



**CaseCheck 2020
und
CaseCheck 2020 plus**

**DRG-/PEPP-Vorprüfung
für
Krankenhausfälle**

Nürnberg, 17.10.2019



Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen.....	3
2	Eingangsdaten, Ausgangsdaten und Programmaufruf	5
2.1	Verarbeitung von §21-Daten	5
2.2	Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien	6
2.3	Dialogprogramm für case20	6
3	Prüfungen und Korrekturen	7
3.1	Mapping der Diagnosen und Prozeduren.....	7
3.2	Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen.....	8
3.3	Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose.....	9
3.4	Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur	10
3.5	Einfügen neuer Prozeduren	10
3.6	Korrektur des Entlassungsgrundes	11
3.7	Erkennung leerer Einträge im Feld Aufnahmegewicht	12
3.8	Prüfung des Alters in Tagen.....	12
3.9	Ausgabe von Zusatzentgelten.....	13
3.10	Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen bei DRG-Fällen	13
3.11	Fallzusammenführung bei psychiatrischen Fällen.....	15
3.12	Fallsplit bei psychiatrischen Dialysepatienten	15
3.13	Ausgabedatei	16
4	Verarbeitungsprotokoll.....	17
5	einstellbare Parameter und Konfiguration der Eingangsformate	17
5.1	einstellbare Parameter	17
5.2	Liste der Dateien für case20	18
5.3	Konfiguration der Eingangsformate.....	19
5.4	Test- und Muster-Konfigurationsdateien	31



1 Grundlagen

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

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

Die Ausgliederung der Pflegekosten (aG-DRG) ab 2020 hat an diesem Vorgehen nichts geändert. Gruppirt wird nach wie vor auf Grund von Patientenmerkmalen, Diagnosen und Prozeduren. Die Kosten für die Pflege werden krankenhausesindividuell vereinbart, sind aber abhängig von der DRG.

Mit dem Psych-Entgeltgesetz werden auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik pauschalierende Entgelte ab 01.01.2013 eingeführt, zunächst auf freiwilliger Basis, ab 2019 verpflichtend. Die Fälle werden fallbezogen gruppiert und tagesbezogen abgerechnet. Für die Gruppierung der Fälle in der Psychiatrie und Psychosomatik hat das InEK einen neuen Gruppierungs-Algorithmus entwickelt und entsprechende Spezifikationen bereitgestellt. Entgeltsystem und Grouper haben das Kürzel PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) erhalten.

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

So sind für das Jahr 2020 die Zwischenversionen 2018/20 und 2019/20 verfügbar, die auf den ICD- und OPS-Version von 2018 bzw. 2019 beruhen. In diesen Versionen können jedoch einige DRGs nicht erreicht werden, da hierfür Codes aus 2020 erforderlich sind, für die es 2018 und 2019 keine Entsprechung gibt.

Ebenfalls geändert wurden die Zusatzentgelte 2020. Auch hierfür wurden 2020 einige neue OPS-Codes eingeführt, die 2018 und 2019 nicht abgebildet werden können.



Das Programm Casecheck 2020, im Folgenden case20 genannt, ist dafür gedacht, Krankenhausfälle aus den Jahren 2018 und 2019 so aufzubereiten, dass sie den Kodierrichtlinien 2020 genügen und in G-DRG Version 2019/20 bzw. PEPP Version 2019/20 gruppierbar sind. Ferner liefert es eine Übersicht über mögliche abrechenbare Zusatzentgelte zur Leistungsplanung 2020. Es ändert die Krankenhausdaten aus 2018 oder 2019 automatisch so ab, als ob sie nach den DKR 2020 kodiert worden wären.

Folgende Fälle werden automatisch geändert:

- Fälle mit Diagnose- oder Prozedurencodes aus früheren Jahren oder mit nicht endständigen Codes werden auf Diagnose- und Prozedurencodes des Jahres gemappt, nach dem gruppiert werden soll. Das ist je nach Einstellung des Parameters ICDVERS auf die Version 2019 oder später 2020. Beim Mapping werden Änderungen, die in den Hinweisen zur Leistungsplanung beschrieben sind, berücksichtigt.
- Fälle, die eine 2020 unzulässige Hauptdiagnose enthalten, werden nach Möglichkeit so geändert, dass eine andere, passendere Diagnose aus dem Fall stattdessen Hauptdiagnose wird. Findet sich in diesen Fällen keine passende Hauptdiagnose, fügt case20 optional von sich aus eine neue Hauptdiagnose ein. In den Fällen, in denen keine alternativen Hauptdiagnosen in den Regeln hinterlegt sind, wird nur ein Hinweis auf die unzulässige Hauptdiagnose ausgegeben.
- Fälle, die nur dann höhergruppiert werden, wenn zu einer Prozedur eine bestimmte Diagnose vorhanden ist, wird eine passende Diagnose hinzugefügt, wenn sich diese aus der Prozedur oder einem anderen Merkmal ergibt.
- Fälle mit einer unpassenden Hauptdiagnose zu einer Diagnose erhalten in bestimmten Fällen eine neue Hauptdiagnose. So wird bei Patienten mit Nebendiagnose "Untersuchung eines potenziellen Organspenders" (Z00.5) diese zur Hauptdiagnose, wenn keine Organspende vorliegt.
- Bei neu gruppierungsrelevanten Prozeduren wird die Prozedur hinzugefügt, wenn sich dies aus der Fallkonstellation ergibt. So wird z.B. bei Alter unter 16 Jahren und je einem OPS-Code für eine Herzoperation und eine perkutan-transluminale Gefäßintervention der Code 5-98a.0 für Hybridchirurgie bei Kindern eingefügt. Bei Entbindungsfällen mit einem Aufenthalt bis zur Entbindung von mindestens 14 Tagen wird der Code 9-280.2 eingefügt.
- Ein einstelliger Entlassungsrund wird in einen zweistelligen mit führender 0 gewandelt.
- Leere Einträge im Feld Aufnahmegewicht werden in 0 gewandelt.
- Bei Neugeborenen ohne Altersangabe wird das Alter in Tagen gesetzt.



- Mehrere psychiatrische Fälle werden zu einem zusammengefasst, wenn der Aufnahmetag des zweiten höchstens 14 Tage nach dem Entlassungstag des ersten liegt und Differenz der Aufnahmetage höchstens 90 Tage beträgt und die Aufnahmetage nicht aus verschiedenen Jahren stammen.
- In der Version **case20 plus** werden zusätzlich Fälle nach DRG zu einem Fall zusammengefasst, wenn sie die in der FPV 2020 genannten Kriterien erfüllen. Dazu ist es nötig, die Fälle zu gruppieren. Ebenso ist es möglich, bereits zusammengefasste Fälle in Einzelfälle zu zerlegen und neu zusammenzufassen.

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

Case20 protokolliert jede Veränderung. Über eine Reihe von Konfigurationsparametern und Dateien können die einzelnen Prüfungen gesteuert werden. Jede Prüfung (außer dem Mapping) kann aktiviert oder deaktiviert werden. Zu einigen Prüfungen können Parameter vorgegeben werden.

Die Version der Prüfregeln kann dann durch den Parameter ICDVERS eingestellt werden. Die Version 2019 ist für Fälle aus 2018 oder 2019 gedacht, die mit dem Grouper Version 2019/20 gruppiert werden sollen, während die Version 2020 für Fälle aus 2020 vorgesehen ist. ICD- und OPS-Codes aus früheren Versionen werden automatisch auf die Zielversion gemappt.

2 Eingangsdaten, Ausgangsdaten und Programmaufruf

Das Programm case20 arbeitet dateiorientiert. Es liest eine Eingangsdatei satzweise ein und schreibt die Ergebnisse in eine oder mehrere Ausgangsdateien (s.u.).

Mit case20 können sowohl §21-Daten (fall.csv, icd.csv und ops.csv) als auch frei konfigurierbare Eingangsdateien mit einem Fall pro Datensatz verarbeitet werden.

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

2.1 Verarbeitung von §21-Daten

Für die Verarbeitung von §21-Daten wird das Programm case20b (case20b.exe) mit folgenden Parametern aufgerufen (z.B. aus einer DOS-Eingabeaufforderung):

```
case20b <Eingangsdatei fall.csv inkl. Pfad> <Ausgangsdatei inkl. Pfad>  
<Basisverzeichnis> <Parameterdatei>
```

Beispiel:

```
Eingangsdateien = c:\in\fall.csv, c:\in\icd.csv,
```



Ausgangsdateien c:\in\ops.csv c:\in\fab.csv
= c:\out\fall.txt, c:\out\icd.txt,
c:\out\ops.txt c:\in\fab.txt
Parameterdatei = c:\Programme\case20\case20.ini

Aufruf:

```
case20b c:\in\fall.csv c:\out\fall.txt c:\Programme\case20 case20.ini
```

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

case20 erkennt an Hand der Anzahl Felder in den Dateien fall.csv, icd.csv, ops.csv und fab.csv, im Format welchen Jahres die jeweilige Datei vorliegt und richtet die Ausgabe danach.

2.2 Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien

Für die Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien wird das Programm case20b (case20b.exe) mit folgenden Parametern aufgerufen (z.B. aus einer DOS-Eingabeaufforderung):

```
case20b <Eingangsdatei inkl. Pfad> <Ausgangsdatei inkl. Pfad> <Basisverzeichnis>  
<Parameterdatei> <Konfigurationsdatei>
```

Beispiel:

Eingangsdatei = c:\daten\infile.txt
Ausgangsdatei = c:\daten\outfile.txt
Basisverzeichnis = c:\Programme\case20
Parameterdatei = c:\Programme\case20\case20.ini
Konfigurationsdatei = c:\Programme\case20\fall71.ini

Aufruf:

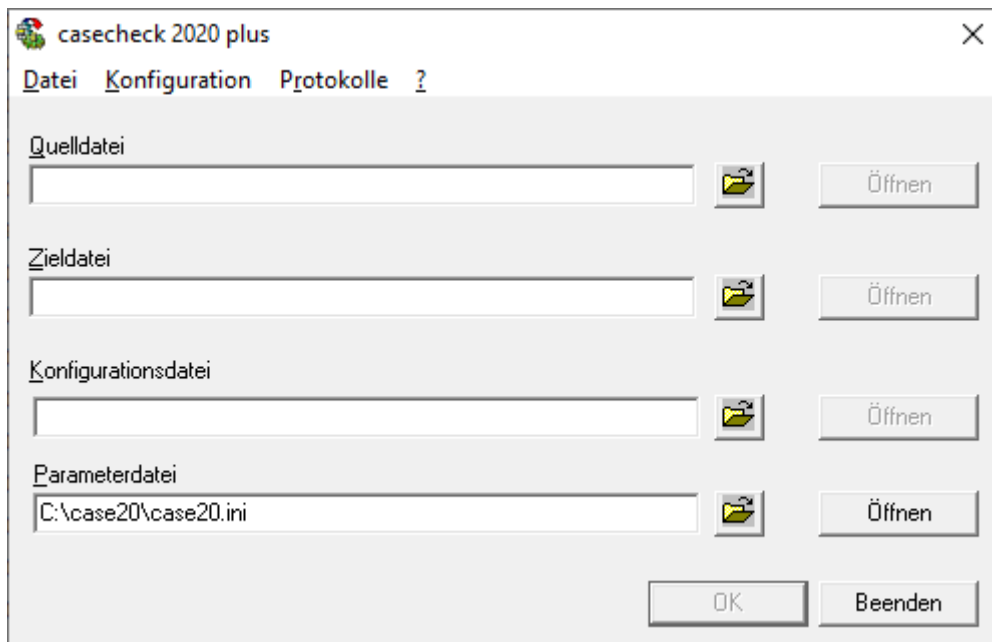
```
case20b c:\daten\infile.txt c:\daten\outfile.txt c:\Programme\case20 case20.ini  
fall71.ini
```

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

2.3 Dialogprogramm für case20

Neben der Möglichkeit, case20.exe direkt aus einer DOS-Box aufzurufen, besteht die Möglichkeit, das Dialogprogramm case20vb.exe aufzurufen.

Für das Dialogprogramm wurde während der Installation ein Eintrag ins Startmenü unter Programme->CaseCheck->Casecheck2020 erstellt.



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

3 Prüfungen und Korrekturen

3.1 Mapping der Diagnosen und Prozeduren

Über den Parameter ICDVERS=2019 oder ICDVERS=2020 kann die Zielversion auf die ICD- und OPS-Codes von 2019 oder 2020 eingestellt werden. Je nach Einstellung werden die Regeldateien für die entsprechende Version verwendet.

Daten für die Zielversion 2019 sollten i.d.R. nach ICD 10 GM 2019 und OPS 2019, Daten für 2020 nach ICD 10 GM 2020 und OPS 2020 codiert sein. Es kommt jedoch vor, dass noch Diagnosen und Prozeduren älterer Versionen codiert werden. In diesem Fall mappt case20 automatisch die ICD- und OPS-Codes auf Codes der Zielversion. Dabei werden auch nicht-terminale Codes auf terminale Codes gemappt. Dasselbe gilt auch für nicht-terminale Codes, die bereits in der Zielversion vorliegen. Die weiteren Prüfungen werden dann mit den gemappten Codes durchlaufen.

In Einzelfällen werden auch ICD- und OPS-Codes bewusst auf andere gemappt, obwohl sie noch gültig sind.

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

ICD- und OPS-Codes, die 2020 wegfallen, werden beim Mapping verworfen. ICD- und OPS-Codes, die sich nicht mappen lassen, weil sie keine gültigen Schlüssel sind, werden unter einem entsprechenden Hinweis beibehalten.



Einige ICD- und OPS-Codes, deren Mapping nicht eindeutig ist, werden auf verschiedene Codes gemappt, jeweils in Abhängigkeit von einer Bedingung. Dieses Mapping hat Vorrang vor dem oben beschriebenen Mapping. Derzeit betrifft dies folgende Diagnosen

- U80.4, .5 und .6 Antibiotikaresistenz gramnegativer Bakterien. Die ICD-Codes dafür wurden von 2016 auf 2017 neu definiert. Die neuen Codes differenzieren stärker nach der Bakterienart und spiegeln bezüglich der betroffenen Antibiotika die alten Codes nicht exakt wider, sodass es kein offizielles Mapping der alten Codes auf die neuen gibt. Da die Codes aber CCL-relevant sind, versucht CaseCheck, sie dennoch zu mappen. Es nimmt dabei an, dass die Bakterien sowohl gegen die für die alten als auch für die neuen Codes beschriebenen Antibiotika resistent sind und differenziert nur nach Bakterienart und Alter. CaseCheck mappt auf die Codes für eine bestimmte Bakterienart, wenn sich im Fall noch ein anderer Diagnosecode findet, der auf diese Bakterienart schließen lässt. Da es für pädiatrische Fälle eigene Codes gibt, die weniger Antibiotika enthalten, mappt CaseCheck für Patienten für Patienten unter 14 Jahren auf die pädiatrischen Codes (2MRGN NeoPäd), für Patienten über 14 Jahren auf die anderen (3MRGN).

Für Prozeduren gibt es derzeit kein spezielles Mapping.

Das Mapping kann nicht ausgeschaltet werden.

3.2 Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen

In einer Tabelle werden alle Diagnosen gespeichert, die laut Gruppierungsalgorithmus oder Kodierrichtlinien als Hauptdiagnose 2019 nicht zulässig sind.

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

Casecheck 2020 prüft, ob die Hauptdiagnose eines Falls eine solche unzulässige Hauptdiagnose ist, und, wenn Bedingungen vorhanden sind, ob diese erfüllt sind. Wenn ja, durchsucht case20 die Nebendiagnosen nach Ersatzdiagnosen. Die in der Reihenfolge erste Diagnose, die zum Suchmuster der Ersatzdiagnosen passt, wird dabei als neue Hauptdiagnose angesehen und mit der bisherigen Hauptdiagnose vertauscht. Findet sich keine Ersatzdiagnose, wird, sofern die entsprechende Option eingeschaltet ist, als Hauptdiagnose ein neuer Code eingefügt.

Auf diese Weise werden abgehandelt:

- Strahlentherapie (Z51.0 und Z51.82) und Chemotherapie bei bösartigen Neubildungen (Z51.1), Ersatzdiagnose bösartige Neubildung
- sonstige Chemotherapie (Z51.2), Ersatzdiagnose HIV, Bindegewebserkrankung (z.B. systemischer Lupus erythematoses) oder bösartige Neubildung



- Apherese (Z51.81), Ersatzdiagnose Hypercholesterinämie, neurologische Erkrankung (z.B. Myasthenia gravis) oder bösartige Neubildung
- Folgen eines Schlaganfalls (I69.-), Ersatzdiagnose Hemiplegie, Sprachstörung, Gesichtsfelddefekte, Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz oder Dysphagie
- Folgen einer Infektionskrankheit, Ernährungsstörung oder Verletzung, i.d.R. keine Ersatzdiagnose
- anogenitale Warzen (A63.0), Ersatzdiagnose sonstige näher bezeichnete Krankheit Anus und des Rektums, der Cervix uteri, der Vagina, der Vulva und des Perineums oder des Penis
- alter Myokardinfarkt (I25.2-), Ersatzdiagnose sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit (I25.8)
- Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung (I67.80!), Ersatzdiagnose Subarachnoidalblutung
- Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung (Z47.0), Ersatzdiagnose die ursprüngliche Verletzung (Fraktur oder Luxation)
- Überwachung einer normalen Schwangerschaft und Risikoschwangerschaft (Z34 und Z35.-), Ersatzdiagnose jede Schwangerschaftskomplikation
- Aufnahme zur sonstigen Dialyse (Z49.2), Ersatzdiagnose Niereninsuffizienz, wenn die Verweildauer mehr als 1 Tag beträgt, ansonsten Ersatzdiagnose Z49.1
- Akutes HIV-Infektionssyndrom (B23.0), Ersatzdiagnose verschiedene Symptome aus Basis-DRG S65
- Asymptomatische HIV-Infektion (Z21), Ersatzdiagnose HIV-Krankheit (B20, B21, B22, B23.8, B24)
- angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen (Q87.1), keine Ersatzdiagnose
- erfolgte Registrierung zur Organtransplantation (Z75.6- und Z75.7-) für Leber, Niere, Pankreas und Herz, Ersatzdiagnose verschiedene Indikationen zur jeweiligen Transplantation
- weitere Sekundärdiagnosen (* und !-Diagnosen), Ersatzdiagnose Primärdiagnose, sofern aus dem Diagnosetext erkennbar, ansonsten keine Ersatzdiagnose

3.3 Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose

In einer Tabelle sind Diagnosen gespeichert, die Hauptdiagnose sein sollten, wenn sie als Nebendiagnose vorkommen. Zusätzlich können Bedingungen hinterlegt sein. case20 durchsucht die Nebendiagnosen eines Falls nach solchen Diagnosen. Findet sich eine solche Diagnose, die nicht identisch mit der Hauptdiagnose ist, und sind die Bedingungen, sofern vorhanden, erfüllt, werden Haupt- und Nebendiagnose vertauscht.

Auf diese Weise werden abgehandelt:

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



3.4 Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur

In einer Tabelle sind Prozeduren gespeichert, die für die eine bestimmte Diagnose vorhanden sein muss. Dies kann entweder eine Haupt- oder Nebendiagnose sein. Zu jeder Prozedur wird die Diagnose hinterlegt sowie die Information, ob sie Haupt- oder Nebendiagnose sein soll, evtl. zusätzliche Bedingungen und der Diagnosecode, der eingefügt wird, falls keine der gesuchten Diagnosen vorhanden ist. case20 durchsucht den Fall nach solchen Prozeduren. Wenn eine Prozedur vorhanden ist, aber keine passende Diagnose oder – im Fall der Hauptdiagnose – die passende Diagnose nur als Nebendiagnose, und die Bedingungen, sofern vorhanden, erfüllt sind, wird die Diagnose geändert: Entweder werden Haupt- und Nebendiagnose vertauscht oder die neue Diagnose wird als Haupt- bzw. Nebendiagnose eingefügt.

Auf diese Weise werden abgehandelt:

- Fremdspende von Knochenmark, neue Hauptdiagnose Z52.3, keine Bedingung
- Fremdspende von Stammzellen, neue Hauptdiagnose Z52.01, keine Bedingung
- Leberteilresektion zur Transplantation, neue Hauptdiagnose Z52.6, keine Bedingung
- Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender, neue Hauptdiagnose Z52.4, keine Bedingung
- Lobektomie der Lunge zur Lebend-Organ spende, neue Hauptdiagnose Z52.80, keine Bedingung
- Trennung siamesischer Zwillinge, neue Hauptdiagnose Q89.4 siamesische Zwillinge

3.5 Einfügen neuer Prozeduren

Mit jeder Version werden neue OPS-Codes eingeführt, die mitunter gleich im ersten Jahr gruppierungsrelevant sind. Da Fälle aus den Vorjahren diesen OPS-Code noch nicht enthalten können, ist es für solche Fälle meist nicht möglich, die durch die neuen OPS-Codes ausgelösten DRGs zu erreichen. Dies ist bestenfalls noch mit dem Übergangsgrouper möglich, wo an Stelle der neuen OPS-Codes andere Kriterien verwendet werden, nicht aber mit dem eigentlichen Grouper eines Jahres.

Da die OPS-Codes Prozeduren beschreiben, die bisher nur unzureichend codierbar waren, ist es meistens nicht möglich, Kriterien zu definieren, um die neuen Codes auch bei älteren Fällen automatisch einzufügen, ohne Upcoding zu betreiben. Aus diesem Code handelt case20 nur wenige neue OPS-Codes auf diese Weise ab, wie

- Hybridchirurgie bei Kindern. Der Code 5-98a.0 wird hinzugefügt, wenn der Fall je eine Prozedur aus 5-35 bis 5-37 (Operation am Herzen) und 8-836.- bis 8-838 (perkutan-transluminale Gefäßintervention) enthält und das Alter des Patienten unter 16 Jahren liegt.
- Stationäre Behandlung vor Entbindung. Bei einer Aufenthaltsdauer von der Aufnahme bis zur Entbindung von mindestens 14 Tagen wird der OPS-Code 9-280.2 (Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt, Mindestens 14 bis höchstens 27 Tage) eingefügt. Der Entbindungstag wird aus dem kleinsten OP-Datum aller Prozeduren mit den Codes 5-72*, 9-260 oder 9-261 ermittelt. Ist der Aufenthalt bis zur Entbindung länger als 27 Tage,



wird dennoch Prozedur 9-280.2 eingefügt, da dies von der Gruppierung her keinen Unterschied macht.

- Diagnostische und therapeutische Endoskopie der Gallen- und Pankreaswege bei anatomischer Besonderheit. Dieser Code (1-646 bei diagnostischer, 5-513.p bei therapeutischer Endoskopie) wird hinzugefügt, wenn ein OPS-Code für die Endoskopie und ein ICD-Code für die anatomische Besonderheit, die in der OPS-Definition beschrieben ist, vorhanden sind.
- Anwendung dreidimensionaler und rotordetektierender elektroanatomischer Mappingverfahren im Rahmen der Katheterablation von Herzgewebe bei Rhythmusstörungen. Die Codes 8-835.8, 8-835.g und 8-835.j waren bis 2016 reguläre OPS-Codes, die an der 6. Stelle die Lokalisation beschrieben. Sie führten in eine höhere bewertete DRG als die übrigen Codes. Seit 2017 sind die Codes Zusatzcodes und haben keine 6. Stelle mehr. Zusätzlich muss ein OPS aus 8-835.2-, .3-, .4-, a- oder b- für die Art der Ablation und die Lokalisation codiert werden. Die höher bewertete DRG wird nur durch die Kombination beider erreicht. Das Mapping nach Kapitel 3.1 liefert nur den Zusatzcode, nicht aber den Basiscode. Dieser (8-835.34) wird durch die hier beschriebene Regel hinzugefügt, wenn nicht schon ein Basiscode vorhanden ist.

3.6 Korrektur des Entlassungsgrundes

Da in G-DRG 2019 der Entlassungsgrund zwei- oder dreistellig mit führender Null angegeben werden muss, wandelt case20 andere Formate in das benötigte Format. In Abhängigkeit vom Format der Ausgangsdatei wird unterschiedlich gewandelt. Dies wird mit Hilfe des Parameters EGRFORMAT in der ini-Datei beschrieben:

- ist EGRFORMAT = 2, bedeutet dies, dass die Eingangsdatei den Entlassungsgrund zweistellig enthält. Alle einstelligen Werte werden in zweistellige mit führender Null umgewandelt.
- Ist EGRFORMAT = 3, bedeutet dies, dass die Eingangsdatei den Entlassungsgrund dreistellig enthält. Alle zweistelligen Werte werden in dreistellige mit führender Null umgewandelt. Der Grouper benutzt davon nur die ersten zwei Stellen.
- Ist EGRFORMAT = 4, wird eine automatische Erkennung des tatsächlich gewünschten Wertes angestrebt. case20 wandelt die Werte folgendermaßen:

Eingangswert	Ausgangswert
1	01
2	02
3	03
4	04
5	05
6	06
7	07
8	08
9	09
10	10
11	011 (nicht 11)
12	012 (nicht 12)



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

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

3.7 Erkennung leerer Einträge im Feld Aufnahmegewicht

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

Deshalb wird in den Fällen, in denen dieses Feld leer ist, der Wert auf 0 gesetzt.

3.8 Prüfung des Alters in Tagen

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

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



3.9 Ausgabe von Zusatzentgelten

Um für die Budgetverhandlungen 2020 auch voraussichtliche Zusatzentgelte zu kalkulieren oder für Fälle aus 2020 die abrechenbaren Zusatzentgelte zu ermitteln, erzeugt case20 für die Zusatzentgelte, die sich aus den OPS-Codes ergeben, eine eigene Datei case20ze.txt. Diese befindet sich im Basisverzeichnis und kann anschließend mit Excel oder einem anderen Programm weiterverarbeitet werden. Für jedes mögliche Zusatzentgelt wird eine Zeile ausgegeben. Eine Zeile hat folgenden Aufbau:

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

Die Felder sind, wenn §21-Format verarbeitet wird, durch Semikolon getrennt, bei frei konfigurierbarem Format durch das im Abschnitt FT der Konfigurationsdatei angegebene Zeichen; bei Format mit fester Zeilenlänge werden alle Felder ohne Trennzeichen aneinandergereiht, wobei jedes Feld eine feste Länge hat und mit Blanks aufgefüllt wird. Der Einzelbetrag ist nur bei Zusatzentgelten nach Anlage 2 (und 5) der FPV 2020 angegeben, bei krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelten nach Anlage 4 (und 6) ist er leer. Im ersten Fall wird als Dezimaltrennzeichen das Komma ausgegeben, es sei denn, die Konfigurationsdatei des frei konfigurierbaren Formats enthält im Abschnitt KONF ein anderes Zeichen. Das Feld OPS1 gibt den ersten OPS-Code im Fall wieder, der das Zusatzentgelt auslöst. Erfordert ein Zusatzentgelt 2 OPS-Codes, enthält das Feld OPS2 den zweiten maßgeblichen Code.

Da nicht für alle Zusatzentgelte 2020 auch 2019 ein passender OPS-Code zur Verfügung steht, werden in der Zielversion 2019 nur die Zusatzentgelte erfasst, deren OPS-Code 2020 auch 2019 existiert oder sich mappen lässt. In der Version 2020 werden dagegen alle Zusatzentgelte erfasst, für die ein OPS definiert ist.

Wenn der Fall nach DRG abgerechnet wird, gibt case20 Zusatzentgelte für aG-DRG aus. Wenn er dagegen nach BPfIV abgerechnet wird, erzeugt case20 Zusatzentgelte für PEPP.

Die Anzahl ergibt sich jeweils aus der Anzahl passender OPS-Codes im Fall. Nur Zusatzentgelte, für die sich eine Anzahl von mindestens 1 ergibt, werden ausgegeben. Der Schwellenwert für die ZE 2020-137, ZE 2020-138 und ZE 2020-139 wird nicht berücksichtigt, da keine krankenhausindividuellen Entgeltbeträge bekannt sind. Da die ZE162 und ZE163 von der DRG des Falls abhängig sind, wird bei CaseCheck ohne plus stets ZE162 generiert, wenn der OPS-Code vorhanden ist.

3.10 Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen bei DRG-Fällen

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

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



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

IKKH x	9	1	IK des Krankenhauses
FALL x	15	1	Fallnummer
VNUM x	15	1	Patientennummer

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

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

Die FPV sieht eine unterschiedliche Behandlung von Rückverlegungen und Wiederaufnahmen vor. case20 berücksichtigt nur die Wiederaufnahmen, weil Rückverlegungen auf Basis von §21-Daten und Benchmark-Daten nicht sicher erkennbar sind.

case20 erkennt die Wiederaufnahmen wie folgt:

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

Die Speicherliste wird nach Patientennummer und Aufnahmetag sortiert. Danach wird für jeden Fall nach Fällen in der Zukunft gesucht, die nach den Bestimmungen der FPV zusammengeführt werden müssen. Da case20 Fälle, die wegen Komplikation zusammengeführt werden, nicht erkennen kann, berücksichtigt es solche Fälle nur, wenn der zeitlich spätere Fall den Aufnahmegrund „07“ = „Wiederaufnahme wegen Komplikationen“ hat.

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

Beim Zusammenfassen zu einem Fall werden folgende Informationen neu versorgt:

- Die Diagnosen aus den Folgefällen werden zum ersten Fall hinzugefügt, doppelte Diagnosen werden entfernt. Die Hautdiagnose bleibt die Hauptdiagnose des ersten Falles.
- Prozeduren aus den Folgefällen werden zum ersten Fall hinzugefügt.
- Fachabteilungen aus den Folgefällen werden hinzugefügt. Für die Lücke(n) wird die Pseudoabteilung 0002 hinzugefügt.



- Der Entlassungstag und der Entlassungsgrund werden auf den Entlassungstag des letzten Folgefalls gesetzt.
- Die Tage der Beurlaubung/ohne Behandlung werden aufsummiert und um die Lücke(n) erhöht.
- Die Beatmungsstunden aller Fälle werden addiert.

3.11 Fallzusammenführung bei psychiatrischen Fällen

Da im Rahmen der Entgeltverhandlungen für PEPP die Fälle eines Krankenhauses aus dem aktuellen Jahr (hier 2019), gruppiert nach PEPP in der Version des zu verhandelnden Jahres (hier 2020) benötigt werden und gerade im psychiatrischen Bereich die Fallzusammenfassung eine wichtige Rolle spielt, bietet case20 auch die Möglichkeit, mehrere psychiatrische Fälle analog zu somatischen (DRG-)Fällen zu einem Fall zusammenzufassen. Die Funktion steht sowohl in case20 als auch in case20 plus zur Verfügung. Da jedoch einige Kriterien, z.B. gleiche Strukturkategorie, einen Grouper erfordern, ist die Fallzusammenführung in case20 plus genauer als in case20.

Der Ablauf ist derselbe wie bei DRG: Während der Prüfungen werden alle psychiatrischen Fälle, deren Entgeltbereich = PSY ist, mit den Feldern IK, Fallnummer, Patientenummer, Aufnahmezeitpunkt, Entlassungstag und Aufnahmegrund in eine Speicherliste, die separat von der für DRG-Fälle ist, eingetragen. Diese Speicherliste wird anschließend nach Patientenummer und Aufnahmezeitpunkt sortiert. Danach wird für jeden Fall nach Fällen in der Zukunft aus demselben Krankenhaus gesucht, der folgende Kriterien erfüllt

- Gleicher Aufnahmezeitpunkt (voll- oder teilstationär)
- Differenz Aufnahmezeitpunkt neuer Fall – Entlassungstag aktueller Fall weniger als 14 Tage
- Differenz Aufnahmezeitpunkt neuer Fall – Aufnahmezeitpunkt aktueller Fall weniger als 90 Tage
- Gleiche Strukturkategorie, wenn die Fälle aus dem gleichen Jahr stammen
- Bewertete PEPP für beide Fälle
- Die Fälle stammen aus dem gleichen Jahr

Wenn die Kriterien erfüllt sind, wird aus mehreren Fällen 1 Fall erzeugt, dessen Daten wie in Punkt 3.10 beschrieben ermittelt werden.

Wenn die Option PRZERLEGEN gesetzt ist, werden zusammengefasste Fälle, die die Pseudo-Fachabteilung 0001 oder 0002 enthalten vor der Verarbeitung in die Einzelfälle zerlegt, mit CaseCheck bearbeitet und anschließend wieder neu zusammengefasst. Dies ist nützlich, wenn sich die Zusammenfassungskriterien gegenüber dem Vorjahr ändern. Die Einzelfälle erhalten als internes Kennzeichen das des zusammengefassten Falls plus `<n>` mit n = laufende Nummer des Einzelfalls.

3.12 Fallsplit bei psychiatrischen Dialysepatienten

Für Patienten aus psychiatrischen Fällen, die während des Krankenhausaufenthaltes dialysiert werden, müssen nach PEPPV 2020 zwei Fälle angelegt werden: ein psychiatrischer nach PEPP ohne die Dialyse und ein somatischer, teilstationärer nach G-DRG, der die Dialyse enthält.



case20 splittet psychiatrische Fälle, die eine Prozedur für Dialyse enthalten, in einen psychiatrischen Fall ohne die OPS-Codes für Dialyse und einen zusätzlichen Fall mit der Dialyse. Dieser enthält

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

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

3.13 Ausgabedatei

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

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



16	Abschlagstage Kurzlieger vorher	
17	Abschlagstage Kurzlieger nachher	
18	Abschlag Verlegungen vorher	
20	Abschlag Verlegungen nachher	
21	Effektivgewicht vorher	
22	Effektivgewicht nachher	

Die Funktion ist nur in case20 plus verfügbar.

4 Verarbeitungsprotokoll

Alle Veränderungen werden in der Datei **case20.log** fallbezogen protokolliert.

Alle Hinweise werden in der Datei **case20h.log** fallbezogen protokolliert. Dies gilt sowohl für Hinweise aus der dafür vorgesehenen Prüfung als auch für ungültige Diagnosen- und Prozedurencodes, die sich nicht mappen lassen. Fälle mit Hinweisen sollten manuell kontrolliert werden, da hier keine automatische Änderung möglich ist.

In der Datei **case20stat.log** ist darüber hinaus eine Zusammenfassung der Änderungen zu finden.

In der Datei **case20ze.txt** werden die möglichen abrechenbaren Zusatzentgelte ausgegeben.

Alle vier Dateien werden im Basisverzeichnis (Standard = C:\Programme\case20) angelegt und bei jedem Aufruf überschrieben. Sie können im Dialogprogramm mit Hilfe des Menüpunkts "Protokolle" angesehen werden.

5 einstellbare Parameter und Konfiguration der Eingangsformate

5.1 einstellbare Parameter

In der Parameterdatei (Standard = case20.ini) können folgende Parameter eingestellt werden:

Parameter	Werte/ Standard	Beschreibung
ICDVERS	2019, 2020 2019	ICD-/OPS Version 2019 = ICD und OPS von 2019 2020 = ICD und OPS von 2020
PRHDIAU	J,N N	Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen aktiviert J=Ja, N=Nein
IHDIA	J,N N	Versorgung der Hauptdiagnose, auch wenn die Ersatzdiagnose nicht als Nebendiagnose vorhanden ist. J=Ja, N=Nein
PRHDIAP	J,N N	Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur aktiviert J=Ja, N=Nein
PRHDIAN	J,N J	Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose aktiviert J=Ja, N=Nein



PROPSDX	J,N N	Einfügen neuer Prozeduren (stationäre Behandlung bei erfolgter Aufnahme auf die Warteliste vor Organtransplantation) in Abhängigkeit von einer Diagnose aktiviert J=Ja, N=Nein
PROPSDIAH	J,N N	Einfügen neuer Prozeduren in anderen Fällen (2010 Hybridchirurgie bei Kindern) aktiviert J=Ja, N=Nein
PREGR	J,N N	Umwandlung des Entlassungsgrundes aktiviert J=Ja, N=Nein
EGRFORMAT	2,3,4 0	Art der Umwandlung des Entlassungsgrundes 2 = einstellig auf zweistellig mit führender Null 3 = zweistellig auf dreistellig mit führender Null 4 = optimiert
PRLEER	J,N N	Umwandlung leerer Felder 1-Belegungstag und Aufnahmegewicht in 0 aktiviert J=Ja, N=Nein
PRALERTAGE	J,N N	Prüfung des Alters in Tagen aktiviert J=Ja, N=Nein
PRZE	J,N N	Prüfung auf Zusatzentgelte aktiviert J=Ja, N=Nein
PRSPPLITDIA	J,N N	Prüfung auf Fallsplit bei psychiatrischen Dialysepatienten J=Ja, N=Nein
PRZUSAMMENF	J,N N	Prüfung auf Zusammenfassung von DRG-Fällen aktiviert J=Ja, N=Nein Nur CaseCheck plus
PRZUSAMMENFPSY	J,N N	Prüfung auf Zusammenfassung von psychiatrischen Fällen aktiviert J=Ja, N=Nein
PRZERLEGEN	J,N N	Zerlegen zusammengefasster Fälle in Einzelfälle für die Zusammenfassung nach G-DRG oder PEPP J=Ja, N=Nein
AUSGABEDATEI	<i>Dateipfad</i>	Name (Pfad) der Ausgabedatei für Gruppierungs- und Zusammenfassungsinformation pro Fall Leer = nicht ausgeben Nur CaseCheck plus

5.2 Liste der Dateien für case20

Folgende Dateien benötigt case20. Sie müssen im Casecheck-Verzeichnis vorhanden sein. Die Datei case20.dll kann in das Systemverzeichnis gelegt werden.

Beschreibung	Datei
DLL mit Verarbeitungsfunktionen für CaseCheck	case20.dll
Hauptprogramm	case20b.exe
Dialogoberfläche	case20vb.exe
Datei mit den einstellbaren Parametern für CaseCheck	case20.ini
Liste aller ICD-Schlüssel aller Versionen mit Angabe terminal/nicht terminal und Mapping auf terminale Schlüssel bei nicht terminalen Schlüsseln	ticdver.txt
Liste aller OPS-Schlüssel aller Versionen mit Angabe terminal/nicht terminal und Mapping auf terminale Schlüssel bei nicht terminalen Schlüsseln	topsver.txt
Liste der ICD-Schlüssel, die innerhalb derselben	ticd-18.txt



Version gemappt werden	ticd-19.txt
Liste der optionalen OPS-Schlüssel, die zum Gruppieren in amtliche gemappt werden	tops-19.txt (leer) tops-20.txt (leer)
Daten für die Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen	thdiau-19.txt thdiau-20.txt
Daten für die Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Prozedur	thdiap-18-19.txt thdiap-19-20.txt
Daten für die Prüfung auf Hauptdiagnose in Abhängigkeit von einer Nebendiagnose	thdian-18.txt thdian-19.txt
Daten für die Einfügung neuer OPS-Schlüssel in Abhängigkeit von einer Diagnose	topsdx-18-19.txt topsdx-19-20.txt
Daten für die Ausgabe eines Hinweises	topsdiah-18-19.txt topsdiah-19-20.txt
Liste der Diagnosen für Neugeborene unter 1 Jahr	tdiane-18.txt tdiane-19.txt
Liste der Indikationen (Diagnosen) für Dialyse	ticddialyse-19.txt ticddialyse-20.txt
Liste der Prozeduren für Dialyse	topsdialyse-19.txt topsdialyse-20.txt
Daten OPS-Bedingungen für Zusatzentgelte	tzebedding-19.txt oder tzebeddingplus-19.txt tzebedding-20.txt oder tzebeddingplus-20.txt
Konfigurationsdatei zur Gruppierung im Rahmen der Zusammenführung von Wiederaufnahmen	inek.ini

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

5.3 Konfiguration der Eingangsformate

Die Konfiguration der Eingangsdatensätze wird in einer Datei hinterlegt.

Die Konfigurationsdatei enthält die Abschnitte:

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

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

Trenner	Beschreibung	Optional bei Format mit
---------	--------------	-------------------------



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

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

- Feldtoken: eindeutiger Feldname/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
* wenn die Anzahl variabel ist und die Elemente durch den Wiederholungstrenner getrennt werden
- Format bei Datumsfeldern

Beispiel:

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

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

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

Derzeit wird nur die Parameter DEZT und IGDR ausgewertet, alle anderen werden von case20 ignoriert.

Beispiel:

```
KONF
DEZT ,
```



Die Felder werden in folgendem Format erwartet:

Festes Format:

Zeichenfolgen (char) linksbündig ausgerichtet und mit Leerzeichen aufgefüllt

„Huber“ -> „Huber “

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

„1“ -> „001“ oder „ 1“

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

„1,5“ -> „001,50“

„-1,5“ -> „-01,50“

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

Variables Format:

Zeichenfolgen(char) ohne führende oder endende Leerzeichen

Numerische Werte(int) ohne führende Nullen oder Leerzeichen

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

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

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

Gruppen mit Unterelementen:

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

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

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

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

Die Unterelemente können mit folgender Schreibweise konfiguriert werden:

Feld	Start	Länge	Anzahl	Format Beschreibung
------	-------	-------	--------	---------------------



DIA	1	8	200	Diagnosen
DCODE	1.1	6	1	ICD-Code
DLOK	1.2	1	1	Lokalisation
OPS	201	19	200	Prozeduren
OCODE	201.1	8	1	OPS-Code
OLOK	201.2	1	1	Lokalisation
OPDAT	201.3	8	1	JJJJMMTT OP-Datum

Oder bei variabler Anzahl mit Wiederholungstrennern:

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

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

Beispiele:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Folgende Datenfelder können im In-Abschnitt angegeben werden:

Token	Typ	Len	Beschreibung
FALL	int	15	Fallnummer
IKKH	Int	9	IK des Krankenhauses
NKK	Int	9	Nummer der Krankenkasse
GES	char	1	Geschlecht 1 oder M = männlich 2 oder W = weiblich 3 oder I = unbestimmt 9 oder U = unbekannt
GDAT	char	8	Geburtsdatum im angegebenen Format
ALTJ	Int	3	Alter in Jahren
ALTT	Int	3	Alter in Tagen (nur wenn das Alter in Jahren = 0)
ATAG	char	8	Aufnahmetag im angegeben Format
AZEI	char	4	Aufnahmeuhrzeit Format = HHMM



ETAG	char	8	Entlassungstag im angegebenen Format
EZEI	char	4	Entlassungsuhrzeit Format = HHMM
EGV	int	1	Version des Entlassungsgrundes 1 = deutsche Version des Entlassungsgrundes (Stellen 1+2)
EGR	char	2	Entlassungsgrund 01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 16 = externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG 18 = Rückverlegung 19 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 = Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 = Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
VWD	int	4	Verweildauer in Tagen
TF	char	1	Tagesfall 1 = Tagesfall 0 = kein Tagesfall
AGW	long	5	Aufnahmegewicht in Gramm
KBE	int	4	Dauer der maschinellen Beatmung in Stunden
FR	char	1	Status der psychiatrischen Zwangseinweisung 1 = unfreiwilliger Aufenthalt, 2 = freiwilliger Aufenthalt bei Nichtangabe: Standard = 2
TOB	int	4	Tage ohne Berechnung = Urlaubstage
UVWD	int	4	unzulässige Verweildauer wird 2003 wie Tage ohne Berechnung behandelt



			wird 2004 nicht mehr zur Berechnung der Urlaubstage benutzt und sollte daher nicht mehr verwendet werden
DIAV	char	3	Version der Diagnoseschlüssel -1 = ICD10 V1.3 -2 = ICD10 V2.0 -3 = ICD10 GM Version 2004 -4 = ICD10 GM Version 2005 -5 = ICD10 GM Version 2006 -6 = ICD10 GM Version 2007 -7 = ICD10 GM Version 2008 -8 = ICD10 GM Version 2009 -9 = ICD10 GM Version 2010 -10=ICD10 GM Version 2011 -11=ICD10 GM Version 2012 -12=ICD10 GM Version 2013 -13=ICD10 GM Version 2014 -14=ICD10 GM Version 2015 -15=ICD10 GM Version 2016 -16=ICD10 GM Version 2017 -17=ICD10 GM Version 2018 -18=ICD10 GM Version 2019 -19=ICD10 GM Version 2020 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
ADIA	char	5	Aufnahmediagnose
DIA	char	Je 5	Diagnosen (wiederholbar) als Gruppe
DCODE	char	Je 5	ICD-Code der Diagnose
DLOK	char	Je 1	Lokalisation der Diagnose G = gesicherte Diagnose V = Verdachtsdiagnose A = Ausgeschlossene Diagnose Z = symptomloser Zustand
DSICH	char	Je 1	Diagnosesicherheit
DAKT	char	1	Diagnose ist aktiv J = ja N = nein
OPSV	char	3	Version der OPS-Schlüssel -1 = OPS V1.1 -2 = OPS V2.0 -3 = OPS V2.1 -4 = OPS Version 2004 -6 = OPS Version 2006 -7 = OPS Version 2007 -8 = OPS Version 2008 -9 = OPS Version 2009 -10=OPS Version 2010 -11=OPS Version 2011



			-12=OPS Version 2012 -13=OPS Version 2013 -14=OPS Version 2014 -15=OPS Version 2015 -16=OPS Version 2016 -17=OPS Version 2017 -18=OPS Version 2018 -19=OPS Version 2019 -20=OPS Version 2020 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
OPS	char	Je 17- 19	Prozeduren (wiederholbar) als Gruppe Eine Prozedur besteht aus OPS-Code, Lokalisation und OP Tag, jeweils durch mit Doppelpunkt getrennt, z.B. 553643:L:20060907 Das Format des OP-Tages muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen
OCODE	char	Je 8	OPS-Code der Prozedur
OLOK	char	je 1	Lokalisation der Prozedur <leer> = keine Lokalisation L = links R = rechts B = beidseitig
OPDAT	char	8	Operationsdatum Das Format des OP-Tages muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen
DOP	char	8	Datum der ersten Operation
EENT	Char	je 8	Erfasste Entgelte (wiederholbar) als Gruppe
EESCH L	char	Je 8	Entgeltschlüssel
EENV	char	Je 8	Abrechnungstag von Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen
EENB	char	Je 8	Abrechnungstag bis Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen
EENA	Int	Je 3	Entgeltanzahl
EETOB	Int	Je 3	Tage ohne Berechnung für das Entgelt
EEKGW	float	Je 6,4	Kostengewicht des Entgeltes, sofern vorhanden
EENBE	float	Je 6,2	Entgeltbetrag
ENTD	char	je 33	Daten zu den Entgelten (wiederholbar) - Abrechnung von JJJJMMTT 8 Stellen - Abrechnung bis JJJJMMTT 8 Stellen



			- Anzahl 3 Stellen - TOB 3 Stellen - Betrag 8,2 = 11 Stellen Statt ENTD sollte EENT verwendet werden
FBTR	float	8,2	Fallkosten
ZBTR	float	4,4	Zuzahlungsbetrag
WKZ	char	3	Währungskennzeichen
FAB	char	je 4	Fachabteilungen (wiederholbar) als Gruppe
FSCHL	char	Je 4	Fachabteilungsschlüssel
FADAT	Char	Je 8	Aufnahmetag in die Fachabteilung Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen
FEDAT	Char	Je 8	Entlassungs- oder Verlegungstag aus der Fachabteilung Das Format muss angegeben werden und das Datum diesem Format entsprechen
DRG	char	4	DRG (falls bereits als Vergleichswert vorhanden)
STA	char	1-2	Kennzeichen für das Land oder Bundesland, in dem das Krankenhaus liegt
KTYP	char	1	Krankenhaustyp
FL01 ... FL40	char	1- 128	beliebiges Feld, das in den Eingabedaten vorkommt, aber für die Gruppierung nicht benötigt wird
GRPV	int	2- 10	Version des Groupers 1.0 = G-DRG Version 1.0 2004 = G-DRG Version 2004 2005 = G-DRG Version 2005 2006 = G-DRG Version 2006 2005/07 = G-DRG Version 2005/07 2006/07 = G-DRG Version 2006/07 2007 = G-DRG Version 2007 2006/08 = G-DRG Version 2006/08 2007/08 = G-DRG Version 2007/08 2008 = G-DRG Version 2008 2007/09 = G-DRG Version 2007/09 2008/09 = G-DRG Version 2008/09 2009 = G-DRG Version 2009 2008/10 = G-DRG Version 2008/10 2009/10 = G-DRG Version 2009/10 2010 = G-DRG Version 2010 2009/11 = G-DRG Version 2009/11 2010/11 = G-DRG Version 2010/11 2011 = G-DRG Version 2011 2010/12 = G-DRG Version 2010/12 2011/12 = G-DRG Version 2011/12 2012 = G-DRG Version 2012 2011/13 = G-DRG/PEPP Version 2011/13 2012/13 = G-DRG/PEPP Version 2012/13



			2013 = G-DRG/PEPP Version 2013 2012/14 = G-DRG/PEPP Version 2012/14 2013/14 = G-DRG/PEPP Version 2013/14 2014 = G-DRG/PEPP Version 2014 2013/15 = G-DRG/PEPP Version 2013/15 2014/15 = G-DRG/PEPP Version 2014/15 2015 = G-DRG/PEPP Version 2014 2014/16 = G-DRG/PEPP Version 2014/16 2015/16 = G-DRG/PEPP Version 2015/16 2016 = G-DRG/PEPP Version 2016 2015/17 = G-DRG/PEPP Version 2015/17 2016/17 = G-DRG/PEPP Version 2016/17 2017 = G-DRG/PEPP Version 2017 2016/18 = G-DRG/PEPP Version 2016/18 2017/18 = G-DRG/PEPP Version 2017/18 2018 = G-DRG/PEPP Version 2018 2017/19 = G-DRG/PEPP Version 2017/19 2018/19 = G-DRG/PEPP Version 2018/19 2019 = G-DRG/PEPP Version 2019 2018/20 = aG-DRG/PEPP Version 2018/20 2019/20 = aG-DRG/PEPP Version 2019/20 2020 = aG-DRG/PEPP Version 2020 übersteuert den Wert im Abschnitt KONF
FTYP	int	2	Abteilungstyp (1 – 6) 1 = Hauptabteilung 2 = Hauptabteilung mit Beleghebamme 3 = Belegoperator 4 = Belegoperator und Beleganästhesist 5 = Belegoperator und Beleghebamme 6 = Belegoperator, Beleganästhesist und Beleghebamme 7 = Versorgung durch teilstationär 8 = Honorarvertrag mit Belegärzten
VEFA	char	1	Verlegefall 1 oder K oder V = Verlegefall sonstiger Wert = kein Verlegefall Ist das Feld auf 1 gesetzt, wird der Fall wie eine Rückverlegung behandelt, also sowohl eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus als auch in ein anderes Krankenhaus: Der Fall wird gruppiert, als ob das Feld Aufnahmeanlass = ‚V‘ gesetzt wäre. Außerdem wird ein Abschlag wegen Verlegung oder – bei Verlegungspauschalen – wegen Unterschreitung der UGVD generiert
STFK	float	8,2	Basisfallwert des Krankenhauses zum Aufnahmetag des Falls. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt
STFZ	float	6,2	Prozentualer Zu- oder Abschlag auf den Basisfallwert für Erlösausgleiche Dezimaltrennzeichen ist der Punkt Die Eingabe ist in Prozent, z.B. 9.5 = 9,5% Positiver Wert bedeutet ein Zuschlag, negativer Wert ein



			Abschlag
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. Stelleals 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 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	Aufnahmearlass 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
NAME	char	30	Nachname des Patienten



VORN	char	30	Vorname des Patienten
PLZ	char	5	Postleitzahl des Patienten, evtl. nur die ersten Ziffern als Postleitzahlbereich
GJAHR	int	4	Geburtsjahr des Patienten
EMR	int	1	Bezug von Erwerbsminderungsrente (für Morbi-RSA) 1 = Patient bezieht Erwerbsminderungsrente für mindestens 183 Tage im aktuellen Jahr 0 = Patient bezieht keine Erwerbsminderungsrente
MDIA	int	1	Dialysekennzeichen für Morbi-RSA 1 = Dialysepatient 0 = kein Dialysepatient
VOTA	int	3	Anzahl vorstationärer Tage
VOBB	char	8	Beginn der vorstationären Behandlung im angegebenen Format
NATA	int	3	Anzahl nachstationärer Tage
NABE	char	8	Ende der nachstationären Behandlung im angegebenen Format
ABR	int	1	Abrechnungsart 1 = DRG 2 = besondere Einrichtung DRG 3 = BPIfV oder PEPP (Pyschatrie)
FZUG	char	2	Fallzusammenführungsgrund Leer = keine Fallzusammenführung OG = Wiederaufnahme wegen gleicher Basis-DRG MD = Wiederaufnahme wegen Diagnostik und Operation KO = Wiederaufnahme wegen Komplikation RU = Rückverlegung WR = Kombinierte Fallzusammenführung MF = Fallzusammenführung nach FPV von mehr als zwei Fällen mit mehr als einem Fallzusammenführungsgrund ohne Rückverlegung
IKVK	int	9	IK des verlegenden Krankenhauses
EBR	char	3	DRG = DRG-Entgeltbereich PSY = Psych-Entgeltbereich (BPfIV oder PEPP) PIA = PIA-Entgeltbereich
STTK	float	8,2	Basisentgeltwert des Krankenhauses für PEPP zum Aufnahmetag des Falls. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt
VID	char	10	Krankenversicherten-Nummer (Versicherten-ID)
EFAB	char	4	Schlüssel der entlassenden Fachabteilung
WOH	char	35	Wohnort des Patienten
KMO	Int	1	Kennzeichen Modellvorhaben 1 = Modellvorhaben
MRSV	Int	4	Morbi-RSA-Version
IVWD	float	6,2	Verweildauer Intensivbehandlung, auf Vierteltage gerundet
ESTO	char	2	Entlassender Standort
STPK	float	8,2	Pflegeentgeltwert zum Aufnahmetag des Falls. Dezimaltrennzeichen ist der Punkt



Für case20 sind nur die Felder IKKH, FALL, AGW, AANL, EGR, TF, DIAV, DIA, OPSV, OPS und FAB von Bedeutung sowie zusätzlich das Feld EBR oder ABR. Die übrigen Felder können aus Gründen der Kompatibilität mit anderen Programmen angegeben werden. Enthält die Datei andere Felder, so können diese mit den Feldnamen FL01 bis FL20 bezeichnet oder, sofern sie sich nicht am Ende des Datensatzes befinden, in der Beschreibung weggelassen werden.

Folgende Datenfelder können im KONF-Abschnitt angegeben werden:

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

Alle anderen Felder im KONF-Abschnitt können vom Grouper übernommen werden, werden aber von case20 nicht ausgewertet. Wird DEZT weggelassen, wird standardmäßig das Komma als Dezimaltrennzeichen angenommen.

5.4 Test- und Muster-Konfigurationsdateien

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

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