	DRG Systemzuschlag , vollstationär	01.01.2018	31.12.9999	1,31	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	48000002	48000002	DRG Systemzuschlag , teilstationär	01.01.2018	31.12.9999	1,31	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	A6200005	A6200005	Zuschlag vollstationär für DRG-Systemzusch...	01.01.2018	31.12.9999	1,31	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	A6200006	A6200006	Zuschlag vollstationär für Gemeinsamer Bu...	01.01.2018	31.12.9999	1,70	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	B6200005	B6200005	Zuschlag teilstationär für DRG-Systemzusch...	01.01.2018	31.12.9999	1,31	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	B6200006	B6200006	Zuschlag teilstationär für Gemeinsamer Bun...	01.01.2018	31.12.9999	1,70	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	B6200006	B6200006	Zuschlag teilstationär für Gemeinsamer Bun...	01.01.2017	31.12.2017	1,49	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	B6200005	B6200005	Zuschlag teilstationär für DRG-Systemzusch...	01.01.2017	31.12.2017	1,30	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	A6200006	A6200006	Zuschlag vollstationär für Gemeinsamer Bu...	01.01.2017	31.12.2017	1,49	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	A6200005	A6200005	Zuschlag vollstationär für DRG-Systemzusch...	01.01.2017	31.12.2017	1,30	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	48000002	48000002	DRG Systemzuschlag , teilstationär	01.01.2017	31.12.2017	1,30	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	48000001	48000001	DRG Systemzuschlag , vollstationär	01.01.2017	31.12.2017	1,30	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags
0	47100001	47100001	Zuschlag für gemeinsamen Bundesaussch...	01.01.2017	31.12.2017	1,49	0,00		0,00		0,00		<input type="checkbox"/>	Geldbetrags

Folgende Felder werden angezeigt:

- IK des Krankenhauses.
Der Wert 0 steht für bundeseinheitliche Entgelte.
- Im Feld "*Bezugsentgelt*" ist das zu ersetzende Entgelt eingetragen.
Dies ist i.d.R. mit dem "*Entgelt*" im nächsten Feld identisch. Näheres ist im Kapitel *2.2.5.1 Generierte Entgelte* beschrieben.



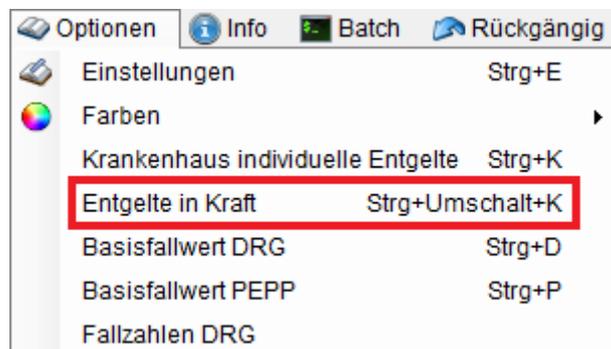
- Im Feld "*Entgelt*" ist der Schlüssel des vom Krankenhaus vereinbarten Entgeltes eingetragen.
- Bei "*Gültig ab*" und "*Gültig bis*" ist der Gültigkeitszeitraum für das Entgelt hinterlegt. Überschneidende Zeiträume für identische IKs und Bezugsentgelte sind nicht möglich.
- Im Feld "*Betrag*" ist der vereinbarte Entgeltbetrag hinterlegt.
- Die Felder "*Zuschlag OGVD*", "*OGVD*", "*Abschlag UGVD*", "*UGVD*", "*Abschlag Verlegung*", "*MGVD*" und "*Verlegepauschale*" sind nur relevant, wenn das Entgelt eine Fallpauschale ist. Das Feld "*Zuschlag OGVD*" bezeichnet den Betrag, der bei Überschreitung des Wertes aus dem Feld "*OGVD*" (obere Grenzverweildauer) veranschlagt wird. Im Feld „*Abschlag*“ kann der Betrag hinterlegt werden, der bei Unterschreitung der "*UGVD*" (unteren Grenzverweildauer) pro Tag veranschlagt wird. Das Feld "*Abschlag Verlegung*" enthält den Betrag für einen Abschlag bei einer Verlegung, bevor die "*MGVD*" (mittlere Verweildauer) erreicht wird.
- Im Feld "*Berechnung*" ist die Art der Entgeltberechnung hinterlegt. Möglich sind die Werte
 - Geldbetrag (Standard)
 - Prozentsatz
 - KGW-abhängiger Betrag, der sich aus dem Kostengewicht der DRG multipliziert mit dem hinterlegten Betrag ergibt.

Über die Eingabefelder in der ersten Zeile können die vorhandenen Daten anhand der Spalten gefiltert werden.

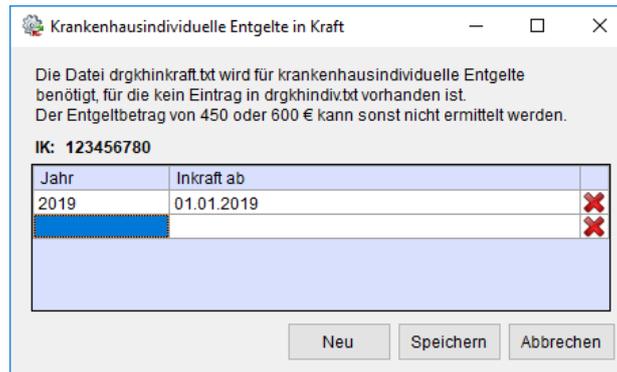
Durch klicken von "*Zeige Alle*" werden alle eingetragenen Filter entfernt.

2.3.7.3 Entgelte in Kraft

Die Entgelte in Kraft werden über die Schaltfläche "*Entgelte in Kraft*" angezeigt. Sie lassen sich außerdem mit der Tastenkombination *Strg + Umschalt + K* anzeigen.



Bei dem Dialog „Entgelten in Kraft“, besteht die Möglichkeit, Krankenhaus individuelle Entgelte zu hinterlegen. Die Daten werden dabei in der Stammdatenbank verwaltet. Sollte die nötige Tabelle nicht vorhanden sein, werden die Daten in der Textdatei "*drghinkraft.txt*" unter "*DRGPARAM*" verwaltet.

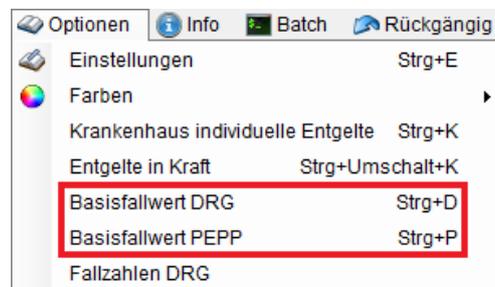


Über die Schaltfläche „*Neu*“ kann ein neuer Eintrag vorgenommen werden. Im Feld „*Jahr*“ wird das Jahr der Vereinbarung eingetragen. Hier muss ein Wert ≥ 2003 eingetragen werden. Pro IK ist nur ein Eintrag pro Jahr möglich. Im Feld „*Inkraft ab*“ wird das Datum des Inkrafttretens hinterlegt.

Mit der Schaltfläche wird die entsprechende Zeile ohne Meldung entfernt. Mit „*Speichern*“ werden die Daten gespeichert und der Dialog geschlossen. Über den „*Abbrechen*“ Button wird der Dialog geschlossen ohne zu speichern.

2.3.7.4 Basisfallwert DRG / PEPP

Im Menüpunkt „*Basisfallwert DRG*“ und „*Basisfallwert PEPP*“ können Sie die Basisfallwerte im Bereich DRG und PEPP bearbeiten. Zusätzlich kann bei „*Basisfallwert DRG*“ noch der Basisfallwert für die Pflege eingetragen werden. Den Dialog für die Basisfallwerte DRG können Sie außerdem mit der Tastenkombination *Strg + D* öffnen. Für PEPP kann die Tastenkombination *Strg + P* verwendet werden.



Bevor die Basisfallwerte angezeigt werden können, muss über die Krankenhausdaten in den Einstellungen ein Krankenhaus IK eingetragen werden.

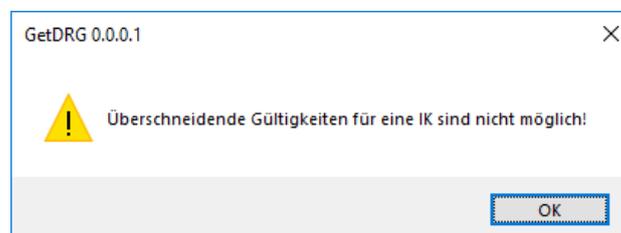


Basisfallwert	Prozent	Basisfallwert Pflege	Gültig ab	Gültig bis	
0,00	0,00	0,00	01.01.2020	31.12.2020	✘

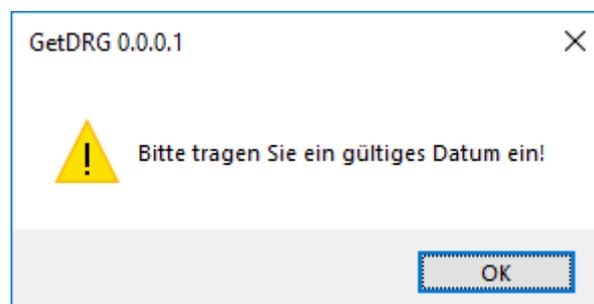
Wenn im aktuellen Fall bereits ein Aufnahmedatum eingetragen ist, wird nur der Basisfallwert angezeigt, der zum aktuellen Zeitpunkt aktiv ist. Ist kein Aufnahmedatum eingetragen, werden alle vorhandenen Basisfallwerte für das IK angezeigt.

Mit dem Button "*Neu*" lässt sich ein neuer Basisfallwert hinzufügen. Anschließend können Sie den Betrag des Basisfallwert, den prozentualen Zu. bzw. Abschlag und den Gültigkeitsbereich eintragen. Wenn Sie die Basisfallwerte für DRG bearbeiten, können Sie zusätzlich noch den Basisfallwert für die Pflege eintragen.

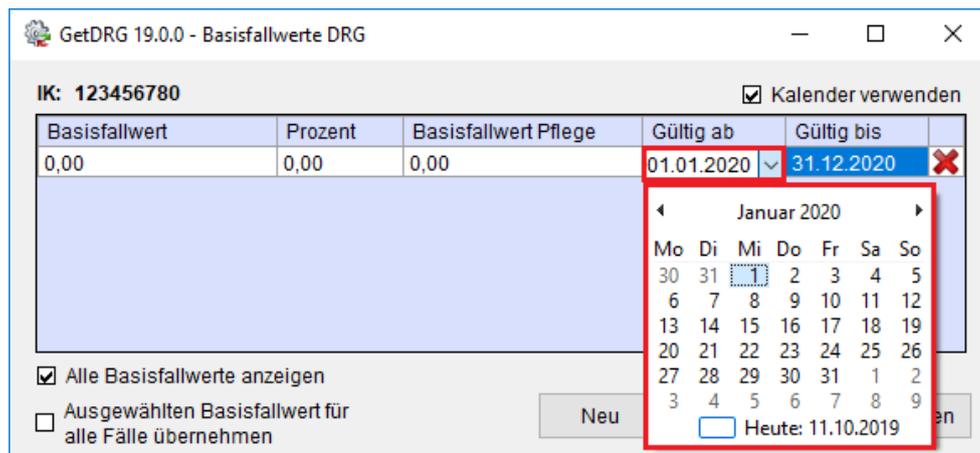
Bei jedem neuen Eintrag, werden die Gültigkeitsbereiche mit den vorhandenen überprüft. Wenn eine Überschneidung vorliegt, wird dies mit einem Hinweis kenntlich gemacht.



Es wird ebenfalls ein Hinweis angezeigt, wenn ein ungültiges Datum erfasst wurde.



Mit der Kontrollbox "*Kalender verwenden*" kann man, wenn in das Feld "*Gültig ab*" oder "*Gültig bis*" geklickt wird, ein Datum über einen Kalenderdialog auswählen.



Wenn die Kontrollbox "*Alle Basisfallwerte anzeigen*" aktiv ist, werden alle Basisfallwerte angezeigt, ansonsten nur die für das aktuelle Aufnahme datum aktiven Basisfallwerte.

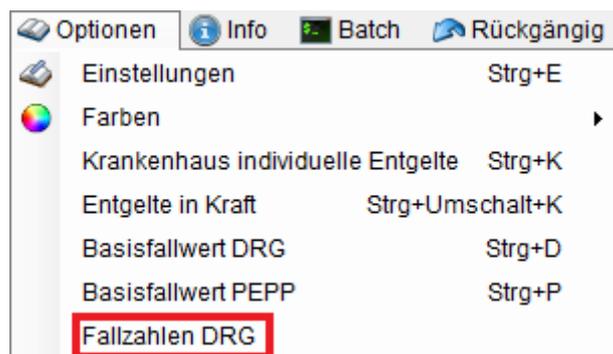
Mit "*Ausgewählten Basisfallwert für alle Fälle übernehmen*" kann der Basisfallwert für alle vorhandenen Fälle festgelegt werden.

Beim klicken auf "*Übernehmen*", wird aktuell markierte Basisfallwerte für den aktuellen Fall oder ggf. alle Fälle festgelegt.

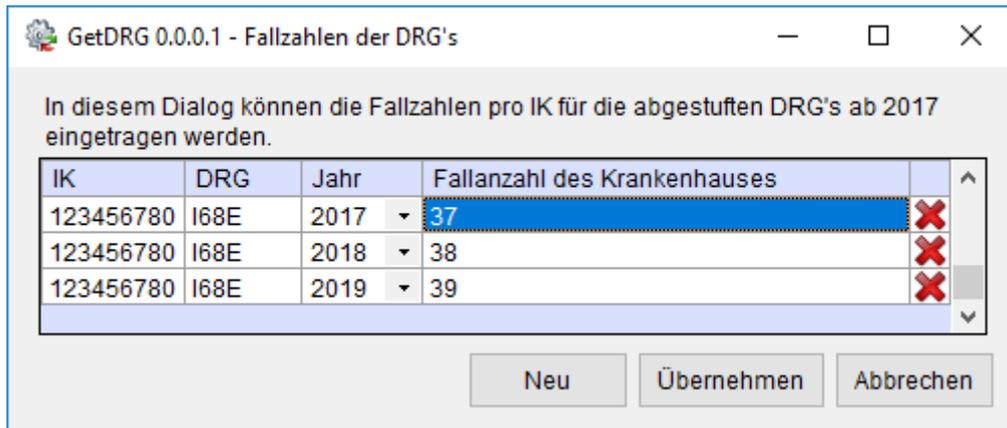
Über "*Abbrechen*" wird der Dialog geschlossen ohne einen Basisfallwert zu übernehmen.

2.3.7.5 Fallzahlen DRG

Im Dialog "Fallzahlen DRG" besteht die Möglichkeit die Fallzahlen pro IK für die abgestuften DRG zu hinterlegen.



Im Dialog können Sie neue Fallzahlen anlegen oder vorhandene bearbeiten.



Mit einem klicke auf "[Neu](#)" können Sie eine neue Fallzahl festlegen.

Anschließend müssen Sie folgende Felder ausfüllen:

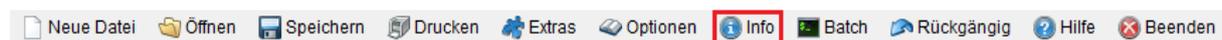
- IK
- DRG
- Jahr, folgende Jahre stehen zur Verfügung:
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
 - 2021
 - 2022
 - 2023
 - 2024
- Fallzahl des Krankenhauses

Mit "[Übernehmen](#)" werden alle Änderungen gespeichert.

Wenn Sie die Änderungen nicht übernehmen wollen, können Sie den Dialog mit "[Abbrechen](#)" schließen ohne zu speichern.

2.3.8 Info

Über den Menüpunkt "Info" können Sie sich diverse Informationen über GetDRG / GetPEPP anzeigen lassen.



Im Info Dialog finden Sie Informationen über die Versionen der einzelnen GetDRG / GetPEPP Komponenten.



The screenshot shows the 'GetDRG 21.2.9' application window. It features a header with the 'GEOS' logo and 'Gesellschaft für den Einsatz offener Systeme mbH'. The main content is divided into several sections:

- Benutzerdaten - Lizenznehmer:** Einrichtung: geos, Ansprechpartner: sl, and a button 'Lizenzschlüssel anzeigen'.
- Variablen:** DRGPARAM: F:\GetDRG\Stammdaten\, DRGHOME: F:\GetDRG\Programm\, Trace Level: Ausgeschaltet, Trace Pfad: F:\tmp/, UpdatePfad: F:\GetDRG\Update\.
- GetDRG Komponenten:** A list of components and their versions/build numbers, including GetDRG (21.2.9 - Build 2), grouper.dll (2.0.3 - Build 569), P21.dll (2.0.2 - Build 569), Stammdaten.dll (2.0.2 - Build 569), CodeCheck.dll (4.0.14.0), and various update files.
- Grouper Komponenten:** A list of DLL files: gdrg.dll (21.0.3.2), getdrg.dll (21.0.3.2), and pepp.dll (21.0.3.2).
- Datenspeicherort:** Grouper Daten: Textdatei, Stammdaten: F:\GetDRG\Stammdaten\stamm.db3, KH individuelle Daten: F:\GetDRG\Stammdaten\stamm.db3.
- Grouperlogik:** A paragraph explaining the logic based on InEK standards.
- Diagnosen - Prozeduren:** A paragraph explaining the use of ICD-10 and DIMDI codes.
- Warnhinweis:** A warning about copyright and legal consequences.

A 'Schließen' button is located at the bottom right of the window.

Durch einen Klick auf "[Anzeigen](#)" unter "[Benutzerdaten – Lizenznehmer](#)" kann die Lizenz des Anwenders angezeigt werden.

2.3.9 Batch

Im Menüpunkt "[Batch](#)" kann der Batch Modus für die Gruppierung und Zusammenführung ausgeführt werden.



2.3.9.1 Standard

Sollten Sie über eine [CoCheck](#) Lizenz verfügen, so erscheint folgendes Formular.



Batch

Standard Leistungsgruppen Zusammenführung

Quelldatei

Zieldatei

Konfigurationsdatei

Batch - Gruppen

Gruppen flexibles Format Gruppen § 21

Batch - Prüfen

DRG PEPP

Prüfen flexibles Format Prüfen flexibles Format

Prüfen § 21 Prüfen § 21 - PEPP

Starten Abbrechen

Über die Auswahlboxen in "*Batch – Gruppen*" und "*Batch – Prüfen*" wird eingestellt ob die Daten mit CoCheck geprüft oder mit dem Grouper gruppiert werden sollen. Bei der Prüfung kann neben dem Datenformat auch noch eingestellt werden, ob PEPP oder DRG Daten geprüft werden sollen.

Wenn Sie keine **CoCheck** Lizenz besitzen, so wird im Dialog der Bereich "*Batch – Prüfen*" deaktiviert.

Um den Batchlauf erfolgreich starten zu können, tragen Sie in der "Quelldatei" den Pfad der Falldatendatei ein oder wählen Sie ihn mit dem  Button aus.

Mit der Schaltfläche "*Bearbeiten*" können Sie die entsprechende Datei anzeigen und ggf. bearbeiten.

Im Textfeld der "Zieldatei" geben Sie die gewünscht Zieldatei inklusive Pfad an, in welche die Ergebnisse geschrieben werden sollen. Die Dateiendung kann nach Belieben gewählt werden.

Bei Daten im flexiblen Format muss im Feld „*Konfigurationsdatei*“ eine Konfigurationsdatei angegeben sein, in der das Format der Eingangsdatei und der Ausgangsdatei beschrieben ist. Der Aufbau der Konfigurationsdatei ist unter Kapitel **3 Aufbau der Konfigurationsdatei** beschrieben.

Für einen Batchlauf mit §21-Daten muss an dieser Stelle keine Konfigurationsdatei angegeben werden, diese ist bereit im Setup vorhanden.



Die Konfigurationsdatei kann über die Schaltfläche "*Bearbeiten*" editiert werden.

Die Gruppierung im Batch-Modus kann auch unabhängig von der Dialogoberfläche gestartet werden.

2.3.9.1.1 Dateien im frei konfigurierbaren Format

Für Dateien im frei konfigurierbaren Format muss dazu das Programm "*getdrgb.exe*" mit folgenden Parametern aufgerufen werden (z. B. aus einer DOS Eingabeaufforderung):

getdrgb <Eingangsdatei> <Ausgangsdatei> <Konfigurationsdatei>

Das Arbeitsverzeichnis für "*getdrgb.exe*" muss dem Installationsverzeichnis von GetDRG / GetPEPP (z. B. C:\Programme\GetDRG) entsprechen.

Das Programm "*getdrgb.exe*" erwartet in diesem Verzeichnis auch die Kostengewichtsdateien, die mit GetDRG / GetPEPP ausgeliefert werden. Diese haben folgende Namen, kgw10.txt für Version 1.0 (2003) bis kgw210.txt für Version 2023.

Beispiel:

Eingangsdatei: C:\Daten\InFile10.txt
Ausgangsdatei: C:\Daten\OutFile.txt
Konfigurationsdatei: C:\Programme\GetDRG\getdrg10.ini

Aufruf: *getdrgb.exe C:\Daten\InFile10.txt C:\Daten\OutFile.txt
C:\Programme\GetDRG\getdrg10.ini*

Falls in den Datensätzen der Eingangsdatei keine Versionsangabe für ICD und OPS enthalten ist, muss eine entsprechende Angabe im Abschnitt KONF der Konfigurationsdatei enthalten sein.

2.3.9.1.2 Daten im §21-Format

Für Dateien im §21-Format muss dazu das Programm "*grp21.exe*" oder "*21grp.exe*" mit folgenden Parametern aufgerufen werden (z. B. aus einer DOS Eingabeaufforderung):

grp21 <Falldatei mit Pfad> <Ausgangsdatei> [Konfigurationsdatei] [n] [s] [g]

Beide Programme verarbeiten §21 Daten und fassen die Falldaten zu einem Datensatz zusammen.

Der wesentliche Unterschied ist, dass "*grp21.exe*" eine fixe Anzahl von Diagnosen, Prozeduren, Fachabteilungen und Entgelten als Zwischendatei "*falldrg.csv*" erzeugt, während "*21grp.exe*" durch die Nutzung von mehreren Trennzeichen eine beliebige Anzahl von Diagnosen, Prozeduren, Fachabteilungen und Entgelten als Zwischendatei "*fallgrp.csv*" erzeugt. Die Zwischendatei "*fallgrp.csv*" ist damit deutlich kleiner als die Zwischendatei "*falldrg.csv*", wenn 999 ICD, OPS, FAB und Entgelte (FD13=9) genutzt werden.



21grp erzeugt somit die Daten im neuen GRP-Format. Die Dokumentation zum GRP-Format können Sie auf Anfrage bei der Firma GEOS mbh erhalten.

Die Aufrufargumente für "*grp21.exe*" und "*21grp.exe*" sind identisch. Die notwendige Standard-Konfigurationsdatei für grp21 ist "*getdrg21.ini*" und für 21grp ist es "*getdrg21grp.ini*".

Das Programm "*21grp.exe*" gruppiert Dateien im §21-Format.

Die Falldatei muss den Namen "*fall.csv*" haben. Die anderen §21 Daten werden in demselben Verzeichnis wie die Datei fall.csv erwartet.

Die Ausgabedatei hat ein fest eingestelltes Format, das über die Konfigurationsdatei "*getdrg21grp.ini*" definiert ist.

In der Konfigurationsdatei getdrg21grp.ini kann der IN-Abschnitt verändert werden, allerdings hat das keine Auswirkung auf 21grp. 21grp erwartet die Eingangsdateien immer im Standard definierten IN-Abschnitt.



Achtung: In der Konfigurationsdatei getdrg21grp.ini kann der IN-Abschnitt verändert werden, allerdings hat das keine Auswirkung auf 21grp. 21grp erwartet die Eingangsdateien immer im Standard definierten IN-Abschnitt.

Der OUT-Abschnitt und der KONF-Abschnitt können jedoch geändert werden. Über die [Konfigurationsdatei] können Sie eine alternative Konfigurationsdatei abweichend zu getdrg21grp.ini angeben.

21grp fasst zunächst die Daten aus "*fall.csv*", "*fab.csv*", "*icd.csv*", "*ops.csv*" und "*entgelte.csv*" pro Fall zu einem Datensatz in "*fallgrp.csv*" zusammen. Dabei werden mehrere Trennzeichen verwendet, so das eine beliebige Anzahl Diagnosen, Prozeduren, Fachabteilungen und Entgelte verarbeitet werden kann.

Anmerkung zum Feld Verlegefall:

21grp setzt dieses Feld auf 1, wenn es aus den Daten eine Rückverlegung annimmt, die sonst weder aus dem Aufnahmearbeit noch aus dem Entlassungsgrund erkennbar ist. Eine Rückverlegung liegt für 21grp vor, wenn in der Datei fab.csv eine Fachabteilung 0001 (angegeben als "0001" oder "HA0001") vorhanden ist oder in der Datei entgelt.csv das Feld Fallzusammenführungsgrund den Wert "RU" oder "WR" für eine Rückverlegung hat.

Ist dieses Feld nicht vorhanden, wird auch dann eine Verlegung angenommen, wenn unter den Entgelten ein Verlegungsabschluss vorhanden ist.

Dies bedeutet, dass der Grouper daraus einen Verlegungsabschluss generiert, wenn die gerundete mittlere Verweildauer der DRG unterschritten ist.

Option n:

Wenn 21grp.exe mit Argument n aufgerufen wird, werden Fehlermeldungen in einer Message Box ausgegeben. Ansonsten werden sie nur in der DOS-Box ausgegeben.

Option s:

Wenn 21grp.exe mit Argument s aufgerufen wird, werden die Eingangsdateien nicht vorher sortiert. Dadurch ist das Programm schneller. Alle Dateien müssen aber nach



IK des Krankenhauses, entlassendem Standort, Entgeltbereich und Fallnummer aufsteigend sortiert sein.

Option g:

Wenn 21grp.exe mit Argument g aufgerufen wird, wird nicht gruppiert, sondern nur die Datei falldrg.csv erzeugt. Mit Argument g braucht die Ausgangsdatei nicht angegeben zu werden.

2.3.9.2 Leistungsgruppen

Ab Version 21.2.9 können Fälle im §21-Format oder als GRP-Datei in Leistungsgruppen gruppiert werden.

The screenshot shows a 'Batch' dialog window with the following elements:

- Tab: **Leistungsgruppen**
- Quelldatei: [Empty text box] [Folder icon] [Bearbeiten]
- Zieldatei: [Empty text box] [Folder icon] [Bearbeiten]
- Systematik: LG_NRW [Dropdown arrow]
- Systemjahr: 2022 [Dropdown arrow]
- Bestimmende Fachabteilung: entlassende [Dropdown arrow]
- Buttons: [Starten] [Abbrechen]

Für die Batchgruppierung der Leistungsgruppen wird die Anwendung "[21GetLG.exe](#)" aufgerufen.

Die Aufrufparameter sind hierfür wie folgt:

21GetLG <Fall-Datei mit Pfad> <Ausgangsdatei> <Systematik> <Systemjahr> [EntFab] [Groupversion]

Parameter Systematik:

Aktuell kann hier nur der Wert **LG_NRW** angegeben werden.

Parameter Systemjahr:

Als Systemjahr kann aktuell **2022** angegeben werden. Wenn keine Groupversion als 6 Argument mit angegeben wird (siehe unten), wird der Wert von Systemjahr als Groupversion verwendet.

Parameter EntFab:



Der Parameter EntFab gibt an welche Fachabteilung bei der Gruppierung betrachtet werden soll, folgende Werte sind möglich:

- 0: Es wird die Fachabteilung mit längster Verweildauer verwendet
- 1: Es wird die entlassende Fachabteilung verwendet

Der Parameter EntFab ist optional, sollte er nicht angegeben werden ist der Standardwert 0. Wenn eine Grouperversion übergeben werden soll, muss auch der Parameter EntIFab angegeben werden.

Parameter Grouperversion:

Für den Parameter Grouperversion ist optional, wenn er angegeben wird, können die gängigen Grouperversionen, wie z. B. 2021/23, 2023 oder auch AUFDAT übergeben werden.

2.3.9.2.1 Ausgabedaten

Die Ausgabedatei wird im folgenden Format ausgegeben. In der ersten Zeile stehen die Feldnamen mit Feldtrennern getrennt.

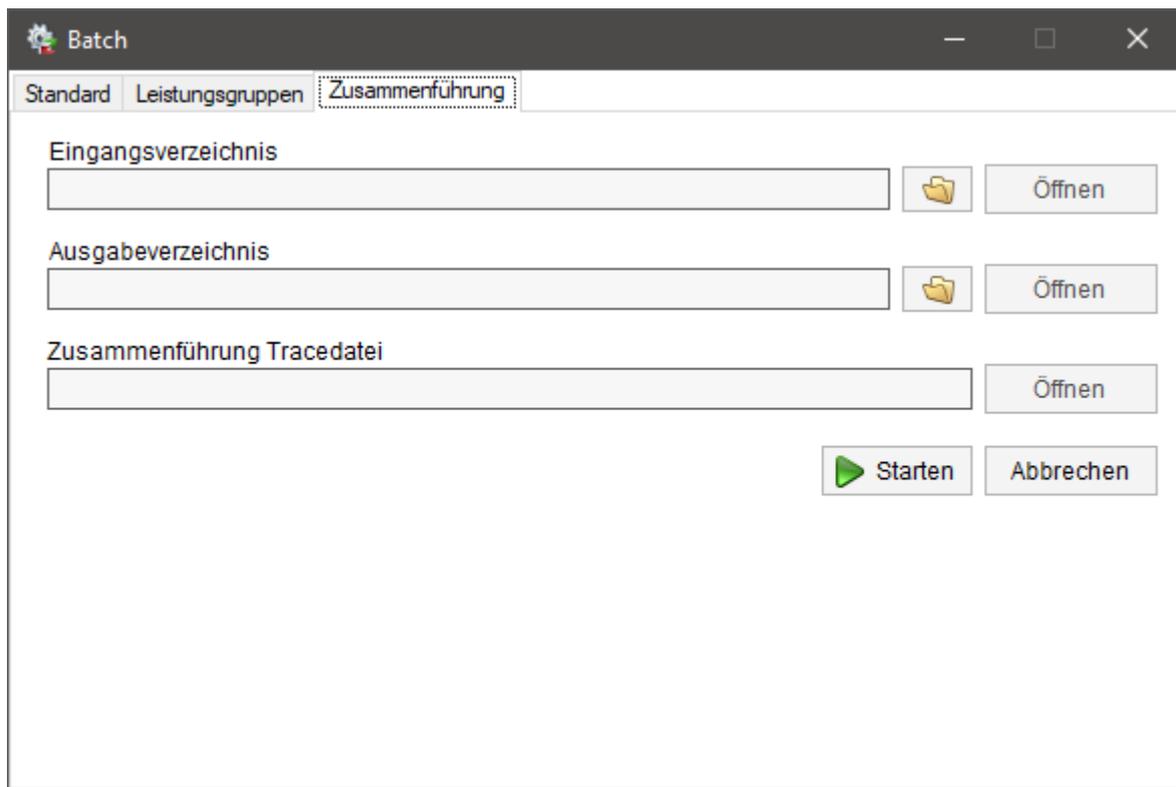
Pos	Feldname
1	IK
2	KH-Name
3	KH-Standortnummer
4	Fallnummer
5	Entgeltbereich
6	Fachabteilungstyp
7	<i>Fab mit der längsten Verweildauer</i>
7	Entlassende Fachabteilung
8	Entlassungsjahr
9	Aufnahmejahr
10	Aufnahmemonat
11	Belegungstage
12	Belegungstage nach MDK
13	KGW der DRG
14	eff. KGW
15	MDC
16	Basis DRG ID
17	DRG
18	Partition
19	DRG UGVD
20	DRG OGVD
21	DRG AGVD
22	ICD Hauptdiagnose
23	ICD Hauptdiagnose Dreisteller
24	Aufnahmedatum
25	Aufnahmeanlass
26	Aufnahmegrund
27	Aufnahmegewicht
28	Entlassungsdatum



29	Entlassungsgrund
30	Geburtsjahr
31	Geburtsmonat
32	Alter in Jahren
33	Alter in Tagen
34	Geschlecht
35	PLZ
36	Beatmungsstunden
37	Fallzusammenführung
38	Fallzusammenführungsgrund
39	Behandlungsbeginn vorstationär
40	Behandlungstage vorstationär
41	Behandlungsende nachstationär
42	Behandlungstage nachstationär
44	<i>Belegungstage in anderem Entgeltbereich</i>
43	Beurlaubungstage PSY
44	Kennzeichen Modellvorhaben
45	Anzahl Tage Zuschlag
46	Anzahl Tage Abschlag
47	Anzahl Tage Abschlag Verlegung
48	PCCL
49	Leistungsbereich ID
50	Leistungsbereich Text
51	Leistungsgruppe ID
52	Leistungsgruppe Text
53	Bestimmte Definition der Leistungsgruppe

2.3.9.3 Zusammenführung

Wenn sich im Startorder der Anwendung die "Zusammenführung.exe" befindet, können Sie die Zusammenführung auch in der Oberfläche als Batch Modus durchführen.



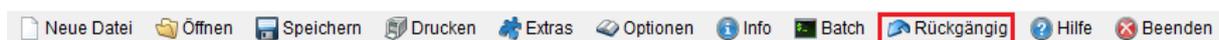
Im Eingangsverzeichnis müssen Sie der Dateipfad angeben, in dem sich Ihre §21-Daten befinden. Alternativ können Sie auch den Order mit dem  Button auswählen. Mit der Schaltfläche "*Öffnen*" können Sie das eingetragene Verzeichnis öffnen. Im Ausgangsverzeichnis müssen Sie einen Ausgabeordner angeben, in den das Ergebnis der Fallzusammenführung geschrieben werden soll.

Mit dem "*Starten*" Button starten Sie die Zusammenführung.

Konnte die Zusammenführung erfolgreich ausgeführt werden, wird die Textbox "*Zusammenführung Tracedatei*" gefüllt. Mit dem "*Öffnen*" Button können Sie die angegebene Datei öffnen und das Ergebnis der Zusammenführung anschauen.

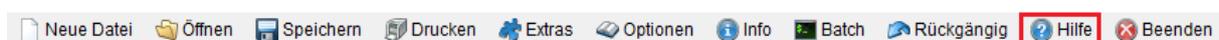
2.3.10 Rückgängig

Mit dem Button "Rückgängig" können alle nicht gespeicherten Änderungen des aktuellen Fall Rückgängig gemacht werden. Bevor die Änderungen Rückgängig gemacht werden.



2.3.11 Hilfe

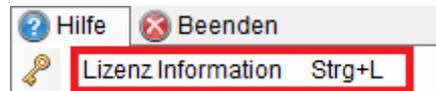
Im Untermenü "*Hilfe*" können Sie die Informationen zu Ihrer Lizenz anschauen.





2.3.11.1 Lizenz Informationen

Über die Schaltfläche "*Lizenz Informationen*" können Sie sich Ihren Lizenzschlüssel und die damit verbundenen Produkte anschauen. Der Dialog lässt sich auch mit der Tastenkombination **STRG + L** öffnen.



Der Dialog dafür, sieht wie folgt aus.



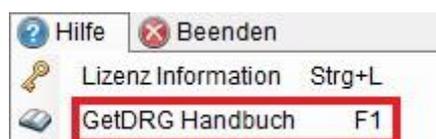
Im Textfeld "*ID*" steht die Kundennummer des Anwenders.

In "*Lizenzschlüssel*" der Lizenzschlüssel und darunter, welche Produkte für den Benutzer freigeschaltet sind.

Oben rechts, links neben dem Monitor kann überprüft werden, ob es sich bei der Lizenz um eine Ein- oder Mehrplatz Lizenz handelt.

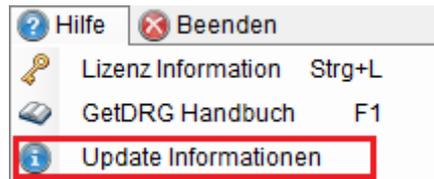
2.3.11.2 GetDRG / GetPEPP Handbuch

Über die Schaltfläche "*GetDRG Handbuch*" oder mit der Taste "**F1**" können Sie das GetDRG / GetPEPP Handbuch aus der Anwendung heraus öffnen.



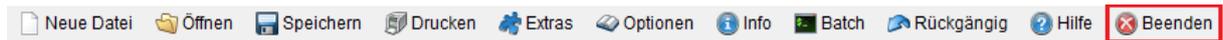
2.3.11.3 Update Informationen

Durch klicken der Schaltfläche "*Update Informationen*" öffnet sich ein PDF mit allen Informationen der letzten Programmupdates.

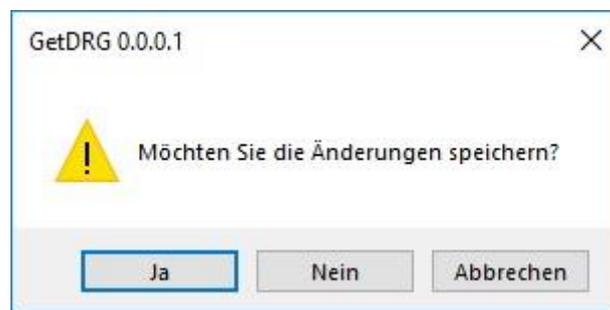


2.3.12 Beenden

Mit dem "Beenden" Button, kann die Anwendung geschlossen werden.



Ist vor dem Beenden der Anwendung noch eine ungespeicherte Änderung vorhanden, kann diese vorher noch abgespeichert oder ignoriert werden.



Über den Button "*Ja*" werden die Daten gespeichert, und das Programm beendet. Mit "*Nein*" wird GetDRG / GetPEPP beendet, ohne die Daten zu speichern. Über den Button "*Abbrechen*" bleibt GetDRG / GetPEPP geöffnet, die Daten werden nicht gespeichert.



2.4 Erweiterte Fallsuche

Mit der erweiterten Fallsuche können alle eingelesenen Fälle und Fälle aus der Datenbank durchsucht, gefiltert, manipuliert und bei Bedarf als GRP-Datei gespeichert werden.

GetDRG 19.2.8

Speichern Einstellungen Fälle Editieren

Groupier Version: AUFDAT

Fallnummer	Versichertennummer	IK	Entgeltbereich	DRG	Hauptdiagnose	Nebendiagnosen	Prozeduren
2020_0		123456780	DRG	I10E	M501		503030; 58396
2020_1		123456780	DRG	I10D	M501		503031; 58396
2020_10		123456780	DRG	I09F	M501		503061; 58396
2020_100		123456780	DRG	I09E	M4125		5838a5
2020_1000		123456780	DRG	I06C	M4195		5838b4; 50310
2020_1001		123456780	DRG	I06B	M4195	I330; D62	5838b4; 50310
2020_1002		123456780	DRG	I09A	M4195	I330; A410	5838b4; 50310
2020_1003		123456780	DRG	I10E	M4195		5838f1; 5031x
2020_1004		123456780	DRG	I10E	M4195	A410; I330	5838f0; 5031x
2020_1005		123456780	DRG	I06C	M4505		58378; 583897
2020_1006		123456780	DRG	I06C	M4505	D62; N1799	58378; 583897
2020_1007		123456780	DRG	I06B	M4505	N1799; I330	58378; 583897
2020_1008		123456780	DRG	I06C	M4503		58378; 583b53
2020_1009		123456780	DRG	I06C	M4503	A410; N1799	58378; 583b53
2020_101		123456780	DRG	I09E	M4125		5838a5; 89250

1000 (maximal) von 1094 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Übernehmen Schließen

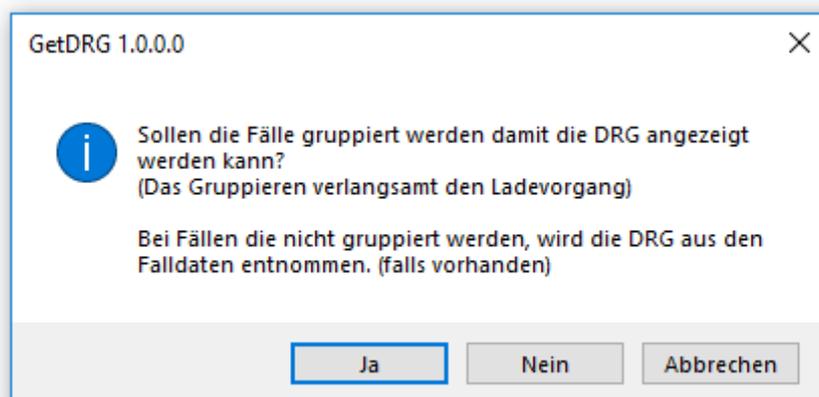
2.4.1 Öffnen der erweiterten Fallsuche

Die Oberfläche für die erweiterte Fallsuche wird durch folgenden Button aufgerufen.



2.4.2 Erster Start der erweiterten Fallsuche

Beim ersten Start der erweiterten Fallsuche wird vor dem öffnen gefragt, ob die Fälle gruppiert werden sollen um die DRG des jeweiligen Falls anzeigen zu können (Nur wenn die Falldaten nicht aus der Datenbank kommen).





Durch klicken des "**Ja**" Button, werden alle Fälle gruppiert und die DRG des jeweiligen Falls in der Oberfläche der erweiterten Fallsuche angezeigt.

Wird der "**Nein**" Button geklickt, werden die Fälle nicht gruppiert.

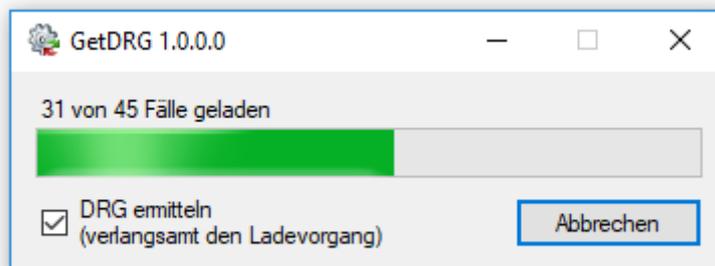


Sonderfall: *Handelt es sich bei den eingelesenen Falldaten um Daten im GRP-Format welche mit Gruppierungsergebnissen erzeugt wurden, wird die DRG aus den Falldaten entnommen und angezeigt.*

Das klicken des "**Abbrechen**" Button stoppt das Öffnen der erweiterten Fallsuche.

2.4.3 Laden der Falldaten

Wurde der Dialog beim ersten Start mit "**Ja**" oder "**Nein**" geschlossen oder die erweiterte Fallsuche wird nicht das erste Mal gestartet, werden die Fälle für die erweiterte Fallsuche vorbereitet.

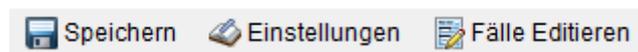


Während dem Laden der Fälle, kann durch die Checkbox das gruppieren An- und Ausgeschaltet werden.

Wenn das Gruppieren ausgeschaltet wird, kann es wie beim Sonderfall des ersten Startes dazu kommen, dass die DRG für die Fälle trotzdem angezeigt wird.

Durch das klicken des "**Abbrechen**" Button oder das Schließen des Fensters wird der Vorgang abgebrochen und alle bereits geladenen Fälle in der erweiterten Fallsuche angezeigt.

2.4.4 Die Menüleiste



Über die Menüleiste können die angezeigten Fälle gespeichert werden, einzelne Spalten der Anzeige Ein- und Ausgeblendet oder die Falldaten editiert werden.

2.4.4.1 Speichern

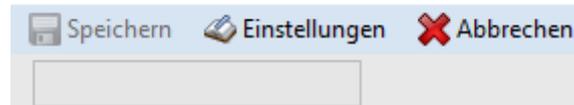
Durch klicken des "**Speichern**" Button können alle derzeit angezeigten Fälle in einer Datei im GRP-Format erzeugt werden.

Die Fälle werden nach der ausgewählten Grouperversion gruppiert.



Grouper Version: AUFDAT

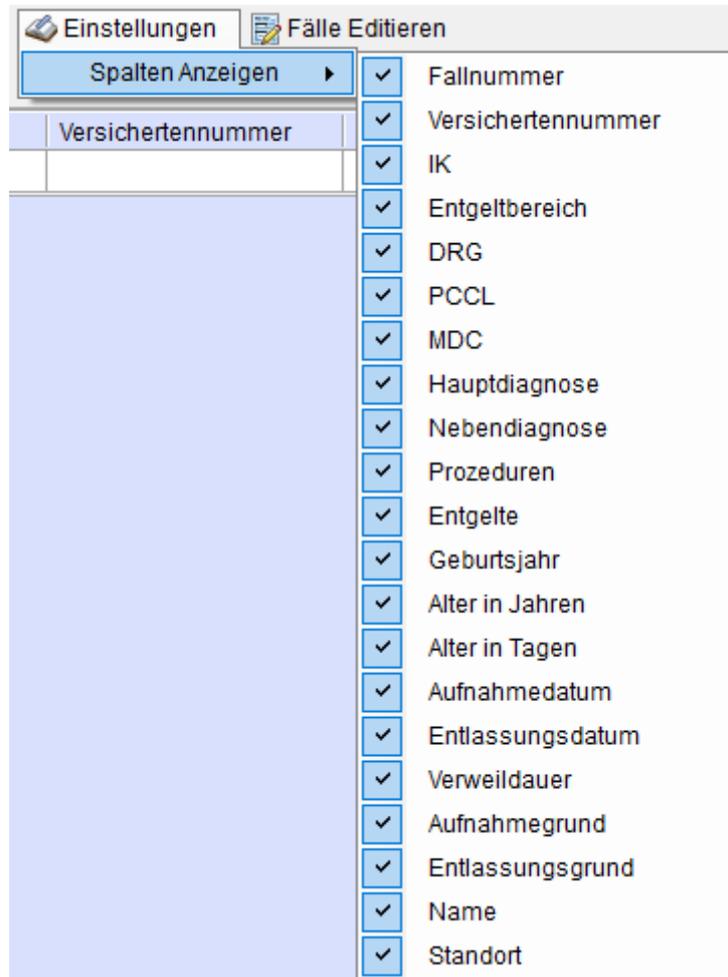
Der Speicherort und Name der Datei wird vor dem Speichervorgang ermittelt. Der Speichervorgang kann durch klicken des "*Abbrechen*" Button vorzeitig beendet werden.





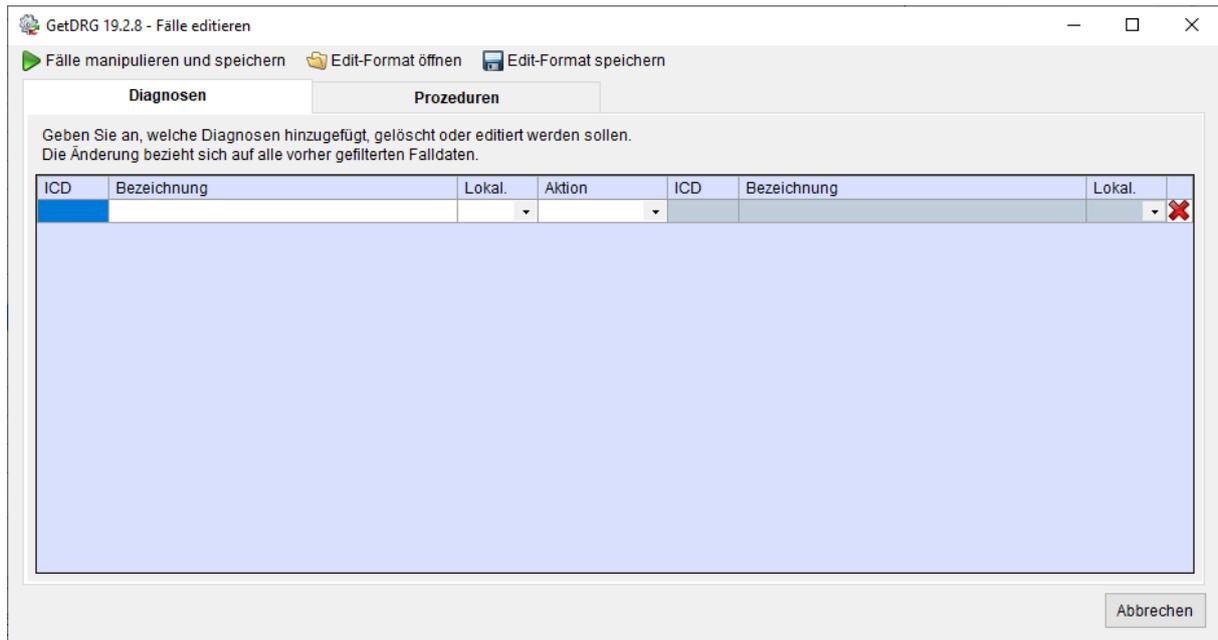
2.4.4.2 Spalten Ein- und Ausblenden

Über die Schaltfläche "*Einstellungen*" können im Reiter "*Spalten Anzeigen*" per Klick einzelnen Spalten der Oberfläche Ein- und Ausgeblendet werden.



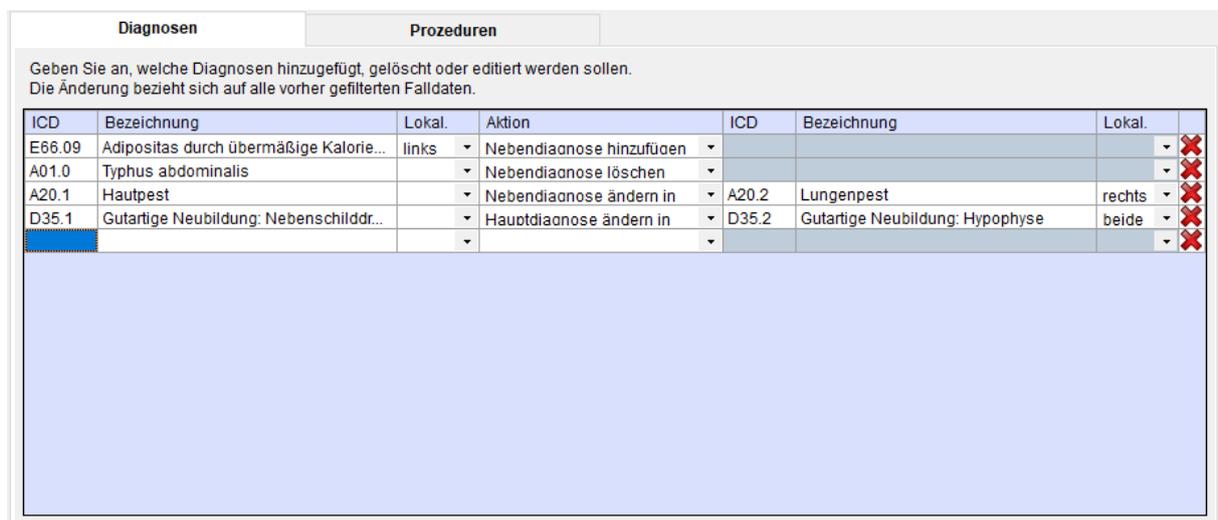
2.4.4.3 Fälle editieren

Über die Schaltfläche "Fälle Editieren" können die Diagnosen und Prozeduren aller vorher gefilterten Falldaten geändert, gelöscht und neue hinzugefügt werden.



Diagnosen können nach den folgenden Möglichkeiten editiert werden.

- Nebendiagnose hinzufügen
- Nebendiagnose löschen
- Nebendiagnose ändern in
- Hauptdiagnose ändern in



Prozeduren können nach den folgenden Möglichkeiten editiert werden.

- Prozedur hinzufügen
- Prozedur löschen
- Prozedur ändern in



Diagnosen				Prozeduren			
Geben Sie an, welche Prozeduren hinzugefügt, gelöscht oder editiert werden sollen. Die Änderung bezieht sich auf alle vorher gefilterten Falldaten.							
OPS	Bezeichnung	Lokal.	Aktion	OPS	Bezeichnung	Lokal.	
5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovi...	rechts	Prozedur hinzufügen				✗
1-202	Diagnostik zur Feststellung des irreversib...		Prozedur löschen				✗
8-631.10	Neurostimulation: Nachprogrammierung ...		Prozedur ändern in	8-631.11	Neurostimulation: Nachprogrammierung ...	links	✗



Achtung: Beim Löschen von Diagnosen/Prozeduren spielt die Lokalisation keine Rolle. D.h., wenn eine Diagnose/Prozedur gelöscht werden soll, wird jede Diagnose/Prozedur, die auf den Diagnose-/Prozedurcode zutrifft, gelöscht, egal welche Lokalisation angegeben ist.

Über die Schaltfläche "**Edit-Format speichern**" können die eingetragenen Manipulationen in einer GRPEF-Datei abgespeichert werden.

Diagnosen				Prozeduren			
Geben Sie an, welche Diagnosen hinzugefügt, gelöscht oder editiert werden sollen. Die Änderung bezieht sich auf alle vorher gefilterten Falldaten.							
ICD	Bezeichnung	Lokal.	Aktion	ICD	Bezeichnung	Lokal.	
E66.09	Adipositas durch übermäßige Kalorie...	links	Nebendiaonose hinzufügen				✗
A01.0	Typhus abdominalis		Nebendiaonose löschen				✗
A20.1	Hautpest		Nebendiaonose ändern in	A20.2	Lungenpest	rechts	✗
D35.1	Gutartige Neubildung: Nebenschilddr...		Hauptdiaonose ändern in	D35.2	Gutartige Neubildung: Hypophyse	beide	✗

Mit "**Edit-Format öffnen**" kann die zuvor erzeugte GRPEF-Datei in die Oberfläche eingelesen werden.

Diagnosen				Prozeduren			
Geben Sie an, welche Diagnosen hinzugefügt, gelöscht oder editiert werden sollen. Die Änderung bezieht sich auf alle vorher gefilterten Falldaten.							
ICD	Bezeichnung	Lokal.	Aktion	ICD	Bezeichnung	Lokal.	
							✗

Durch das Öffnen der GRPEF-Datei werden die darin abgespeicherten Manipulationen in die Oberfläche eingetragen



Über die Schaltfläche "*Fälle manipulieren und speichern*" können die eingetragenen Manipulationen auf alle vorher gefilterten Fälle angewendet werden.



Nach Auswahl des Speicherortes werden die vorher in der erweiterten Fallsuche gefilterten Fälle manipuliert und nach der dort eingetragenen Gruppierung gruppiert und als GRP-Datei abgespeichert.

2.4.5 Filtern von Fällen

Wird in der Filterzeile in einer Spalte ein Zeichen eingegeben, werden daraufhin alle in der Oberfläche geladenen Fälle nach allen eingegebenen Filtern gefiltert. Zusätzlich wird die Überschriftenzeile der Spalte farblich hervorgehoben, um deutlich zu machen, nach welchen Spalten gefiltert wird.

DRG	PCCL	MDC	Hauptdiagnose
	>1		J44

Werden die Daten aus den Falldatenbank durchsucht, muss die Eingabe mit "*ENTER*" oder der "*TAB*" Taste bestätigt werden.



Fallnummer	IK	DRG	Hauptdiagnose
		B	G8
10000000	123456780	B02C	G81.1
10000001	123456780	B20A	G80.0

2 von 5 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

2.4.5.1 Filtern nach verschiedenen Werten in einer Spalte

Beim Filtern kann auch nach zwei oder mehreren Werten gefiltert werden. Dafür müssen die Filtereingaben mit einem Semikolon „;“ getrennt werden.

Beispiele:

Variante 1

Entgeltbereich	DRG	PCCL	MDC
	B7;A04		
DRG	B72B	2	01
DRG	A04A	6	17
DRG	A04D	5	17
DRG	B78A	0	01
DRG	B70B	0	01
DRG	B72B	3	01

6 von 142 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Variante 2

Entgeltbereich	DRG	PCCL	MDC
	B7;A04;I27		
DRG	B72B	2	01
DRG	A04A	6	17
DRG	I27A	5	08
DRG	A04D	5	17
DRG	B78A	0	01
DRG	B70B	0	01
DRG	B72B	3	01

7 von 142 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Im ersten Beispiel werden durch das Trennen mit dem Trennzeichen sowohl die Werte die „B7“ oder „A04“ enthalten angezeigt. In der Variante 2 werden zusätzlich noch die Fälle bei denen die DRG I27 enthält angezeigt.

2.4.5.2 Beim Filtern bestimmte Werte ausschließen

Beim Filtern können bestimmte Werte ausgeschlossen werden indem vor der Filtereingabe ein Minus „-“ eingetragen wird.

Beispiele:



Entgeltbereich	DRG	PCCL
	A09	
DRG	A09A	5
DRG	A09A	5
DRG	A09B	5
DRG	A09A	5
DRG	A09B	4

5 von 142 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Entgeltbereich	DRG	PCCL
	A09;-A09B	
DRG	A09A	5
DRG	A09A	5
DRG	A09A	5

3 von 142 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Im ersten Bild wird durch das Eintragen von „A09“ erstmal alle Ergebnisse, die diese Zeichenfolge enthalten ausgegeben.

Im zweiten Bild wird durch die zusätzliche Eingabe von „-A09B“ diese Zeichenfolge ausgeschlossen weshalb anschließend nur noch Ergebnisse ausgegeben werden, welche „A09“ enthalten aber nicht „A09B“.

Durch die Kombination von mehreren Spalten kann so z. B. nach Fällen gefiltert werden, die eine bestimmte DRG enthalten aber eine bestimmte Nebendiagnosen und/oder ein bestimmtes Entgelt enthalten oder auch nicht enthalten.

2.4.5.3 Filtern nach größer und kleiner als

In den Spalten PCCL, Alter in Jahren und Verweildauer kann zusätzlich zu bestehenden Filter Methoden noch das größer „>“ und kleiner „<“ Zeichen verwendet werden.

Beispiel:

Geburtsjahr	Alter in Jahren	Aufnahmedatum
	>17;<30	
2003	18	03.05.2022 19:41
2000	19	22.07.2022 14:23
1998	23	14.01.2022 06:45
1997	24	25.01.2022 09:00
2002	19	24.05.2022 20:56
1995	26	17.09.2022 08:52
1993	26	03.06.2022 14:44

8 von 142 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Im Beispiel werden dadurch nur Ergebnisse angezeigt, bei denen „Alter in Jahren“ größer als 17 und kleiner als 30 ist.

Kombinationen aus größer „>“ oder kleiner „<“ und Minus „-“ sind nicht möglich.

Beispiel:



Geburtsjahr	Alter in Jahren	Aufnahmedatum
	>17;-18	
2003	18	03.05.2022 19:41
1982	39	01.08.2022 06:52
1943	78	25.05.2022 08:03
1946	75	24.03.2022 04:09
1959	62	03.04.2022 07:36
1970	51	17.04.2022 11:05
1975	46	04.06.2022 08:55

<

125 von 142 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

In diesem Fall werden nur Ergebnisse angezeigt bei denen „Alter in Jahren“ größer als 17 ist, „-18“ wird in diesem Fall ignoriert.

2.4.5.4 Filtern nach Aufnahme- und Entlassungsdatum

Wird in den zwei Feldern des Filters für das Aufnahme- und Entlassungsdatum "ENTER" gedrückt oder mit der Maus draufgeklickt, öffnet sich ein Fenster zur Eingabe eines von / bis Bereich des Aufnahme- oder Entlassungsdatums.

Datum Eingabe x

Bitte geben Sie das Datum von und bis ein.

Aufnahme von: Anzeigen

Aufnahme bis: Anzeigen

[Eingaben löschen](#) Bestätigen Abbrechen

In dieser Oberfläche kann das Datum per Hand in das Textfeld eingegeben oder durch klicken des "Kalender Anzeigen" über einen Kalenddialog ausgewählt werden.

Durch klicken von "Eingaben löschen" wird das Fenster geschlossen und der Filter des Feldes aufgehoben.

Wird der Button "Abbrechen" geklickt, wird das Fenster geschlossen und Änderungen nicht übernommen.

Durch klicken des "Bestätigen" Buttons wird der eingetragene Filter übernommen und die geladenen Fälle gefiltert.



Sonderfall: Wird nur ein Datum eingetragen, wird für das andere Feld der minimal (Datum von: "01.01.0001 00:00") oder der maximal Wert (Datum bis: "31.12.9999 23:59") eingetragen und übernommen.



2.4.6 Filter übernehmen

Wurde beim Filtern von den Falldaten mind. 1 Fall gefunden, kann der Filter mit dem Button „Filter übernehmen“ auf die Hauptmaske übernommen werden.

Fallnummer	Versichertennummer	IK	Entgeltbereich	DRG	Hauptdiagnose	Nebendiagnosen	Prozeduren
515		12345					
515261		123456780	DRG	I29A	S4221	E6691;E6691;11000;11000;M751;...	578701;57
515842		123456780	DRG	I34Z	S324	B370;B370;E1120;E1120;E539;E...	3205;5794
515952		123456780	DRG	G24B	K4030	E6692;E6692;E785;E785;E790;E...	553031;59
515973		123456780	DRG	F48Z	I5001	A099;A099;E039;E039;E1120;E1...	85502

4 von 4446 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#) Filter übernehmen Übernehmen Schließen

Durch das übernehmen vom Filter, können in der Hauptmaske nur noch die gefilterten Fälle angezeigt und bearbeitet werden.



2.4.7 Fall löschen

Funktioniert nach wie vor unter Punkt [2.2.10.4 Fall löschen](#) beschrieben.

2.4.8 Fall duplizieren

Funktioniert nach wie vor unter Punkt [2.2.10.5 Fall duplizieren](#) beschrieben, bloß das nach dem Speichern vom duplizierten Fall, dieser zu den gefilterten Fällen hinzugefügt wird und weiterhin angezeigt und bearbeitet werden kann.

2.4.9 Fall hinzufügen

Funktioniert nach wie vor unter Punkt [2.2.10.6 Fall hinzufügen](#) beschrieben, bloß das nach dem Speichern vom neuen Fall, dieser zu den gefilterten Fällen hinzugefügt wird und weiterhin angezeigt und bearbeitet werden kann.

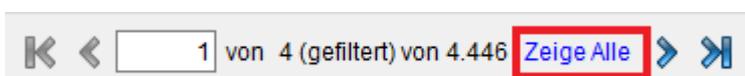
2.4.10 Erzeugen von GRP, §21 und Export-CSV Dateien

Solange der Filter aktiv ist, werden beim Erzeugen von GRP, §21 und Export-CSV Dateien immer nur die gefilterten Fälle abgespeichert.

Das bedeutet, dass beim Speichern nur die 4 gefilterten Fällen in die Datei(en) geschrieben werden.

2.4.11 Filter aufheben

Durch einen Klick auf „Zeige Alle“ wird der Filter aufgehoben und die Hauptmaske arbeitet wie gewohnt weiter.





2.4.12 Filter entfernen

Ein bestimmter Filter kann entfernt werden, indem man den Inhalt des Feldes löscht.

Fallnummer	IK	DRG	Hauptdiagnose
		B	G8
10000000	123456780	B02C	G81.1
10000001	123456780	B20A	G80.0

2 von 5 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Fallnummer	IK	DRG	Hauptdiagnose
		B	
10000000	123456780	B02C	G81.1
10000001	123456780	B20A	G80.0
10000003	123456780	901B	M96.1

3 von 5 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Um alle Filter auf einmal zu löschen muss auf "[Zeige Alle](#)" geklickt werden.

Fallnummer	IK	DRG	Hauptdiagnose
		B	G8
10000000	123456780	B02C	G81.1
10000001	123456780	B20A	G80.0

2 von 5 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

Fallnummer	IK	DRG	Hauptdiagnose
10000000	123456780	B02C	G81.1
10000001	123456780	B20A	G80.0
10000002	123456780	A11D	C03.0
10000003	123456780	901B	M96.1
10000004	123456780	F36C	T82.8

5 von 5 Treffer gefunden. [Zeige Alle](#)

2.4.13 Zusatzinformationen anzeigen

Zu den Feldern "*DRG*", "*Hauptdiagnose*", "*Nebendiagnose*", "*Prozeduren*" und "*Entgelte*" kann durch klicken eines der genannten Felder zusätzliche Informationen zu den Falldaten angezeigt werden.

Fallnummer	IK	DRG	Hauptdiagnose	Nebendiagnosen
10000000	123456780	B02C	G81.1	F84.8; G40.3; G82.29; G93.1; N17.01; ...
10000001	123456780	B20A	G80.0	G40.8; G91.0; K59.2; M41.40; Z93.1; ...
10000002	123456780	A11D	C03.0	A04.7; B37.4; C77.0; D64.8; E87.1; E...
10000003	123456780	901B	M96.1	I10.90; J30.1; J30.3; L40.9; M19.95; ...
10000004	123456780	F36C	T82.8	D68.4; E87.6; I27.28; I50.01; J44.83; ...

Wurde wie auf dem obigen Bild auf das markierte Feld der Nebendiagnose geklickt werden die zusätzlichen Informationen zu allen Nebendiagnose wie folgt angezeigt.



ICD-Kode	Bezeichnung
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen
J30.3	Sonstige allergische Rhinopathie
L40.9	Psoriasis, nicht näher bezeichnet
M19.95	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M54.5	Kreuzschmerz
R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut

2.4.14 Übernehmen eines Falls in die Hauptansicht

Um einen Fall in die Hauptansicht zu übernehmen, kann entweder per Doppelklick auf diesen geklickt oder auf den Button "Übernehmen" gedrückt werden.

Wird der "Übernehmen" Button gedrückt, wird der aktuell ausgewählte Fall in die Hauptansicht übernommen.

Fallnummer	Versichertennummer	IK	Entgeltbereich	DRG	Hauptdiagnose	Nebendiagnosen	Prozeduren
2020_0		123456780	DRG	I10E	M501		503030; 58396
2020_1		123456780	DRG	I10D	M501		503031; 58396
2020_10		123456780	DRG	I09F	M501		503061; 58396
2020_100		123456780	DRG	I09E	M4125		5838a5
2020_1000		123456780	DRG	I06C	M4195		5838b4; 50310
2020_1001		123456780	DRG	I06B	M4195	I330; D62	5838b4; 50310
2020_1002		123456780	DRG	I09A	M4195	I330; A410	5838b4; 50310
2020_1003		123456780	DRG	I10E	M4195		5838f1; 5031x
2020_1004		123456780	DRG	I10E	M4195	A410; I330	5838f0; 5031x
2020_1005		123456780	DRG	I06C	M4505		58378; 583897
2020_1006		123456780	DRG	I06C	M4505	D62; N1799	58378; 583897
2020_1007		123456780	DRG	I06B	M4505	N1799; I330	58378; 583897
2020_1008		123456780	DRG	I06C	M4503		58378; 583b53
2020_1009		123456780	DRG	I06C	M4503	A410; N1799	58378; 583b53
2020_101		123456780	DRG	I09E	M4125		5838a5; 89250

Durch das Übernehmen eines Falls in die Hauptansicht wird die Oberfläche für die erweiterte Fallsuche geschlossen.

3 Aufbau der Konfigurationsdatei

Der Aufbau des Eingangs- und des Ausgangsdatensatzes für die Batch Gruppierung mit GetDRG / GetPEPP wird über eine Konfigurationsdatei festgelegt.

Wenn Sie uns Testdaten mit wenigen Datensätzen zur Verfügung stellen, erstellen wir für Sie kostenfrei eine entsprechende Konfigurationsdatei. Für gängige Formate liefern wir die Konfigurationsdateien.



GetDRG / GetPEPP kann sowohl Daten mit fester Länge, bei der die Felder in jedem Datensatz an derselben Position zu finden sind, als auch mit variabler Länge, bei der die Felder durch ein Trennzeichen getrennt sind, verarbeiten. Je nach Format haben die Einträge unterschiedliche Bedeutung.

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 dem Abschnitt WT, KT und ST.

Trenner	Beschreibung	Optional bei Format mit Feldtrenner
FT	Feldtrenner FT=; Beispiel: 111111111;1;201201011010	Nein
KT	Komponententrenner KT=^ Beispiel: M79.70^000	Ja
WT	Wiederholungstrenner WT=~ Beispiel: 5-530.7x:L:20120101~5-520.1x:L:20120101	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/Gruppennamen
- 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	Länge	Anzahl	Beschreibung
IN				
FALL	1	15	1	Fallnummer

Bei der Ausgabe in fester Satzlänge werden:

- Zeichenfolgen (char) linksbündig ausgerichtet und mit Leerzeichen aufgefüllt
 - "Huber" -> "Huber "
- Numerische Werte (int) rechtsbündig ausgerichtet und mit Leerzeichen oder 0 aufgefüllt
 - "1" -> "001" oder " 1"
- Dezimale Werte (Decimal) rechtsbündig ausgerichtet und mit 0 aufgefüllt
 - "1.5" -> "001.50"
 - "-1.5" -> "-01.50"

Sowohl bei fester als auch bei variabler Satzlänge werden Felder in folgendem Format erwartet:

- Zeitfelder werden im Format HHMM erwartet und auch so ausgegeben.
- Für Datumsfelder (z. B. Geburtsdatum, Aufnahme- und Entlassungstag, OP-Tag im Feld Operationen, Aufnahme- und Entlassungstag im Feld Fachabteilungen, Abrechnung von und bis in Feld erfasste Entgelte) muss hinter der Anzahl Wiederholungen das Format angegeben werden, z. B. TT.MM.JJJJ oder JJJJMMTT. Dabei bedeutet TT Tag 2-stellig, MM Monat 2-stellig, JJ Jahr 2-stellig und JJJJ Jahr 4-stellig. Bei den Datumsfeldern in den Feldern Operationen, Fachabteilungen und erfassten Entgelten kann auf das Format verzichtet werden, wenn es in den Daten nicht vorkommt.
- Für die Ein- und Ausgabe von Dezimalfeldern ist das Zeichen, das im Konfigurationsabschnitt unter DEZT angegeben ist, maßgeblich. Wird die Option weggelassen, werden Dezimalfelder mit einem Punkt als Dezimaltrennzeichen ausgegeben und erwartet.
- Die Anzahl Nachkommastellen ist bei den Ausgabefeldern fest eingestellt. So werden Geldbeträge stets mit zwei Nachkommastellen, relative Kostengewichte mit drei Nachkommastellen und durchschnittliche Verweildauern mit einer Nachkommastelle ausgegeben. Die Nachkommastellen werden gekürzt, wenn die angegebene Feldlänge zu kurz ist, um den gesamten Wert darzustellen.

Diagnosen und Operationen dürfen im Eingabestrom prinzipiell keine Sonderzeichen (. + * ! - oder Lokalisationsangaben) enthalten. Nur wenn die Option SZE im Konfigurationsabschnitt gesetzt ist, werden bei Diagnosen an 3. Stelle und Sonderzeichen (. + * ! und Lokalisationsangaben) an letzter Stelle sowie bei Operationen (-) an 2. Stelle und (.) an 6. Stelle entfernt. Codes, die andere



Sonderzeichen enthalten, werden als ungültig erkannt und führen eventuell zur Gruppierung des Falls in eine Fehlergruppe oder unpassende Gruppe. Sonderzeichen müssen deshalb vorher aus den Daten entfernt werden. Die Ausgabe erfolgt ebenfalls ohne Sonderzeichen.

Die erste übergebene Diagnose wird als Hauptdiagnose verwendet.

Gruppen mit Unterelementen:

Ab Version 12.0.0 von GetDRG / GetPEPP sind Felder DIA, OPS, FAB, EENT und ENT 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
ENT	Entgeltschlüssel
E3IN	EGR3

Die Unterelemente können mit folgender Schreibweise konfiguriert werden:

Feld	Start	Länge	Anzahl	Format Beschreibung
DIA	1	8	*	Diagnosen
DCODE	1.1	6	1	ICD-Code
DLOK	1.2	1	1	Lokalisation
OPS	2	19	*	Prozeduren
OCODE	2.1	8	1	OPS-Code
OLOK	2.2	1	1	Lokalisation
OPDAT	2.3	8	1	JJJJMMTT OP-Datum

Bei Gruppenfeld DIA muss die Summe der max. Länge aller Unterelemente plus Unterelementtrenner ":" 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 Gruppenfelds muss wiederholt werden gefolgt von 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 die 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.

3.1 IN-Abschnitt

Token	Typ	Länge	Beschreibung
FALL	Int	15	Diagnosen
IKKH	Int	9	IK des Krankenhauses
NKK	Int	9	IK der Krankenkasse
GES	Char	1	Geschlecht 1 oder M = männlich 2 oder W = weiblich 3 oder I = unbestimmt 4 oder D = divers 9 oder U = unbekannt
GDAT	Char	8	Geburtsdatum im angegebenen Format
GJAHR	Int	4	Geburtsjahr des Patienten
ALTJ	Int	3	Alter in Jahren
ALTT	Int	3	Alter in Tagen (nur wenn das Alter in Jahren = 0)
ATAG	Char	8	Aufnahmetag im angegebenen Format
AZEI	Char	4	Format der Aufnahmeuhrzeit = HHMM
ETAG	Char	8	Entlassungstag im angegebenen Format
EZEI	Char	4	Format der Entlassungszeit = HHMM
EGV	Int	1	Version des Entlassungsgrundes 1 = deutsche Version des Entlassungsgrundes (Stellen 1+2)
EGR	Char	2-3	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 12 = interne Verlegung 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung



			<p>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 23 = Beginn eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich –für verlegende Fachabteilung) 24 = Beendigung eines externen Aufenthalts mit Abwesenheit über Mitternacht (BPfIV-Bereich – für Pseudofachabteilung 0003) 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung – PEPP) 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt</p> <p>Die 3.Stelle des Entlassungsgrunds kann folgende Werte haben: 1 = arbeitsfähig entlassen 2 = arbeitsunfähig entlassen 3 = invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; keine Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung 4 = invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung 5 = invasiv beatmet; B-BEP-Abschlagsvereinbarung nicht anwendbar; keine Verordnung 6 = invasiv beatmet; Anwendung §3 Abs. 6 FPV 9 = keine Angabe</p>
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 Wird ab 2020 anderweitig verwendet, nicht mehr übergeben!
DIAB	Char	3	Version der Diagnoseschlüssel -1 = ICD10 V1.3 -2 = ICD10 V2.0



			-3 = ICD10 GM Version 2004 : -22=ICD10 GM Version 2023 -23=ICD10 GM Version 2024 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
ADIA	Char	5	Aufnahmediagnose
DIA	Char	Je 8	Untergruppe Diagnosen (s.o.)
OPSV	Char	3	Version der OPS-Schlüssel -1 = OPS V1.1 -2 = OPS V2.0 -3 = OPS V2.1 -4 = OPS Version 2004 : -23=OPS Version 2023 -24=OPS Version 2024 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
EGR3	Char	1	Entlassungsgrund 3. Stelle 1 = arbeitsfähig entlassen 2 = arbeitsunfähig entlassen 3 = invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; keine Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung 4 = invasiv beatmet i.S. B-BEP-Abschlagsvereinbarung; Verordnung einer Anschlussversorgung zur Beatmungsentwöhnung 5 = invasiv beatmet; B-BEP-Abschlagsvereinbarung nicht anwendbar; keine Verordnung 6 = invasiv beatmet; Anwendung §3 Abs. 6 FPV 9 = keine Angabe
OPS	Char		Untergruppe Prozeduren (s.o.)
DOP	Char	8	Datum der ersten Operation
EENT	Char		Untergruppe erfasste Entgelte (s.o.)
ENTD	Char	Je 33	Daten zu erfassten 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
ENT	Char		Untergruppe generierte Entgelte (s.o.)
FBTR	Float	8,2	Fallkosten
ZBTR	Float	4,4	Zuzahlungsbetrag
WKZ	Char	3	Währungskennzeichen
FAB	Char	Je 4	Untergruppe Fachabteilungen (s.o.)
DRG	Char	4	DRG (fall 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, nach der gruppiert werden soll 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 : 2022 = G-DRG/PEPP Version 2022 2021/23 = G-DRG/PEPP Version 2021/23 2022/23 = G-DRG/PEPP Version 2022/23 2023 = G-DRG/PEPP Version 2023 2022/24 = G-DRG/PEPP Version 2022/24 2023/24 = G-DRG/PEPP Version 2023/24 2024 = G-DRG/PEPP Version 2024 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
FTYP	Int	2	Abteilungstyp 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 11 = abgesenkt Hauptabteilung 13 = abgesenkt Belegabteilung mit Belegoperator 14 = abgesenkt Belegabteilung mit Belegoperator und Beleganästhesist
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 – bei Verlegungspauschalen – oder wegen Unterschreitung der UGVD generiert
STFK	Float	8,2	Basisfallwert des Krankenhauses zum Aufnahmetag des Falls. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt. Übersteuert den Wert im Abschnitt KONF.
STFZ	Float	6,2	Prozentualer Zu- oder Abschlag auf den Basisfallwert für Erlösausgleiche. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt. Übersteuert den Wert im Abschnitt KONF.



			Die Eingabe ist in Prozent, z. B. 9.5 = 9,5% Positiver Wert bedeutet ein Zuschlag, negativer Wert ein Abschlag.
STTK	Float	6,2	Standardtageskosten (Baserate, Basisentgeltwert) für PEPP. Übersteuert den Wert im Abschnitt KONF.
STPK	Float	8,2	Pflegeentgeltwert 2 Nachkommastellen sind möglich. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt, sofern kein anderes Zeichen angegeben wird (s. DEZT). Übersteuert den Wert im Abschnitt KONF.
AGR	Char	2 - 4	Aufnahmegrund Der Aufnahmegrund kann angegeben werden <ul style="list-style-type: none"> • als 1 Feld mit Länge 4 und dem Aufnahmegrund 1. bis 4. Stelle • 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 1. und 2. Stelle 01 = Krankenhausbehandlung, vollstationär 02 = Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung 03 = Krankenhausbehandlung, teilstationär 04 = Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung 05 = Stationäre Entbindung 06 = Geburt 07 = Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale) 08 = Aufnahme zur Organspende 10 = Stationsäquivalente Behandlung 3. und 4. Stelle 01 = Normalfall 02 = Arbeitsunfall / Wegeunfall / Berufskrankheit (§ 11 Abs. 4 SGB V) 03 = Verkehrsunfall / Sportunfall / Sonstiger Unfall (z. B. § 116 SGB X) 04 = Hinweis auf Einwirkung von äußerer Gewalt 06 = Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden 07 = Notfall
AANL	Char	1	Aufnahmearbeit A = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus bis zu 24 Stunden (ab 2007, nur für die Datenlieferung nach §21 KHEntgG, nicht für die Gruppierung) B = Begleitperson E = Einweisung durch einen Arzt G = Geburt K = Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation (bis 2006) N = Notfall R = Aufnahme nach vorausgehender Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung V = Verlegung mit Behandlungsdauer im verlegenden Krankenhaus länger als 24 Stunden Z = Einweisung durch einen Zahnarzt
VNUM	Char	15	Versichertennummer oder eindeutige Patientennummer



VID	Char	10	Versichertennummer laut Versichertenkarte
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
WOH	Char	35	Wohnort 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 (Psychiatrie) oder PEPP Übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
EBR	Char	3	Entgeltbereich DRG = DRG-Entgeltbereich PSY = Psych-Entgeltbereich PIA = PIA-Entgeltbereich ist gleichwertig mit dem Feld ABR
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 PW = Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 PEPPV 2 PR = Rückverlegung nach § 3 Abs. 2 PEPPV 2 PM = Fallzusammenführung nach PEPPV 2 von Fallepisoden mit mehr als einem Fallzusammenführungsgrund ZO = Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 FPV 1 bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden ZM = Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 2 FPV 1 bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden ZK = Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 3 FPV 1 (Komplikation) bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden



			ZR = Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 FPV 1 bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden ZW = Kombinierte Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 FPV 1 bei 2 Eintagesfällen für die 2 Belegungstage gem. Klarstellung Nr. 10 abgerechnet werden
IKVK	Int	9	IK des verlegenden Krankenhauses
EFAB	Char	4	Schlüssel der entlassenden Fachabteilung
KMO	Int	1	Kennung-Besonderer-Fall-Modellvorhaben 1 = Kennung gesetzt
FALIN			Gruppe für verschiedene fallbezogene Eingabefelder
FALGE			Gruppe für verschiedene berechnete Eingabefelder
PTOB	Int	3	Tage ohne Berechnung vor Kürzung durch den MD (Pflege-ToB)
ESTO	Int	9	Krankenhausstandortnummer



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

Token	Typ	Länge	Beschreibung
DCODE	Char	6	ICD-Code
DLOK	Char	1	Lokalisation
DSICH			Diagnosesicherheit
DAKT	Char	1	Diagnose ist aktiv J/N
DIAO	Char	6	Gemappte Diagnosen
DSTO	Char	9	Standortnummer

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

Token	Typ	Länge	Beschreibung
OCODE	Char	8	OPS-Code
OLOK	Char	1	Lokalisation
OPDAT	Char	8-14	OP-Datum mit Angabe des Datumsformats, z. B. JJJJMMTT = 20150101 oder JJJJMMTTHHNN = 201501011423 TT.MM.JJJJ = 01.01.2015
OAKT	Char	1	Operation ist aktiv
OSTO	Char	100	Standortnummer der Prozedur, mehrere Standorte pro OPS mit Komma getrennt

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

Token	Typ	Länge	Beschreibung
FSCHL	Char	4	Fachabteilungsschlüssel
FADAT	Char	8-10	Aufnahmedatum in die Fachabteilung mit Angabe des Datumsformats z. B. JJJJMMTT = 20140101 oder TT.MM.JJJJ = 01.01.2014 oder mit Uhrzeit JJJJMMTTHHNN = 201401011423
FEDAT	Char	8-10	Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Fachabteilung mit Angabe des Datumsformats z. B. JJJJMMTT = 20140101 oder TT.MM.JJJJ = 01.01.2014 oder mit Uhrzeit JJJJMMTTHHNN = 201401011423
FINT	Int	1	1 oder J = Aufenthalt in Intensivabteilung, 0 oder N = andere Abteilung
FSTO	Int	9	Standortnummer-Behandlungsort
FBE	Int	4	Beatmungsstunden in der Fachabteilung

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

Token	Typ	Länge	Beschreibung
EESCH	Char	8	Entgeltschlüssel
EENV	Char	8-10	Abrechnung von mit Angabe des Datumsformats z. B. JJJJMMTT = 20140101 oder TT.MM.JJJJ = 01.01.2014
EENB	Char	8-10	Abrechnung bis mit Angabe des Datumsformats z. B. JJJJMMTT = 20140101 oder TT.MM.JJJJ = 01.01.2014



EENA	Int	5	Anzahl
EETOB	Int	5	Tage ohne Berechnung
EEKGW	Float	2,4	Kostengewicht
EENBE	Float	6,2	Einzel-Entgeltbetrag

Für das Gruppenfeld **FALIN** können alle im IN-Abschnitt genannten Felder angegeben mit Ausnahme der unter **DIA**, **OPS**, **FAB** und **EENT** genannten.



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

- FALL Fallnummer
- TOB Tage ohne Berechnung
- DIAV Version der Diagnosecodes
- OPSV Version der Prozedurcodes
- IKKH IK des Krankenhauses
- GRPV Version des Groupers
- FTYP Fachabteilungstyp
- VEFA Verlegefall
- STFK Basisfallwert
- STFZ prozentualer Zuschlag
- ABR Abrechnungsart
- EBR Entgeltbereich analog Abrechnungsart
- IKVK IK des verlegenden Krankenhauses
- STTK Basisentgeltwert PEPP
- STTF Basisentgeltwert PEPP für das Folgejahr
- EFAB entlassende Fachabteilung
- WOH Wohnort
- KMO Modellvorhaben

Im IN-Abschnitt sind für G-DRG folgende Felder Pflichtfelder

- Geschlecht
- Alter oder Geburtsdatum + Aufnahme datum
- Verweildauer oder Aufnahmetag/-zeit + Entlassungstag/-zeit + TOB
- Version des Entlassungsgrundes und Entlassungsgrund
- Aufnahmegewicht bei Alter < 1
- ab 2014 Aufnahmegrund. Benötigt werden nur die 1. und 2. Stelle.
- Version der Diagnosen (erste ist Hauptdiagnose)
- Version der Prozeduren
- Hauptdiagnose

Für die Gruppierung von Bedeutung sind ferner folgende Felder:

- Dauer der maschinellen Beatmung.
- Aufnahmegrund. Das Feld sollte ab 2006 angegeben werden. Wichtig ist der Wert 'V', der besagt, dass der Patient von einem anderen Krankenhaus verlegt wurde und dort mindestens 24 Stunden behandelt wurde.
- Entlassungsgrund
- Nebendiagnosen
- Prozeduren mit OPS-Code, Lokalisation und OP-Datum

Für PEPP sind folgende Felder Pflichtfelder:



- Geschlecht
- Aufnahme- und Entlassungstag und Tage ohne Berechnung
- Geburtsdatum oder Alter
- Aufnahmegrund
- Version der Diagnosen (erste ist Hauptdiagnose)
- Version der Prozeduren
- Hauptdiagnose

Für die Gruppierung von Bedeutung sind ferner folgende Felder:

- Nebendiagnosen
- Prozeduren. OPS-Codes, die die Therapiedauer oder Therapieeinheiten angeben, erfordern das OP-Datum.
- Fachabteilungen mit Schlüssel, Aufnahme- und Entlassungs-/Verlegungstag.

Wenn nicht an allen Tagen behandelt wurde, sollte für diesen Zeitraum eine Pseudo-Fachabteilung mit dem Schlüssel 0001 (Verlegung), 0002 (Aufenthalt zu Hause bei zusammengefassten Fällen) oder 0003 (Beurlaubung) angegeben werden. Die Summe der Aufenthaltstage in diesen Fachabteilungen – ohne den jeweiligen Entlassungs- oder Verlegungstag – sollte als Tage ohne Berechnung spezifiziert werden. Auch bei teilstationärer Behandlung empfiehlt sich die Angabe der Fachabteilung 0003 für die Tage, an denen nicht behandelt wird, zumindest dann, wenn der Fall OPS-Codes mit Therapiedauer oder Therapieeinheiten enthält.

Alle anderen Felder werden nicht für den Grouper verwendet, sondern nur für Zuordnungs- und Prüfzwecke.

Felder, die im Eingabedatensatz vorhanden sind, aber nicht für die Gruppierung oder Ausgabe benötigt werden, brauchen nicht beschrieben zu werden, es sei denn, sie befinden sich hinter dem letzten für die Gruppierung oder Ausgabe verwendeten Feld. Aus diesem Grund wird empfohlen, alle Eingabefelder zu spezifizieren, auch wenn sie nicht benutzt werden.

3.2 OUT-Abschnitt

Im OUT-Abschnitt können alle Felder aus dem IN-Abschnitt angegeben werden. Solche Felder werden dann unverändert aus den Eingabedaten übernommen und ausgegeben. Dies ist z. B. für die Fallnummer sinnvoll, um die ein- und ausgegebenen Fälle einander zuordnen zu können. Weiterhin können noch folgende Felder spezifiziert werden:

Token	Typ	Länge	Beschreibung
EIN	Char	*	Alle Eingabedaten komplett in der Reihenfolge und mit den Inhalten des Eingabedatensatzes, alternativ zu einzelnen Feldern aus der Eingabe. Achtung: Sind am Ende des Eingabedatensatzes Felder vorhanden, die für die Gruppierung nicht relevant sind, so dürfen diese im IN-Abschnitt nicht weggelassen werden. Wenigstens das letzte Feld muss dort beschrieben sein, z. B. als FL01



Ausgabefelder auf Fallebene:

Token	Typ	Länge	Beschreibung
WDH	Int	1	Index der Wiederholung (nur bei Fallsplitting) (Standard = 0) Mutter = 0, Kind = 1, 2, ...
MDC	Char	3	MDC Hauptdiagnosegruppe laut Grouper in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose des Falls
MDCD	Char	3	MDC Hauptdiagnosegruppe in Abhängigkeit vom ersten Buchstaben der ermittelten DRG
DRG	Char	5	DRG / PEPP
PCCL	Int	1	PCCL
PART	Char	1	Partition, zu der die DRG gehört O = operative Partition A = andere Partition M = medizinische Partition
GST	Int	2	Gruppierungsstatus 00 = normale Gruppierung 01 = ungültige oder fehlende Hauptdiagnose 02 = Hauptdiagnosecode ist als Hauptdiagnose unzulässig 03 = Datensatz erfüllt die Kriterien für DRG nicht 04 = ungültiges Alter, Aufnahmedatum, Geburtsdatum oder Entlassungsdatum 05 = ungültiges Geschlecht 06 = ungültiger Entlassungsgrund, Aufnahmegrund oder Aufnahmearbeit 07 = ungültiges Aufnahmegewicht 08 = ungültige Verweildauer 09 = ungültiges Aufnahme- oder Entlassdatum
GAL	Int	1	Alter gruppierungsrelevant 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
GALTJ	Int	1	Gruppierungsflag Alter in Jahren 0 = gültig, nicht für die Gruppierung verwendet 1 = gültig, für die Gruppierung verwendet 2 = ungültig, nicht für die Gruppierung verwendet 3 = ungültig, für die Gruppierung verwendet
GALTT	Int	1	Gruppierungsflag Alter in Tagen 0 = gültig, nicht für die Gruppierung verwendet 1 = gültig, für die Gruppierung verwendet 2 = ungültig, nicht für die Gruppierung verwendet 3 = ungültig, für die Gruppierung verwendet
GGES	Int	1	Gruppierungsflag Geschlecht 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
GVWD	Int	1	Gruppierungsflag Verweildauer 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
GTOB	Int	1	Gruppierungsflag Tage ohne Berechnung 0 = gültig, nicht für die Gruppierung verwendet



			2 = ungültig, nicht für die Gruppierung verwendet
GEGR	Int	1	Gruppierungsflag Entlassungsgrund (EGR) 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
GEGR3	Char	1-2	Gruppierungsflag Entlassungsgrund 3.Stelle (EGR3) 1-stellig: 0 = gültig, nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig, gruppierungsrelevant 2 = ungültig, nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig, gruppierungsrelevant 2-stellig: 1. Stelle 0 = nicht gruppierungsrelevant 1 = gruppierungsrelevant 2. Stelle 0 = gültig 1 = ungültig
GTF	Int	1	Gruppierungsflag Tagesfall 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
GAGW	Int	2	Gruppierungsflag Aufnahmegewicht 1. Stelle 0 = Aufnahmegewicht ist nicht gruppierungsrelevant 1 = Aufnahmegewicht gruppierungsrelevant; der angegebene Wert wurde benutzt 2 = Aufnahmegewicht gruppierungsrelevant; der Standardwert (2500g) wurde benutzt 2. Stelle 0 = Aufnahmegewicht ist gültig 1 = Aufnahmegewicht ist ungültig 2 = Widerspruch zwischen Aufnahmegewicht und Alter Achtung: Beim Format mit Feldtrennern wird der Inhalt in Form von 2 Feldern, die durch den Feldtrenner getrennt sind, ausgegeben, wenn in der Konfigurationsdatei der Parameter FZUS weggelassen oder auf einen Wert ungleich 1 gesetzt wird. Wird FZUS dagegen mit 1 angegeben, erscheinen beide Flags zusammen in einem Feld.
GKBE	Int	1	Gruppierungsflag Anzahl Stunden künstlicher Beatmung 0 = nicht gruppierungsrelevant 1 = gruppierungsrelevant und Anzahl Stunden werden benutzt 2 = gruppierungsrelevant und ein OPS wird benutzt
GFR	Int	1	Gruppierungsflag freiwillige-/unfreiwillige Aufnahme 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant



			1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und der Standardwert wird benutzt
GHDI	Int	1	Gruppierungsstatus der Hauptdiagnose 0 = Hauptdiagnose ist gültig 1 = Hauptdiagnose ist ungültig 2 = ein Code, der mit V, W, X oder Y beginnt, wurde als Hauptdiagnose verwendet 3 = Diagnose ist nicht als Hauptdiagnose zulässig 7 = Manifestation als Hauptdiagnose
GAGR	Int	1	Gruppierungsflag Aufnahmegrund 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
GAAN	Int	1	Gruppierungsflag Aufnahmeanlass 0 = gültig und nicht gruppierungsrelevant 1 = gültig und gruppierungsrelevant 2 = ungültig und nicht gruppierungsrelevant 3 = ungültig und gruppierungsrelevant
DIAH	Int	6	Indexnummern der Hauptdiagnosen (immer 2) (Standard = 001000) Die erste Diagnose kann nur dann nicht die Hauptdiagnose sein, wenn die Gruppierungsoption GOPT=2 oder GOPT=3 verwendet wurde. Bei GOPT=1 und beim Kind ist der erste Wert von DIAH der Index der Hauptdiagnose, der zweite 0. Bei GOPT=3 (erste Diagnose, die nicht zu einer Fehlergruppe führt) wird ein zweiter OUT-Bereich zurückgegeben, der über group_getnext geholt werden muss. Der erste Wert von DIAH ist der Index der Diagnose, die nicht zu einer Fehlergruppe führt, der zweite Wert ist 0 Bei GOPT=2 (Diagnose, die zur höchstwertigen DRG gehört) wird ein zweiter und ein dritter OUT-Bereich zurückgegeben. Dabei ist im ersten OUT-Bereich das Ergebnis zur Hauptdiagnose wie angegeben enthalten, im zweiten OUT-Bereich das Ergebnis zur höchstwertigen DRG/Diagnose und im dritten OUT-Bereich das Ergebnis zur niederwertigsten DRG/Diagnose. Der erste Wert von DIAH ist der Index der Diagnose mit dem höchsten Kostengewicht, der zweite Wert der Index der Diagnose mit dem niedrigsten Kostengewicht.



			Achtung: Zählt beim Format mit Feldtrennern als zwei Felder, sofern in der Konfigurationsdatei der Parameter FZUS weggelassen oder auf einen Wert ungleich 1 gesetzt wird. Wird dagegen FZUS auf 1 gesetzt, werden beide Indizes in einem Feld, durch Blank voneinander getrennt, ausgegeben.
GRPV	Char	11	Version des Grouper, nach der der Fall gruppiert wurde 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 : : 2022 = G-DRG/PEPP Version 2022 2021/23 = G-DRG/PEPP Version 2021/23 2022/23 = G-DRG/PEPP Version 2022/23 2023 = G-DRG/PEPP Version 2023 2022/24 = G-DRG/PEPP Version 2022/24 2023/24 = G-DRG/PEPP Version 2023/24 2024 = G-DRG/PEPP Version 2024
VWD	Int	4	Vom Grouper berechnete Verweildauer = <ul style="list-style-type: none"> • Verweildauer laut Eingabe, wenn Aufnahme- oder Entlassungstag fehlen • Differenz Entlassungstag – Aufnahme-Tag - Tage ohne Berechnung (sofern vorhanden und < Entlassungstag - Aufnahme-Tag), wenn Aufnahme- und Entlassungstag vorhanden sind • der kleinere Wert aus beiden, wenn sowohl Aufnahme- und Entlassungstag als auch Verweildauer angegeben wurden
ALTJ	Int	3	vom Grouper berechnetes Alter in Jahren = <ul style="list-style-type: none"> • Alter laut Eingabe, wenn Aufnahme- und Geburtsdatum fehlen • Differenz Aufnahme-Tag – Geburtsdatum in Jahren, wenn beide Werte vorhanden sind
ALTT	Int	3	vom Grouper berechnetes Alter in Tagen bei Säuglingen unter 1 Jahr = <ul style="list-style-type: none"> • Alter laut Eingabe, wenn Aufnahme- und Geburtsdatum fehlen • Differenz Aufnahme-Tag – Geburtsdatum in Tagen, wenn beide Werte vorhanden sind
GES	Char	1	Geschlecht in der vom Grouper benutzten Schreibweise ,m', ,w', 'd' oder ,u'
KGW	Float	2,4	effektives relatives Kostengewicht der ermittelten DRG / PEPP inkl. Zu- und Abschläge in Abhängigkeit vom Feld FTYP im IN-Abschnitt.



			<p>Das KGW errechnet sich aus Kostengewicht der Fallpauschale</p> <p>+ Kostengewicht Langliegerzuschlag pro Tag * Anzahl Tage Überschreitung der OGVD oder</p> <p>- Kostengewicht Verlegungsabschlag pro Tag * Anzahl Tage Differenz zur mittleren Verweildauer oder</p> <p>- Kostengewicht Kurzliegerabschlag pro Tag * Anzahl Tage Unterschreitung der UGVD</p>
KGW_MAX	Float	2,4	effektives Kostengewicht der höchstwertigen DRG in Verbindung mit GOPT 5 in KONF
KGWK	Float	2,4	Kostengewicht des Abschlags wegen Unterschreitung der UGVD (Anzahl * Kostengewicht pro Tag) Leer, wenn die UGVD nicht unterschritten wurde
KGWL	Float	2,4	Kostengewicht des Zuschlags wegen Überschreitung der OGVD (Anzahl * Kostengewicht pro Tag) Leer, wenn die OGVD nicht überschritten wurde
KGWV	Float	2,4	Kostengewicht des Abschlags wegen Verlegung (Anzahl * Kostengewicht pro Tag) Leer, wenn der Patient nicht verlegt wurde oder kein Abschlag abrechenbar ist
AVWD	Float	3,1	durchschnittliche Verweildauer der DRG
UGVD	Int	2	untere Grenzverweildauer der DRG
OGVD	Int	3	obere Grenzverweildauer der DRG
VFP	Int	1	Verlegungspauschale 0 = keine Verlegungs-Fallpauschale 1 = Verlegungs-Fallpauschale
AUSW	Int	1	Ausnahme von der Wiederaufnahme 0 = DRG fällt unter die Wiederaufnahmeregelung 1 = DRG ist eine Ausnahme von der Wiederaufnahmeregelung
ANZK	Int	3	Anzahl der Tage mit Abschlag wegen Unterschreitung der UGVD. Leer, wenn die UGVD nicht unterschritten wurde
ANZL	Int	3	Anzahl der Tage mit Zuschlag wegen Überschreitung der OGVD. Leer, wenn die OGVD nicht überschritten wurde.
ANZV	Int	3	Anzahl der Tage mit Abschlag wegen Verlegung. Leer, wenn der Patient nicht verlegt wurde oder kein Abschlag abrechenbar ist.
BTANZ	Int	3	Für die Abrechnung maßgebliche Verweildauer in Tagen bei G-DRG: <ul style="list-style-type: none">• bei vollstationären Fällen Verweildauer laut Grouper,• bei teilstationären Fällen Verweildauer inkl. Entlassungstag



			bei PEPP: <ul style="list-style-type: none"> • bei vollstationären Fällen Verweildauer laut Grouper, vor 2015 ohne, ab 2015 mit Entlassungstag • bei teilstationären Fällen Verweildauer inkl. Entlassungstag bei BPIfV = bei PEPP
FMP	Int	2	Ergebnis der Funktion „schweres Problem bei Neugeborenen“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FMMP	Int	2	Ergebnis der Funktion „mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FBOR	Int	2	Ergebnis der Funktion „bestimmte OR-Prozeduren“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKOR	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplexe OR-Prozeduren“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKOG	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplexe OR-Prozeduren Gastro“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKOL	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplexe OR-Prozeduren Leber“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKOP	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Prozeduren“, ab 2009 „komplizierende Konstellationen I“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPP	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Prozeduren PräMDC“, ab 2009 „komplizierende Konstellationen PräMDC“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKP2	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen II“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPM oder FKP3	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen MDC 11“, ab 2013 „komplizierende Konstellationen III“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt



			-1 = Funktion existiert nicht
FKP8	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen 801“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPF0	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen F06“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPF2	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen F21“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPH	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen H06“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPT	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen T01“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKPW	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplizierende Konstellationen WS“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FDIA	Int	2	Ergebnis der Funktion „Dialyse“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FMLO	Int	2	Ergebnis der Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FMZK	Int	2	Ergebnis der Funktion „mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
F4ZB	Int	2	Ergebnis der Funktion „vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FKVB	Int	2	Ergebnis der Funktion „komplexe Vakuumbehandlung“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht



FMVE	Int	2	Ergebnis der Funktion „Multiviszeraler Eingriff“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FPOT	Int	2	Ergebnis der Funktion „Polytrauma“ 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FI05	Int	2	Ergebnis der Funktion „SAPS553“ (Intensivbehandlung mit mindestens 553 Aufwandspunkten) 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
FI11	Int	2	Ergebnis der Funktion „SAPS1105“ (Intensivbehandlung mit mindestens 1105 Aufwandspunkten) 1 = Funktion ist erfüllt 0 = Funktion ist nicht erfüllt -1 = Funktion existiert nicht
ZEF	Int	1	Flag Zusatzentgelte 0 = Es sind keine Zusatzentgelte abrechenbar. 1 = Es sind Zusatzentgelte abrechenbar.
TEXT	Char		Konstanter Text, der im Folgenden angegeben wird
LFAB	Char	4	Schlüssel der Fachabteilung mit der längsten Verweildauer
EFAB	Char	4	Schlüssel der entlassenden Fachabteilung Laut Information aus der Gruppe FAB Nur wenn dort keine Fachabteilung vorhanden ist, wird der Wert aus dem Eingabebereich ausgegeben.
MENT	Int	3	Vom Grouper ermittelte Anzahl Entgelte. Kann dazu verwendet werden, um bei fix definierter Entgeltanzahl im OUT-Abschnitt eine Überschreitung der fixen Anzahl festzustellen.
IVWA	Float	3,2	Aus der Fachabteilungshistorie berechnete Verweildauer intensiv, auf Vierteltage gerundet
INL	Int	1	Kennzeichen Liegedauer 0 = Normallieger 1 = Kurzlieger 2 = Verlegung mit Abschlag 3 = Langlieger
KGWPT	Float	2,4	Kostengewicht Pflege pro Tag
KGWPS	Float	2,4	Kostengewicht Pflege Summe für die Anzahl Berechnungstage
FALOU			Gruppe für verschiedene Ausgabefelder.
PTANZ	Int	3	Für die Berechnung des Pflegeentgeltes relevante Verweildauer

Für die Untergruppe **DIA** können pro Diagnose außer den Eingabefeldern noch folgende Ausgabefelder spezifiziert werden:



Token	Typ	Länge	Beschreibung
DIAO	Char	10	<p>Gemappte Diagnosen enthalten immer 2 Ausgabefelder (2x5)</p> <p>Achtung: Wenn ein Feldtrenner angegeben ist, so wird jede Diagnose durch Feldtrenner von der anderen getrennt, die Ausgabe zählt also als (Wiederholungsfaktor * 2) Felder, sofern in der Konfigurationsdatei der Parameter FZUS weggelassen oder auf einen Wert ungleich 1 gesetzt wird. Wird FZUS mit 1 angegeben, werden pro ursprünglichen ICD-Code beide gemappten Diagnosen in einem Feld, durch Blank voneinander getrennt, ausgegeben.</p>
DIAF	Char	3	<p>Gruppierungsflags pro Diagnose</p> <p>1. Stelle 0 = Diagnose ist nicht gruppierungsrelevant 1 = Diagnose ist gruppierungsrelevant</p> <p>2. Stelle 0 = Diagnosecode ist gültig 1 = Diagnosecode ist ungültig 2 = Diagnosecode ist ein Duplikat der Hauptdiagnose 3 = Widerspruch zwischen Geschlecht und Diagnosecode 4 = Widerspruch zwischen Alter und Diagnosecode</p> <p>3. Stelle = CCL der Diagnose (0 bis 4) 4. Stelle = CCL der Diagnose (0 bis 4) nach dem Ausschlussverfahren. Für die Hauptdiagnose und für Nebendiagnosen, die mit anderen Nebendiagnosen ausgeschlossen wurden, steht hier der Wert 0 an Stelle des ursprünglichen CCL</p> <p>Achtung: Wenn ein Feldtrenner angegeben ist, so wird jedes einzelne Flag durch Feldtrenner vom anderen getrennt, die Ausgabe zählt also als (Wiederholungsfaktor * 3) Felder, sofern in der Konfigurationsdatei der Parameter FZUS weggelassen oder auf einen Wert ungleich 1 gesetzt. Wird FZUS mit Wert 1 angegeben, werden pro ICD-Code alle Flags in einem Feld ausgegeben. Um zu verhindern, dass das 4. Flag, das nicht zu den offiziellen Flags gehört, ausgegeben wird, muss die Feldlänge mit 3 angegeben werden. Sollen dagegen alle 4 Flags ausgegeben werden, muss die Feldlänge auf 4 gesetzt werden</p>
DIAG	Char	1	<p>Gültigkeit der Nebendiagnosen (Alternative zu DIAF) 0 = Diagnosecode ist gültig 1 = Diagnosecode ist ungültig 2 = Diagnosecode ist ein Duplikat der Hauptdiagnose</p>



			3 = Widerspruch zwischen Geschlecht und Diagnosecode 4 = Widerspruch zwischen Alter und Diagnosecode
DIAC	Char	1	CCL der Nebendiagnosen vor dem Ausschluss für die PCCL-Ermittlung (Alternative zu DIAF) 0 = kein CC, von CC ausgeschlossen wegen doppeltem Vorkommen oder ausgeschlossen mit Hauptdiagnosen oder Bestandteil der Definition der Basis-DRG 1 = leichte CC 2 = mäßig schwere CC 3 = schwere CC 4 = äußerst schwere CC
DIAN	Char	1	CCL der Nebendiagnosen nach dem Ausschluss für die PCCL-Ermittlung (Alternative zu DIAF) 0-4 analog DIAC
DIAD	Char	1	Gruppierungsrelevanz pro Nebendiagnose (Alternative zu DIAF) 0 = Diagnose ist nicht gruppierungsrelevant 1 = Diagnose ist gruppierungsrelevant
DIAX	Char	1	Höchster CCL innerhalb der Partition

Für die Untergruppe **OPS** können pro Prozedur außer den Eingabefeldern noch folgende Ausgabefelder spezifiziert werden:

Token	Typ	Länge	Beschreibung
OPSO	Char	24-27	gemappte Operationen enthalten immer 3 Ausgabefelder (3x8 oder 3x9) Achtung: Wenn ein Feldtrenner angegeben ist, so wird jede einzelne Operation durch Feldtrenner von der anderen getrennt, die Ausgabe zählt also als (Wiederholungsfaktor * 3) Felder, sofern in der Konfigurationsdatei der Parameter FZUS weggelassen oder auf einen Wert ungleich 1 gesetzt wird. Wird FZUS dagegen mit 1 angegeben, werden für jeden ursprünglichen OPS-Code alle 3 gemappten Codes in einem Feld, jeweils durch Blank voneinander getrennt, ausgegeben.
OPSF	Char	3	Gruppierungsflags pro OPS (wiederholbar) 1. Stelle 0 = nicht gruppierungsrelevant 1 = gruppierungsrelevant 2 = gruppierungsrelevant im Zusammenhang mit Datumsvergleich 3 = gruppierungsrelevant normal und mit Datumsvergleich Für PEPP seit 2016 zusätzlich 4 = gruppierungsrelevant im Zusammenhang mit Tageskonstrukt 5 = gruppierungsrelevant normal und mit Tageskonstrukt 6 = gruppierungsrelevant mit Datumsvergleich und Tageskonstrukt 7 = gruppierungsrelevant normal, mit Datumsvergleich und Tageskonstrukt 2. Stelle 0 = Operationsschlüssel ist gültig



			<p>1 = Operationsschlüssel ist ungültig 2 = wird nicht verwendet 3 = Widerspruch zwischen Geschlecht und Operationscode 4 = Widerspruch zwischen Alter und Operationscode</p> <p>3. Stelle 0 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur 1 = OR-Prozedur 2 = Nicht-OR-Prozedur 3 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation falsch 4 = OR-Prozedur, Lokalisation falsch 5 = Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation falsch 6 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur, OP-Datum falsch 7 = OR-Prozedur, OP-Datum falsch 8 = Nicht-OR-Prozedur, OP-Datum falsch 9 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation und OP-Datum falsch A = OR-Prozedur, Lokalisation und OP-Datum falsch B = Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation und OP-Datum falsch</p> <p>Achtung: Wenn ein Feldtrenner angegeben ist, so wird jedes einzelne Flag durch Feldtrenner vom anderen getrennt, die Ausgabe zählt also als (Wiederholungsfaktor * 3) Felder, sofern in der Konfigurationsdatei der Parameter FZUS weggelassen oder mit einem Wert ungleich 1 gesetzt wird. Wird FZUS dagegen mit 1 angegeben, werden pro OPS-Code alle 3 Flags in einem Feld ausgegeben.</p>
OPSG	Char	1	<p>Gültigkeit pro OPS (Alternative zu OPSF) 0 = Operationsschlüssel ist gültig 1 = Operationsschlüssel ist ungültig 2 = wird nicht verwendet 3 = Widerspruch zwischen Geschlecht und Operationscode 4 = Widerspruch zwischen Alter und Operationscode</p>
OPSC	Char	1	<p>Typ der Prozedur pro OPS (Alternative zu OPSF) 0 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur 1 = OR-Prozedur 2 = Nicht-OR-Prozedur 3 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation falsch 4 = OR-Prozedur, Lokalisation falsch 5 = Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation falsch 6 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur, OP-Datum falsch 7 = OR-Prozedur, OP-Datum falsch 8 = Nicht-OR-Prozedur, OP-Datum falsch 9 = weder OR- noch Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation und OP-Datum falsch A = OR-Prozedur, Lokalisation und OP-Datum falsch B = Nicht-OR-Prozedur, Lokalisation und OP-Datum falsch</p>
OPSD	Char	1	<p>Gruppierungsrelevanz pro OPS (Alternative zu OPSF) 0 = Operationsschlüssel ist nicht gruppierungsrelevant 1 = Operationsschlüssel ist gruppierungsrelevant ohne Berücksichtigung des OP-Datums 2 = Operationsschlüssel ist mit OP-Datum gruppierungsrelevant 3 = Operationsschlüssel ist sowohl mit als auch ohne OP-Datum gruppierungsrelevant Für PEPP seit 2016 zusätzlich</p>



			4 = OPS Tageskonstrukt-relevant 5 = OPS relevant und Tageskonstrukt-relevant 6 = OPS Datumsvergleich-relevant und Tageskonstrukt-relevant 7 = OPS relevant und Datumsvergleich-relevant und Tageskonstrukt-relevant
OTAGE	Int	3	Gültigkeit des OPS-Codes in Tagen bei PEPP ohne Beurlaubungstage (Pseudo-Fachabteilung 0003)
OTMIT	Int	3	Gültigkeit des OPS-Codes in Tagen bei PEPP einschließlich Beurlaubungstage (Pseudo-Fachabteilung 0003)

Für die Untergruppe **FAB** können pro Fachabteilung außer den Eingabefeldern noch folgende Ausgabefelder spezifiziert werden:

Token	Typ	Länge	Beschreibung
FABF	Int	Je 2	Gruppierungsflags pro Fachabteilung (wiederholbar) FABD und FABG
FABD	Int	Je 1	Flag gruppierungsrelevant (Alternative zu FABF) 0 = Nicht für die Gruppierung verwendet 1 = Für die Gruppierung verwendet
FABG	Int	Je 1	Flag gültig (Alternative zu FABF) 0 = Gültiger Fachabteilungsschlüssel 1 = Ungültiger Fachabteilungsschlüssel

Für die Untergruppe **ENT** können folgende Ausgabefelder spezifiziert werden:

Token	Typ	Länge	Beschreibung
ESCHL	Char	8	Entgeltschlüssel
ENV	Char	8-10	Erster Tag des Abrechnungszeitraums mit Angabe des Datumsformat
ENB	Char	8-10	Letzter Tag des Abrechnungszeitraums mit Angabe des Datumsformat
ENA	Int	5	Anzahl
ENTOB	Int	5	Tage ohne Berechnung
ENBE	Char	8-10	Entgelt-Einzelbetrag
ENGBE	Float	11,2	Entgelt-Gesamtbetrag (Entgeltanzahl * Entgelt-Einzelbetrag) des generierten Entgeltes bei Abschlägen mit Minuszeichen
ENKGW	Float	2,4	Relatives Kostengewicht des generierten Entgeltes bei DRG / PEPP multipliziert mit der Anzahl, bei Abschlägen mit Minuszeichen
ENKGE	Float	2,4	Relatives Kostengewicht des generierten Entgeltes bei DRG / PEPP nicht multipliziert mit Anzahl, bei Abschlägen mit Minuszeichen
ZENUM	Char	10	Nummer des Zusatzentgeltes (nur bei ZE) Für bundeseinheitliche ZE „ZEXX.XXX Für krankenhausindividuelle ZE ZE20NN-XXX
ZEOPS	Char	8	ZE-relevanter OPS-Code ohne Sonderzeichen

Die Entgelte werden in folgender Reihenfolge generiert:



Bei **G-DRG**:

1. Feld = DRG-Fallpauschale
2. Feld = Zu- oder Abschlag
3. und weiteres Feld = Zusatzentgelt, anschließend weiteres Feld = allgemeiner Zu- oder Abschlag

Bei **PEPP** vor 2015:

1. und weiteres Feld = tagesbezogenes Entgelt pro Vergütungsstufe
anschließend weiteres Feld = Zusatzentgelt
anschließend weiteres Feld = allgemeiner Zu- oder Abschlag

Bei **PEPP** ab 2015

1. Feld = tagesbezogenes Entgelt der Entlassungsstufe
2. Und weiteres Feld = Zusatzentgelt
Anschließend weiteres Feld = allgemeiner Zu- oder Abschlag

Für die Untergruppe **FALOU** können folgende Ausgabefelder spezifiziert werden:

- VWD Verweildauer laut Grouper
- DRG
- GRPV Version des Grouper
- MDC
- PCCL
- GST Gruppierungsstatus
- GAL Gruppierungsflag Alter
- GGES Gruppierungsflag Geschlecht
- GVWD Gruppierungsflag Verweildauer
- GEGR Gruppierungsflag Entlassungsgrund
- GTF Gruppierungsflag Tagesfall
- GAGW Gruppierungsflag Aufnahmegewicht
- GLBE Gruppierungsflag Beatmungsstunden
- GFR Gruppierungsflag Einweisung
- GHDI Gruppierungsflag Hauptdiagnose
- KGW Kostengewicht des Falls
- AVWD durchschnittliche Verweildauer der DRG
- UGVD
- OGVD
- VFP Verlegungspauschale
- AUSW Ausnahme von der Wiederaufnahme
- PART Partition
- GAGR Gruppierungsflag Aufnahmegrund
- GAAN Gruppierungsflag Aufnahmeanlass
- LFAB Fachabteilung mit der längsten Verweildauer
- BTANZ Verweildauer für Entgeltberechnung



- ANZK Tage der Unterschreitung der UGVD
- ANZL Tage der Überschreitung der OGVD
- ANZV Tage Verlegungsabschlag
- KGWK Kostengewicht der Unterschreitung der UGVD
- KGWL Kostengewicht der Überschreitung der OGVD
- KGWV Kostengewicht des Verlegungsabschlags

Werden die Flags GAL, GALTJ, GALT, GGES, GVWD, GEGR, GTF, GKBE, GFR oder GTOB zweistellig konfiguriert (LEN = 2), so werden die Flags nach Gruppierungsrelevanz und Gültigkeit aufgeteilt.

3.3 KONF-Abschnitt

Im Abschnitt KONF kann folgendes angegeben werden:

Token	Beschreibung
GOPT	<p>Gruppierungsoption</p> <p>1 = Hauptdiagnose wie angegeben verwenden 2 = Diagnose, die zur höchstwertigen DRG führt 3 = erste Diagnose, die nicht zu einer Fehler-DRG führt 4 = Jede Diagnose einmal als Hauptdiagnose gruppieren 5 = Jede Diagnose einmal als Hauptdiagnose um das Feld KGW_MAX zu versorgen</p> <p>Bei der Option 2 werden sowohl das Ergebnis zur höchstwertigen DRG, als auch das zur niederwertigsten DRG, sowie das Ergebnis zur Hauptdiagnose, wie angegeben zurückgeliefert.</p> <p>Bei der Option 3 werden das Ergebnis zur ersten Diagnose, die nicht zu einer Fehlergruppe führt und das Ergebnis zur Hauptdiagnose, wie angegeben zurückgeliefert.</p> <p>Bei der Option 4 wird für jede Diagnose diese einmal als Hauptdiagnose gruppiert und die Ergebnisse zurückgeliefert.</p> <p>Bei der Option 5 wird für jede Diagnose diese einmal als Hauptdiagnose gruppiert, aber es wird nur ein Ergebnisdatensatz zurückgeliefert und KGW_MAX wird versorgt.</p>
DIAV	<p>Version der Diagnoseschlüssel</p> <p>-1 = ICD10-V1.3 -2 = ICD10-V2.0 -3 = ICD10 GM Version 2004 -4 = ICD10 GM Version 2005 : : -22 = ICD10 GM Version 2023 -23 = ICD10 GM Version 2024</p> <p>Bei Nichteingabe wird die am Aufnahmetag gültige Version oder, falls kein Aufnahmetag angegeben ist, die aktuellste Version verwendet.</p>
OPSV	<p>Version der OPS-Schlüssel</p> <p>-1 = OPS V1.1 -2 = OPS V2.0</p>



	<p>-3 = OPS V2.1 -4 = OPS Version 2004 -5 = OPS Version 2005 : : -23 = OPS Version 2023 -24 = OPS Version 2024</p> <p>Bei Nichteingabe wird die am Aufnahmetag gültige Version oder, falls kein Aufnahmetag angegeben ist, die aktuellste Version verwendet.</p>
ETLV	<p>Version des Entlassungsgrundes 1 = deutsche Version des Entlassungsgrundes (Stellen 1+2)</p>
GRPV	<p>Version des Grouper 1.0 = G-DRG Version 1.0 2004 = G-DRG Version 2004 2005 = G-DRG Version 2005 2006 = G-DRG Version 2006 : 2019 = G-DRG/PEPP Version 2019 2019a = G-DRG/PEPP Version 2019a : 2021/23 = G-DRG/PEPP Version 2021/23 2022/23 = G-DRG/PEPP Version 2022/23 2023 = G-DRG/PEPP Version 2023 2022/24 = G-DRG/PEPP Version 2022/24 2023/24 = G-DRG/PEPP Version 2023/24 2024 = G-DRG/PEPP Version 2024</p> <p>Bei Nichteingabe wird die am Aufnahmetag gültige Version oder, falls kein Aufnahmetag angegeben ist, die aktuellste Version verwendet.</p>
DEZT	<p>Dezimaltrennzeichen bei Ausgabefeldern mit Nachkommastellen und bei Standardfallkosten bei Nichteingabe: Standard ist der Punkt.</p> <p>Achtung: Werden sowohl Dezimaltrennzeichen als auch Standardfallkosten angegeben, so muss das Dezimaltrennzeichen vor den Standardfallkosten stehen.</p>
STFK	<p>Basisfallwert (Standardfallkosten) für Entgeltbeträge. 2 Nachkommastellen sind möglich. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt, sofern kein anderes Zeichen angegeben wird (s. DEZT).</p>
STFZ	<p>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 Abschlag.</p>
STPK	<p>Pflegeentgeltwert 2 Nachkommastellen sind möglich. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt, sofern kein anderes Zeichen angegeben wird (s. DEZT).</p>
SZE	<p>1 = folgende Sonderzeichen werden aus Diagnose- und Operationscodes entfernt:</p> <ul style="list-style-type: none">• '.' an 3. Stelle bei Diagnosen und an 4. Stelle bei Operationen



	<ul style="list-style-type: none">• '-' an 2. Stelle bei Operationen• '+', '#', '*' und '!' an letzter Stelle bei Diagnosen• 'L', 'R', 'B', 'I', 'r' und 'b' an letzter Stelle bei Diagnosen <p>Dies ist vor allem für Version 1.0 wichtig. Ab Version 2003/04 werden die für die Codes typischen Sonderzeichen akzeptiert.</p>
O80E	1 = Die Diagnose O80 wird entfernt, wenn Geburts-Komplikations-Diagnosen vorliegen.
FZUS	1 = im Format mit Feldtrennern werden alle Felder, z. B. Flags, die mehrfach vorkommen, zu einem Feld zusammengefasst. Dies ist bei den einzelnen Ausgabefeldern näher beschrieben.
ETLF	1 = Entlassungsgrund wird in einen 2-stelligen Wert mit führendem Nullen gewandelt. Dies ist vor allem ab Version 2003/04 wichtig, bei der 1-stellige Entlassungsgründe nicht mehr akzeptiert werden.
MERW	1 = Erweiterte OPS-Codes von 2004 bis 2008 werden in amtliche Codes gemappt, sofern für den jeweiligen Code ein amtliches Mapping vorhanden ist.
IGDR	1 = Einlesen einer Datei im gdr.Format beim Batch-Gruppieren. Die Lokalisationen zu den Diagnosen und Operationstage zu den Prozeduren, die beim Generieren eine gdr-Datei aus der Oberfläche hinter die Codes geschrieben werden, werden beim Einlesen ignoriert.
OGDR	1 = Erzeugen einer Datei im gdr-Format bei Batch-Gruppieren, die in der Grouper-Oberfläche eingelesen werden kann. Der Dateiname entspricht dem Dateinamen der Ausgabedatei nur mit der Endung gdr. Auch bei gleichzeitigem Setzen der Option IGDR = 1 werden keine Lokalisationen für Diagnosen und Operationstage für Prozeduren generiert.
OGRP	1 = Erzeugen einer Datei im grp-Format bei Batch-Gruppieren, die in der Grouper-Oberfläche eingelesen werden kann. Der Dateiname entspricht dem Dateinamen der Ausgabedatei nur mit der Endung grp. Es wird eine GRP-Datei mit den Falldaten ohne Gruppierungsergebnisse erzeugt.
EDAT	1 = Erzeugen einer Textdatei beim Batch-Gruppieren, die für jeden Fall die ermittelten Entgelte ausgibt. Die Datei befindet sich im selben Verzeichnis wie die Ausgabedatei und hat standardmäßig den Namen <i>drgent.csv</i> . Pro Fall und Entgelt werden folgende Felder, durch Semikolon getrennt, ausgegeben: <ul style="list-style-type: none">• IK des Krankenhauses aus den Eingabedaten• Fallnummer aus den Eingabedaten• 8-stelliger Schlüssel des Entgeltes• Datum Abrechnung von• Datum Abrechnung bis• Tage ohne Berechnung• Anzahl des Entgeltes• Einzelbetrag des Entgeltes• Kostengewicht



	<ul style="list-style-type: none">• ZE-Katalogschlüssel z. B. ZE2019-154• ZE-OPS z. B. 6-003.k0 <p>Der Name der Ausgabedatei (ohne Pfad und Leerzeichen!) kann durch das dritte Argument vorgegeben werden. Beispiel: EDAT 1 grpent.txt</p>
O21	1 = Erzeugen von §21-Daten beim Batch-Gruppieren Generiert werden die Dateien fall.csv, fab.csv, icd.csv, ops.csv, ent.csv, krankenhaus.csv, info.csv und abrechnung.csv im selben Verzeichnis wie die Ausgabedatei.
RTOB	1 = GetDRG / GetPEPP berechnet bei teilstationären Fällen die Anzahl Tage ohne Berechnung aus den Tagen, für die keine Prozeduren codiert sind.
UEB	1 = Bei Format mit Trennzeichen wird als erste Zeile eine Überschrift mit allen Feldnamen, jeweils durch das Trennzeichen getrennt, ausgegeben.
UVOR	1 = Alle Fälle deren Aufnahmejahr kleiner als das Entlassungsjahr ist, werden mit der Grouperversion des Vorjahres gruppiert. Diese Option kann für die Verarbeitung von Überliegern und Normalliegern in einer Verarbeitung genutzt werden. 2 = Alle Fälle deren Aufnahmejahr kleiner als das Entlassungsjahr ist, werden mit der passenden Übergangsgrouperversion gruppiert. Bei Gruppierung nach 2015 werden Überlieger 2014->2015 z. B. nach 2014/15 gruppiert.
UENT	1 = Die generierten Entgelte werden in die erfassten Entgelte übernommen, wenn keine erfassten Entgelte vorhanden sind. Dies ist vor allem beim Erzeugen von gdr- oder §21-Dateien von Bedeutung.
GRPZW	1 = Wenn die ICD- oder OPS-Version des Falls von der vorgegeben Grouperversion abweicht, werden die Codes nicht gemappt, sondern stattdessen die Zwischenversion des Grouper für die ICD- und OPS-Version des Falls verwendet, z. B. bei Grouper-Version 2011 und ICD und OPS für 2010 die Version 2010/11.
FD13	0= Die Zwischendatei falldrg.csv wird durch grp21.exe mit 50 ICD, 100 OPS und einer Fachabteilung erstellt. 1=Die Zwischendatei falldrg.csv wird durch grp21.exe mit 200 ICD, 200 OPS und 50 FAB erstellt. 9= Die Zwischendatei falldrg.csv wird durch grp21.exe mit 999 ICD, 999 OPS und 999 FAB erstellt.
STTK	Standardtageskosten (Baserate, Basisentgeltwert) für PEPP
ABR	Abrechnungsart 1 = DRG 3 = PEPP
INKR	1 = ZE-Berechnung, als ob alle verhandelten Entgelte bereits in Kraft wären, z. B. für Verhandlungen



FZSTA	1=für die Abstufung von I68D, I68E und I68F hat drgkhfallzahl höchste Priorität
-------	--



Beispielkonfigurationsdatei:

'Konfigurationsdatei für GRP-Dateien

'Feldtrenner

FT ;
WT ~
KT ^
ST &

'Eingabestring

'Feld	Start	Länge	Anzahl	Beschreibung
IN				
FALIN	1	9	1	Feldgruppe Fall
IKKH	1.1	9	1	IK des Krankenhauses
FL01	1.2	2	1	Entlassender-Standort
EBR	1.3	3	1	Entgeltbereich
FALL	1.4	15	1	KH-internes-Kennzeichen
FL02	1.5	10	1	Versicherten-ID
FL03	1.6	20	1	Vertragskennzeichen-§64b-Modellvorhaben
NKK	1.7	9	1	IK der Krankenkasse
FL04	1.8	4	1	JJJJ Geburtsjahr
FL05	1.9	2	1	MM Geburtsmonat
GES	1.10	1	1	Geschlecht, 1=m, 2=w, 3=unbestimmt, 4=divers, 9=unbekannt
PLZ	1.11	5	1	Postleitzahl
WOH	1.12	35	1	Wohnort
ATAG	1.13	12	1	JJJJMMTTHHNN Aufnahmetag
AANL	1.14	1	1	Aufnahmeanlass
AGR	1.15	4	1	Aufnahmegrund
FL06	1.16	1	1	Fallzusammenführung
FL07	1.17	2	1	Fallzusammenführungsgrund
AGW	1.18	5	1	Aufnahmegewicht
ETAG	1.19	12	1	JJJJMMTTHHNN Entlassungstag
EGR	1.20	2	1	Entlassungsgrund
ALTT	1.21	3	1	Alter in Tagen
ALTJ	1.22	3	1	Alter in Jahren
VNUM	1.23	15	1	Patienten-Nummer
FL08	1.24	3	1	Anzahl Interkurrente-Dialysen
KBE	1.25	4	1	Beatmungstunden
FL09	1.26	8	1	Behandlungsbeginn-vorstationär
FL10	1.27	1	1	Behandlungstage-vorstationär
FL11	1.28	8	1	Behandlungsende-nachstationär
FL12	1.29	2	1	Behandlungstage-nachstationär
FL13	1.30	9	1	Institutionskennzeichen des verlegenden Krankenhauses
FL14	1.31	3	1	Belegungstage in einem anderen Entgeltbereich
FL15	1.32	3	1	Beurlaubungstage im BPfIV-Entgeltbereich
KMO	1.33	1	1	Kennzeichen Modellvorhaben
AZEI	1.34	5	1	Aufnahmeuhrzeit
EZEI	1.35	5	1	Entlassungsuhrzeit
FALGE	2	3	*	Feldgruppe fall_gen
DIAV	2.2	3	1	Diagnoseversion
OPSV	2.3	3	1	Prozedurenversion
TOB	2.4	4	1	Tage ohne Berechnung
FTYP	2.5	1	1	Typ der Fachabteilung
'FL16	2.6	3	1	Entgeltbereich
VEFA	2.7	1	1	Verlegfall
GRPV	2.8	8	1	Groupier Version
STFK	2.9	8	1	Basisfallwert



STTK	2.10	8	1	Basisfallwert PEPP
FAB	3	6	*	Feldgruppe Fachabteilung
FSCHL	3.1	6	1	Fachabteilungsschlüssel
FADAT	3.2	12	1	JJJJMMTTHHMM Datum der Aufnahme in die Fachabteilung
FEDAT	3.3	12	1	JJJJMMTTHHMM Datum der Verlegung-/Entlassung aus der Fachabteilung
DIA	4	3	*	Feldgruppe Diagnoseart
DCODE	4.1	9	1	Diagnoseschlüssel (ICD-Kode)
DLOK	4.2	5	1	Lokalisation
DSICH	4.3	1	1	ICD Diagnosesicherheit
OPS	5	6	*	Feldgruppe OPS
OCODE	5.1	11	1	Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)
OLOK	5.2	1	1	Lokalisation
OPDAT	5.3	12	1	JJJJMMTT OP-Datum
EENT	6	9	*	Feldgruppe Entgelte
EESCH	6.1	8	1	Entgeltart
EENBE	6.2	10	1	Entgeltbetrag
EENV	6.3	8	1	JJJJMMTT (Muss für DRG PSY) Abrechnung von
EENB	6.4	8	1	JJJJMMTT (Muss für DRG PSY) Abrechnung bis
EENA	6.5	3	1	Entgeltanzahl
EETOB	6.6	3	1	Tage ohne Berechnung/Behandlung
'Ausgabestring				
,				
OUT				
IKKH	1	9	1	IK des Krankenhauses
FALL	2	15	1	Fallnummer
DRG	3	5	1	DRG
MDC	4	3	1	MDC Hauptdiagnosegruppe
PCCL	5	1	1	PCCL
GST	6	2	1	Gruppierungsstatus
KGW	7	8	1	Effektives Kostengewicht
UGVD	8	4	1	Untere Grenzverweildauer nach Katalog
AVWD	9	4	1	Durchschnittliche Verweildauer nach Katalog
OGVD	10	4	1	Obere Grenzverweildauer nach Katalog
VWD	11	4	1	Errechnete Verweildauer
ENKGW	12	8	10	Kostengewicht für 10 Entgelte bei DRG: Feld 1 = Kostengewicht der DRG
ENT	22	8	10	Entgeltschlüssel für 10 Entgelte bei DRG: DRG und Zu- oder Abschlag in den ersten beiden Feldern
ENA	32	5	10	Entgeltanzahl für 10 Entgelte bei DRG: DRG und Zu- oder Abschlag in den ersten
ENV	42	8	10	JJJJMMTT Abrechnung-von für 10 Entgelte bei DRG: DRG und Zu- oder Abschlag in den ersten beiden Feldern
ENB	52	8	10	JJJJMMTT 2 Felder: Abrechnung-bis für DRG und Zu- oder Abschlag
ENGBE	62	11	10	Entgelt Gesamtbetrag (Einzel * Anzahl) FLOAT für 10 Entgelte
EGR	72	3	1	Entlassungsgrund
FTYP	73	1	1	Fachabteilungstyp
,				
'Konfiguration				
,				
KONF				
GOPT	1			' keine Alternativgruppierung
O80E	0			' O80 nicht durch den Grouper ersetzen
ETLV	1			' Entlassungsgrund Deutsch
DEZT				' Dezimaltrennzeichen für Ausgabefelder und für STFK
OGDR	0			' keine GDR-Datei erzeugen
SZE	1			' Sonderzeichen in Diagnosen und Prozeduren zulassen
,				



' Wenn im KONF-Abschnitt keine Grouper-Version mit GRPV angegeben ist,
' wird nach Aufnahmedatum gruppiert.

Bei Verwendung der nicht mehr aktuellen Zwischenversionen, z. B. 2004/06 oder 2005/06 wird intern die Version 2006 verwendet und die Diagnosen und Prozeduren vorher gemappt.

Die Abrechnungsbestimmungen sehen vor, dass der Aufnahmetag darüber entscheidet, nach welcher Version der Fall gruppiert werden muss. Dennoch kann es für statistische Zwecke oder die Erstellung der AEB-Formulare notwendig sein, Fälle abweichend davon nach einer bestimmten Version zu gruppieren.

Die Version kann an verschiedenen Stellen eingestellt werden:

- Ist im In-Abschnitt das Feld GRPV angegeben, wird jeder Fall individuell nach der in diesem Feld angegebenen Version gruppiert.
- Ist im Konfigurationsabschnitt das Feld GRPV angegeben, werden alle Fälle nach der dort eingestellten Version gruppiert.
- Ist beides nicht angegeben, jedoch im In-Abschnitt ein Aufnahmetag vorhanden, wird die Version an Hand des Aufnahmetags ermittelt.
- Ist auch kein Aufnahmetag vorhanden, wird der Fall nach der jeweils neuesten Version gruppiert.

4 Aufbau der Textdateien

4.1 Aufbau der Datei mit den Kostengewichten für G-DRG

Die Datei mit den Kostengewichten enthält folgende Felder, die jeweils mit TAB getrennt sind:

Ab 2017 kommen die Felder Median-Fallzahl Hauptabteilung und Median-Fallzahl Belegabteilung hinzu und die DRG wird bei abgestuften DRG mit einem zweiten Datensatz und der Erweiterung "_A" eingetragen.

Feld	Typ
DRG (abgestufte DRG werden ergänzt um „_A“ z. B. I68D_A)	Char (6)
Partition	Char (1)
Kostengewicht Hauptabteilung	Decimal (2,3)
Kostengewicht Hauptabteilung mit Beleghebamme	Decimal (2,3)
mittlere Verweildauer Hauptabteilung	Decimal (3,1)
erster Tag mit Abschlag für untere Grenzverweildauer – Hauptabteilung	Short
Kostengewicht pro Tag für untere Grenzverweildauer – Hauptabteilung	Decimal (2,3)
erster Tag mit Zuschlag für obere Grenzverweildauer – Hauptabteilung	Short
Kostengewicht pro Tag für obere Grenzverweildauer – Hauptabteilung	Decimal (2,3)



Kostengewicht pro Tag für Abschlag bei externer Verlegung – Hauptabteilung	Decimal (2,3)
Kennzeichen Verlegungsfallpauschale ohne Abschlag – Hauptabteilung	Char (1)
Kostengewicht Belegabteilung mit Belegoperator	Decimal (2,3)
Kostengewicht Belegabteilung mit Belegoperator und Beleganästhesist	Decimal (2,3)
Kostengewicht Belegabteilung mit Belegoperator und Beleghebamme	Decimal (2,3)
Kostengewicht Belegabteilung mit Belegoperator, Beleganästhesist und Beleghebamme	Decimal (2,3)
mittlere Verweildauer – Belegabteilung	Decimal (3,1)
erster Tag mit Abschlag für untere Grenzverweildauer – Belegabteilung	Short
Kostengewicht pro Tag für untere Grenzverweildauer – Belegabteilung	Decimal (2,3)
erster Tag mit Zuschlag für obere Grenzverweildauer – Belegabteilung	Short
Kostengewicht pro Tag für obere Grenzverweildauer - Belegabteilung	Decimal (2,3)
Kostengewicht pro Tag für Abschlag bei externer Verlegung – Belegabteilung	Decimal (2,3)
Kennzeichen Verlegungsfallpauschale ohne Abschlag – Belegabteilung	Char (1)
Kennzeichen Ausnahme von der Wiederaufnahmeregelung - gilt für Hauptabteilung und auch für Belegabteilung, sofern dort ein Kostengewicht vorhanden ist	Char (1)
Kostengewicht bei teilstationärer Versorgung	Decimal (2,3)
Mindestverweildauer in Stunden	Short
Median-Fallzahl Hauptabteilung	Short
Median-Fallzahl Belegabteilung	Short

4.2 Aufbau der Datei mit den Kostengewichten für PEPP

Die Datei mit den Kostengewichten enthält folgende Felder, die jeweils mit TAB getrennt sind:

Feld	Typ
PEPP	Char (6)
Berechnungstage	Short
Kostengewicht	Decimal (2,4)

Die Datei hat z. B. für PEPP 2013 den Dateinamen peppkgw110.txt.

Auszug aus der Datei peppkgw120.txt:

```

P001Z
P002A      1          2.6548
P002A     65          2.1035
P002A    116          1.9958
P002B      1          2.4995
...

```



4.3 Aufbau der Datei für den DRG Basisfallwert

Der Basisfallwert und die Zu- und Abschläge zum Basisfallwert können in der Datei **drgbasis.txt** hinterlegt werden. Die Datei **drgbasis.txt** muss im Verzeichnis DRGPARAM oder DRGHOME stehen.

Die Datei *drgbasis.txt* hat folgenden Aufbau. Die Felder sind durch Semikolon getrennt.

Feld	Typ
IK des Krankenhauses Wird nur mit einem Krankenhaus gearbeitet, kann das IK des Krankenhauses oder IK=0 verwendet werden.	Char (9)
Eurobetrag des Basisfallwerts Dezimaltrennzeichen ist der Punkt.	Decimal (6,2)
Prozentsatz des Zu- oder Abschlags ➤ > 0 = Zuschlag (47100011) ➤ < 0 = Abschlag (47200011) Dezimaltrennzeichen ist der Punkt.	Decimal (4,2)
Gültig ab	Datum JJJJMMTT
Gültig bis	Datum JJJJMMTT
Eurobetrag des Basisfallwerts für Pflege Dezimaltrennzeichen ist der Punkt.	Decimal (6,2)

4.4 Aufbau der Datei für den Basisentgeltwert für PEPP

Die Basisentgeltwerte können in der Datei **peppbasis.txt** hinterlegt werden. Die Datei **peppbasis.txt** muss im Verzeichnis DRGPARAM oder DRGHOME stehen.

Die Datei *peppbasis.txt* hat folgenden Aufbau. Die Felder sind durch Semikolon getrennt.

Feld	Typ
IK des Krankenhauses Wird nur mit einem Krankenhaus gearbeitet, kann das IK des Krankenhauses oder IK=0 verwendet werden.	Char(9)
Eurobetrag des Basisentgeltwert Dezimaltrennzeichen ist der Punkt.	Decimal(6,2)
Prozentsatz des Zu- oder Abschlags Dezimaltrennzeichen ist der Punkt.	Decimal(4,2)
Gültig ab	Datum JJJJMMTT
Gültig bis	Datum JJJJMMTT

4.5 Aufbau der Dateien für krankenhausindividuelle Entgelte

Für krankenhausindividuelle Entgelte können zwei Dateien versorgt werden, die im Verzeichnis DRGPARAM oder DRGHOME stehen:

- die Datei *drghindiv.txt* mit den individuell vereinbarten Entgelten
- die Datei *drghinkraft.txt* mit dem Zeitpunkt, ab dem in einem Jahr die vereinbarten Entgelte in Kraft treten.



Die Datei *drghinkraft.txt* hat folgenden Aufbau. Die Felder sind durch Semikolon getrennt.

Feld	Typ
IK des Krankenhauses	Char(9)
Jahr der Vereinbarung	Short
Datum des Inkrafttretens	Datum JJJJMMTT

Ist für ein Jahr kein Eintrag vorhanden, geht der Grouper davon aus, dass die vereinbarten Entgelte während des ganzen Jahres nicht in Kraft sind.

Die Datei *drghinkraft.txt* wird für krankenhausesindividuelle Entgelte benötigt, für die kein Eintrag in *drghindiv.txt* vorhanden ist. Der Entgeltbetrag von € 600 oder € 450 kann sonst nicht ermittelt werden.

Die Datei *drghindiv.txt* hat folgenden Aufbau. Die Felder sind durch Semikolon getrennt.

Feld	Typ
IK des Krankenhauses	Char(9)
Schlüssel des Bezugsentgeltes, das in der Regel aus der Datei <i>drganl3VV.txt</i> oder <i>drdzeVV.txt</i> vorkommt	Char(8)
Schlüssel des mit dem Krankenhaus vereinbarten Entgeltes	Char(8)
Gültig ab	Datum JJJJMMTT
Gültig bis	Datum JJJJMMTT
Entgeltbetrag Dezimaltrennzeichen ist der Punkt.	Decimal(6,2)
Zuschlag pro Tag in Euro bei Überschreitung der OGVD, wenn das Entgelt fallbezogen ist Dezimaltrennzeichen ist der Punkt	Decimal(6,2)
OGVD	Short
Abschlag pro Tag in Euro bei Unterschreitung der UGVD, wenn das Entgelt fallbezogen ist Dezimaltrennzeichen ist der Punkt	Decimal(6,2)
UGVD	Short
Abschlag pro Tag in Euro bei Verlegung, wenn das Entgelt fallbezogen ist Dezimaltrennzeichen ist der Punkt	Decimal(6,2)
Gerundete mittlere Verweildauer	Short
Verlegungspauschale (1 = ja, 0 = nein), wenn das Entgelt fallbezogen ist	Short
Entgeltberechnung 0 = Geldbetrag (Standard) 1 = Prozentsatz auf die Entgelte, deren Schlüssel mit 70, 71, 72, 73, 760, 762, 76Z, 85 oder 86 beginnt, bei PEPP A1, A8, AA, B1, B8, BA, C4, C5Z, C9, DA, DH 2 = KGW-abhängiger Betrag, der sich aus dem Kostengewicht der DRG multipliziert mit dem hinterlegten Betrag ergibt. 4 = Prozentsatz auf alle Entgelte, also auch auf die, die selbst prozentual berechnet werden.	Short



5 = Prozentsatz auf die Entgelte, deren Schlüssel mit 70, 71, 72, 73 oder 76Z beginnt	
Bezeichnung	Char(255)

Für folgende Entgeltschlüssel kann ein Betrag angegeben werden:

Schlüssel Bezugsentgelt	Schlüssel KH- individuell	Bedeutung
8500 + DRG	8500 + DRG 8600 + DRG	tages- oder fallbezogenes Entgelt für DRGs ohne Kostengewicht Ein fallbezogenes Entgelt erfordert die Angabe von Grenzverweildauern und Beträgen für die dazugehörigen Zu- und Abschläge
8500 + <i>Fachabteilung</i>	85XXXXXX	tages- oder fallbezogenes krankenhausindividuelles Entgelt für teilstationäre Behandlung
85003000	85XX3XXX 86XX3XXX	Tages- oder fallbezogenes krankenhausindividuelles Entgelt für teilstationäre Behandlung in einer besonderen Einrichtung
85004000	85XX4XXX 86XX4XXX	Tages- oder fallbezogenes krankenhausindividuelles Entgelt für vollstationäre Behandlung in einer besonderen Einrichtung
760XXXXX aus <i>Datei drgzeYY.txt</i>	760XXXXX	Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt
47100014 47200014	47100014 47200014	Zu- oder Abschlag wegen Konvergenzverlängerung 2009 Eingetragen wird die halbe Differenz zwischen krankenhausindividuellem Basisfall 2008 ohne Ausgleich und Landesbasisfallwert 2008 ohne Ausgleich und Kappung in €. Ein positiver Betrag entspricht einem Zuschlag, ein negativer einem Abschlag
40000000	40000000	Investitionszuschlag neue Bundesländer (bis 2014)
4109XXXX	4109XXXX	Fallbezogene vorstationäre Pauschale je Abteilung
4209XXXX	4209XXXX	tagesbezogene nachstationäre Pauschale je Abteilung
460XXXXX	460XXXXX	QS-Zuschlag
47100000 47100001	47100000 47100001	Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss
47100005	47100005	Zuschlag für Vorhaltekosten von besonderen Einrichtungen
47100009 47100013	47100009 47100013	Telematik-Zuschlag
47100011 47200011	47100011 47200011	Zu-/Abschlag für Erlösausgleich, alternativ zum Eintrag in drgbasis.txt
47100012	47100012	Pflegezuschlag
47100015 47200015	47100015 47200015	Zu-/Abschlag für die Auflösung besonderer Einrichtungen



48000001 48000002	48000001 48000002	DRG-Systemzuschlag
47100007 49XXXXX	47100007 49XXXXX	Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte
47100012	47100012	Zuschlag zum Pflegestellen-Förderprogramm
47100018	47100018	Versorgungszuschlag (bis 2016)
47100020	47100020	Zuschlag zum Hygiene-Förderprogramm
47100024	47100024	Pflegezuschlag
47100026	47100026	Zuschlag für die Beteiligung an Fehlermeldesystemen
47200026	47200026	Abschlag für Mehrleistungen
47200026	47200026	Fixkostendegressionsabschlag
75100001 75100002	75100001	Sicherstellungszuschlag
751XX002	751XX002	Ausbildungszuschlag
75100003	75100003	Zuschlag für Begleitpersonen

Die Dateien können mit einem Texteditor oder mit den in Kapitel 0 und 2.3.7.3 beschriebenen Dialogen bearbeitet werden. Bei einem Texteditor sollte darauf geachtet werden, dass als Feldtrenner Tabulatoren und keine Blanks eingefügt werden.

4.6 Aufbau der Datei mit Krankenhausdaten

Krankenhausdaten, die für §21-Dateien relevant sind, können in der Datei **drghdaten.txt** hinterlegt werden. Die Datei drgbasis.txt muss im Verzeichnis DRGPARAM oder DRGHOME stehen.

Feld	Typ
IK des Krankenhauses	Char(9)
Name des Krankenhauses	Char(50)
E-Mail-Adresse des Ansprechpartners	Char(50)
Art des Krankenhauses B = Bundeswehrkrankenhaus H = Hochschulklinik/Universitätsklinikum P = Plankrankenhaus U = Krankenhaus in Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung V = Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 18 Nr. 3 SGB V	Char(1)
Art der Trägerschaft F = freigemeinnützig P = privat O = öffentlich	Char(1)
Anzahl Betten im DRG-bereich	Short
Anzahl Betten im BPfIV (Psych)-Bereich	Short
Regionale Versorgungsverpflichtung in der Psychiatrie 1 = ja 0 = nein	Short
Anzahl vereinbarter DRG-Fälle im Jahr der Erstellung der §21-Daten	Int



Summe der vereinbarten Bewertungsrelationen DRG (Casemix) im Jahr der Erstellung der §21-Daten	Decimal(5,3)
Vereinbarter Erlösausgleich in € im Jahr der Erstellung der §21-Daten (> 0 = Erstattung, < 0 = Zahlung)	Decimal(6,2)
Standard-Fachabteilung	Char(4)
Besondere Einrichtung 1 = ja (ganzes Haus) 0 = nein	Short

4.7 Aufbau der Datei mit Sekundär Diagnosen

Zur Erstellung von Daten im Format nach §21 KHEntgG ist es nötig, Sekundär Diagnosen in ein eigenes Feld der Datei *icd.csv* zu stellen. Sekundär Diagnosen sind *- und !-Diagnosen, die nur im Zusammenhang mit einer anderen Diagnose codiert werden können. Da beim Gruppieren die Kennzeichnung von * und ! bei den Diagnosen entfernt wird, existiert eine Datei *drgsecdiag.txt*, die alle Diagnosecodes für Sekundär Diagnosen enthält, um daraus das Feld in *icd.csv* erstellen zu können. Diese hat folgenden Aufbau:

Feld	Typ
Diagnosecode ohne Sonderzeichen	Char(5)
Diagnosecode mit Sonderzeichen	Char(9)
Jahr gültig ab	Short
Jahr gültig bis	Short

4.8 Aufbau der Datei mit den Fallzahlen pro DRG

Ab dem Fallpauschalen-Katalog 2017 wurden die neuen Tabellenblätter "Anlage 1d" und "Anlage 1e" eingeführt. Hierin sind DRG aufgelistet, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind und deren Bewertungsrelationen in Abhängigkeit von der Fallzahl abgestuft werden.

Bei diesen DRGs wird der Median zur Fallzahl des Datenjahres dieser DRGs über alle Krankenhäuser gebildet, die diese Leistungen erbringen. Krankenhäuser, die diese DRGs mit einer Fallzahl oberhalb des Medianen erbringen, rechnen eine Fallpauschale mit einer abgesenkten Bewertungsrelation von der ersten Leistung an ab. Im Grouper wird eine neue Möglichkeit integriert um diese abgestuften Bewertungsrelationen zurückliefern zu können.

Die Datei mit den Kostengewichten enthält für abgestufte DRG zwei Datensätze und wurde um zwei Felder mit den Median-Fallzahlen gemäß Katalog ergänzt.

Wenn in der Datei *drghkfallzahl.txt* ein Datensatz mit einer höheren als der Median-Fallzahl vorhanden ist, liefert der Grouper die abgestuften Bewertungsrelationen und verwendet diese auch zur Entgeltermittlung.

Die Datei *drghkfallzahl.txt* hat folgenden Aufbau. Die Felder sind durch Semikolon getrennt.

Feld	Typ
IK des Krankenhauses	Char(9)
DRG	Char(4)



Jahr (Gültigkeit der Fallzahl des Krankenhauses)	Char(4)
Fallzahl des Krankenhauses	Short

Die Datei drgkhfallzahl.txt wird zuerst im Verzeichnis gesucht, welches über die Umgebungsvariable DRGPARAM referenziert wird. Falls die Umgebungsvariable DRGPARAM nicht gesetzt ist, wird drgkhfallzahl.txt im Verzeichnis gesucht, welches über die Umgebungsvariable DRGHOME referenziert wird.

4.9 Datei config.ini

Die Datei config.ini wird zum Verwalten der bei den Optionen eingestellten Informationen und für die Datenbankverbindungen verwendet. Die Passwörter für die Datenbankverbindungen werden hier verschlüsselt gespeichert. Die Datei config.ini wird im Pfad der Umgebungsvariable DRGPARAM erwartet. Diese Systemvariable wird durch das Setup auf den dort angegebenen Datenpfad gesetzt, standardmäßig C:\GetDRG.

Parameter ETAG22:

Bei Verlegung eines PEPP-Falls von stationärer in teilstationäre Behandlung (Entlassungsgrund 229) ist der Entlassungstag im stationären Fall nur abrechenbar, wenn am Entlassungstag nicht teilstationär behandelt wurde.

Da der Grouper immer nur einen Fall betrachtet, kann er nicht prüfen, ob im folgenden teilstationären Fall am Aufnahmetag (=Entlassungstag des vollstationären Falls) behandelt wurde. Daher wurde dieser generelle Parameter ETAG22 eingeführt.

Die Bedeutung der Werte ist folgende:

- ETAG22=1 Der Entlassungstag ist bei Entlassungsgrund 22 ein Berechnungstag.
- ETAG22=0 Der Entlassungstag ist bei Entlassungsgrund 22 **kein** Berechnungstag.

Ist die Datei config.ini nicht vorhanden oder in config.ini kein Eintrag für ETAG22 so setzt der Grouper intern standardmäßig ETAG22=1.

Wenn der Entlassungstag nicht abrechenbar sein soll muss in der Datei config.ini im Abschnitt OPTIONEN folgendes eingetragen sein:

```
[OPTIONEN]  
ETAG22=0
```

5 GetDRG / GetPEPP unter Linux und Solaris

Für die Linux und die Solaris – Version (32 Bit-Version und 64Bit-Version) ist nur die Batchverarbeitung und eine Programmierschnittstelle für getdrg.so verfügbar.

Kopieren Sie die Dateien aus der Auslieferung in ein beliebiges Zielverzeichnis, z. B. /usr/local/GetDRG.



Folgende Dateien müssen in einem Verzeichnis (z. B. /usr/local/GetDRG) liegen:

- getdrg.so
- gdrg.so
- pepp.so
- getdrgb
- grp21
- grp1.txt
- grp2.txt
- drgtabXXX.txt (XXX = 10 bis 210, 58 bis 208, 59 bis 209)
- drgccltabXXX.txt (XXX = 10 bis 210, 58 bis 208, 59 bis 209)
- kgwXXX.txt (XXX = 10 bis 210)
- drganl3XXX.txt (XXX = 10 bis 210)
- drgzeXXX.txt (XXX = 20 bis 210, 68 bis 208, 69 bis 209)
- drgsecdiag.txt
- @drgze162XXXX (XXXX = 2018 bis 2023)
- @drgze163XXXX (XXXX = 2018 bis 2023)
- pepptabXXX.txt (XXX = 110 bis 210, 108 bis 208, 109 bis 209)
- peppccltabXXX.txt (XXX = 110 bis 210, 108 bis 208, 109 bis 209)
- peppkgwXXX.txt (XXX = 110 bis 210)
- peppanl1b2bXXX.txt (XXX = 110 bis 210)
- peppzeXXX.txt (XXX = 110 bis 210, 108 bis 208, 109 bis 209)
- peppetXXX.txt (XXX = 120 bis 210, 128 bis 208, 129 bis 209)
- morbirsaaaggJJJJ.txt (JJJJ = 2008 bis 2021)
- morbirsaaemgJJJJ.txt (JJJJ = 2008 bis 2021)
- morbirsahaJJJJ.txt (JJJJ = 2008 bis 2021)
- morbirsaicdJJJJ.txt (JJJJ = 2008 bis 2021)
- morbirsabetragJJJJ.txt (JJJJ = 2008 bis 2021)
- morbirsapharmJJJJ.txt (JJJJ = 2009 bis 2021)

Beim Start von **getdrgb** oder **grp21** muss die Umgebungsvariable DRGHOME auf dieses Verzeichnis gesetzt werden. Das Programm getdrgb kann, muss aber nicht in diesem Verzeichnis liegen.

Im Unterverzeichnis test finden Sie folgende Dateien

Datei	Beschreibung
zert.txt	Testdatei im INEK-Zertifizierungsformat
zert.ini	GetDRG / GetPEPP-Konfigurationsdatei für das InEK-Zertifizierungsformat
grpz.sh	Shell-Script zum Aufruf von getdrgb mit der Testdatei zert.txt.

Inhalt der grpz.sh:

```
DRGHOME=../  
export DRGHOME  
../getdrgb zert.txt zert.out zert.ini
```

grundsätzlicher Aufruf:



getdrbb [Eingangsdatei] [Ausgangsdatei] [Konfigurationsdatei]

Für Linux und Solaris ist nun auch das Programm **grp21** zur Batch-Verarbeitung von Dateien im §21-Format verfügbar.

Das Programm **grp21** wird mit folgenden Parametern aufgerufen:

grp21 <Falldatei mit Pfad> <Ausgangsdatei> [Konfigurationsdatei] [n] [s] [g]

Die Falldatei muss den Namen Fall.csv haben. Die anderen §21 Daten werden im selben Verzeichnis wie die Datei Fall.csv erwartet. Die Ausgabedatei hat ein fest eingestelltes Format, das über die Konfigurationsdatei getdrg21.ini definiert ist, die in \$DRGHOME erwartet wird. Ausgabeformat und Parameter werden in den Abschnitten OUT und KONF eingestellt und können geändert werden. Der IN-Abschnitt wird ignoriert.

grp21 fasst zunächst die Daten aus fall.csv, fab.csv, icd.csv, ops.csv und entgelte.csv pro Fall zu einem Datensatz zusammen. Der Aufbau des zusammengefassten Datensatzes ist abhängig vom Parameter „FD13“ im KONF-Abschnitt. Der zusammengefasste Datensatz ist im IN-Abschnitt der Konfigurationsdatei beschrieben und wird in die Datei „falldrg.csv“ ausgegeben.

Über [Konfigurationsdatei] können Sie eine alternative Konfigurationsdatei abweichend zu getdrg21.ini angeben

Anmerkung zum Feld Verlegefall:

grp21 setzt dieses Feld auf 1, wenn es aus den Daten eine Rückverlegung annimmt, die sonst weder aus dem Aufnahmearbeit noch aus dem Entlassungsgrund erkennbar ist. Eine Rückverlegung liegt für grp21 vor, wenn in der Datei fab.csv eine Fachabteilung 0001 (angegeben als "0001" oder "HA0001") vorhanden ist oder in der Datei entgelt.csv das Feld Fallzusammenführungsgrund den Wert "RU" oder "WR" für eine Rückverlegung hat. Ist dieses Feld nicht vorhanden, wird auch dann eine Verlegung angenommen, wenn unter den Entgelten ein Verlegungsabschlag vorhanden ist.

Dies bedeutet, dass der Grouper daraus einen Verlegungsabschlag generiert, wenn die gerundete mittlere Verweildauer der DRG unterschritten ist.

Option n:

Wenn grp21.exe mit Argument n aufgerufen wird, werden Fehlermeldungen in einer Message Box ausgegeben. Ansonsten werden sie nur in der DOS-Box ausgegeben.

Option s:

Wenn grp21.exe mit Argument s aufgerufen wird, werden die Eingangsdateien nicht vorher sortiert. Dadurch ist das Programm schneller. Alle Dateien müssen aber nach IK des Krankenhauses, entlassendem Standort, Entgeltbereich und Fallnummer aufsteigend sortiert sein.

Option g:



Wenn grp21.exe mit Argument g aufgerufen wird, wird nicht gruppiert, sondern nur die Datei falldrg.csv erzeugt. Mit Argument g braucht die Ausgangsdatei nicht angegeben zu werden.