



Validierung von Diagnose- und Prozedurkodierung

Nürnberg, 20.03.2024

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen.....	3
2	Funktionsweise von CoCheck	5
3	Batchverarbeitung und Eingangsdaten.....	8
4	Fallerfassung und Prüfung aus dem Dialogprogramm GetDRG.....	11
4.1	Prüfung aus dem Dialogprogramm.....	11
4.1.1	CoCheck Suche	14
4.1.2	Auswertung ambulantes Potential.....	16
4.2	Batchverarbeitung aus dem Dialogprogramm	18
5	Konfiguration der Eingangsdatensätze.....	19
6	CoCheck unter Linux.....	19
7	Erstellen benutzerdefinierter Regeln	21
7.1	Feldbeschreibung.....	28

1 Grundlagen

Ab dem 1. Januar 2003 wurde die Krankenhausabrechnung aufgrund gesetzlicher Änderungen von einer tagesorientierten Vergütung auf eine leistungsorientierte und pauschalierte Vergütung umgestellt. Diese Umstellung basiert auf den sogenannten German Diagnosis Related Groups (G-DRG).

Die Einteilung eines Krankheitsfalls in eine DRG erfolgt in erster Linie aufgrund der gestellten Diagnosen und der durchgeführten medizinischen Eingriffe (Prozeduren). Zusätzlich fließen einige fall- und patientenbezogene Merkmale wie Alter, Verweildauer, Aufnahmegrund, Aufnahmeanlass, Entlassungsgrund, Beatmungstunden und - bei Neugeborenen - das Geburtsgewicht in die Gruppierung ein. Die Logik der DRG-Einteilung wird jährlich aktualisiert.

Die präzise Codierung von Diagnosen und Prozeduren ist von entscheidender Bedeutung für die Erlöse des Krankenhauses. Besonders die Auswahl der Hauptdiagnose spielt eine bedeutende Rolle, da sie für die Zuordnung des Falls zu den Hauptdiagnosegruppen (MDC) verantwortlich ist. Auch die Nebendiagnosen können über das Patient Clinical Complexity Level (PCCL) Einfluss auf die Fallgruppierung nehmen. Immer mehr hängt die Fallgruppierung auch von den codierten Prozeduren ab.

Insbesondere bei Diagnosen und Prozeduren, die nicht eindeutig mit einem einzelnen Code abgedeckt werden können, aber auch in anderen Fällen, können Probleme bei der Auswahl und Reihenfolge der Codes auftreten. Die richtigen Anwendungsregeln finden sich in den Definitionen der Diagnose- und Prozedurcodes des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sowie in den Deutschen Kodierrichtlinien, die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband verabschiedet werden. Weitere Kodierempfehlungen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und den Fachgesellschaften herausgegeben.

Aufgrund der jährlichen Umstellungen ergeben sich jedes Jahr neue Kodierrichtlinien und Codes, die für die korrekte Fallgruppierung von Bedeutung sind. Dies führt zu einem umfangreichen Regelwerk, das in der Praxis ohne Unterstützung durch spezielle Software nur schwer umzusetzen ist.

CoCheck unterstützt Sie bei der korrekten Kodierung. Es überprüft die vorhandene Codierung eines Falls auf mögliche Unstimmigkeiten und fehlende Codes anhand des Regelwerkes.

Die Prüfungen von **CoCheck** umfassen:

- Prüfung auf unzulässige Hauptdiagnosen
- Überprüfung der korrekten Reihenfolge der Diagnosen
- Prüfung auf ausgeschlossene Kombinationen von Diagnosen und Prozeduren
- Überprüfung fehlender Kreuz-Stern-Diagnosekombinationen
- Prüfung auf Basiscode für als Zusatzcodes deklarierte ICD- und OPS-Codes

- Prüfung der Plausibilität von Diagnosen bei Prozeduren, die Medikamente beschreiben oder Diagnosen im Text enthalten
- Überprüfung der korrekten Codierung der Diagnosen bei Tagesfällen
- Prüfung von Diagnosen und Prozeduren gegen Geschlecht, Alter, Entlassungsgrund und Verweildauer
- Prüfung auf Mindestverweildauer bei Prozeduren, für die eine Mindestbehandlungsdauer definiert ist, und bei den Beatmungsstunden
- Prüfung auf Abrechenbarkeit als ambulante Operation oder primäre Fehlbelegung
- Prüfung auf ambulantes Potenzial nach dem IGES-Gutachten 2022 und AOP-Katalog ab 2023
- Prüfung auf Gültigkeit von ICD- und OPS-Codes und fehlende Lokalisationsangaben

Die Grundlage für diese Prüfungen bildet eine Vielzahl von Richtlinien, Regelwerken und Empfehlungen, darunter die deutschen Kodierrichtlinien (DKR), die Prüftabellen des Groupers, die Definitionen der ICD- und OPS-Codes des DIMDI, die Kodierempfehlungen des MDK und weitere. Dabei werden auch Änderungsvorschläge zu ICD- und OPS-Codes sowie Informationen aus dem Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V über ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus berücksichtigt.

CoCheck verfügt über individuelle Prüfregele für jede Version des Groupers und die zugehörigen Kodierrichtlinien. Abhängig davon, mit welcher Version die Fallgruppierung durchgeführt wird, verwendet CoCheck die entsprechenden Prüfregele. Gegenwärtig sind Prüfregele für die Versionen von 2004 bis 2024 verfügbar. Für Zwischenversionen sind keine spezifischen Prüfregele verfügbar.

Diese spezifischen Prüfregele stellen sicher, dass die Kodierung den jeweils aktuellen Anforderungen und Regelwerken entspricht, was die Genauigkeit und Konformität der Abrechnungen weiter verbessert.

CoCheck nutzt, sofern verfügbar, den Grouper, um zu ermitteln, ob aufgrund der Prüffehler eine andere DRG oder andere Zusatzentgelte relevant werden. Sollte sich aufgrund der Prüfungen eine Änderung ergeben, wird diese Information in die Fehlermeldung integriert. Wenn der Grouper nicht zur Verfügung steht, kann diese Information jedoch nicht bereitgestellt werden. Trotzdem bleibt CoCheck in allen anderen Aspekten voll funktionsfähig und unterstützt weiterhin bei der Überprüfung und Verbesserung der Kodierung.

2 Funktionsweise von CoCheck

CoCheck benötigt für die Verarbeitung eines Krankenhausfalls dieselben Informationen wie der Grouper. Wenn Sie CoCheck in Kombination mit GetDRG verwenden, erfolgt zunächst eine Übertragung des Falls an den Grouper. Dieser berechnet gegebenenfalls fehlende Informationen, wie beispielsweise die Verweildauer aus den Angaben zum Aufnahme- und Entlassungstag oder das Alter anhand des Aufnahmedatums und des Geburtsdatums.

Wenn Sie CoCheck ohne den Grouper verwenden, müssen die Informationen zur Verweildauer und zum Alter bereits im Vorfeld festgelegt sein. Ebenso ist die Kenntnis der Version des Groupers erforderlich, damit CoCheck die entsprechenden Prüfregeln auswählen kann.

CoCheck durchsucht die Diagnosen und Prozeduren anhand passender Prüfregeln. Wenn die Konstellation einer Prüfregel erfüllt ist, gibt CoCheck eine Meldung aus. Ob es sich dabei um eine "harte" Meldung handelt, die auf eine absolute Regelverletzung hinweist, oder um eine "weiche" Meldung, die auf eine mögliche Abweichung von einer Regel hinweist, wird allein aus dem Text der Meldung ersichtlich.

In den meisten Fällen, mit Ausnahme der unzulässigen Hauptdiagnosen und der Prüfung auf plausible Diagnosen zu Prozeduren, führt CoCheck eine hypothetische Neugruppierung des Falls durch. Diese Neugruppierung kann aufgrund von Änderungen wie dem Wegfall, der Vertauschung oder dem Ersatz der betroffenen Codes erfolgen. Seit 2023 wird die Korrekturmaßnahme nicht mehr durch die Fehlermeldung bestimmt, sondern durch eine Reihe von Funktionen, die unterschiedliche Maßnahmen beschreiben. CoCheck informiert dabei über die potenzielle Auswirkung dieser Änderungen auf die DRG und die Zusatzentgelte. Es ist wichtig zu beachten, dass der Fall selbst nicht tatsächlich geändert wird.

CoCheck prüft psychiatrische Fälle anhand eigener, in separaten Dateien hinterlegter Prüfregeln. Für die Jahre 2014 bis 2024 können auf Anfrage zusätzliche Prüfregeln als kostenpflichtige Option (CoCheck für PEPP) bereitgestellt werden.

Zusätzlich zu den hinterlegten Prüfregeln sind einige wenige unveränderliche Prüfungen vorhanden, die die Gültigkeit der Codes betreffen. Diese umfassen:

Prüfung	Fehlercode	Fehlertext
Hauptdiagnose kommt nochmals als Nebendiagnose vor	25	Nebendiagnose <> liegt gleichzeitig als Hauptdiagnose vor.
Nebendiagnose kommt mehrfach vor.	24	Nebendiagnose <> kommt mehrfach vor.
Diagnose ist laut Grouper ein ungültiger Code.	32000	Diagnosecode <> ist ungültig.
Prozedur ist laut Grouper ein ungültiger Code.	32001	Prozedurencode <> ist ungültig.
Prozedur hat eine	32002	Prozedurencode <> darf keine

Lokalisation, obwohl keine erforderlich ist.		Lokalisation enthalten.
Prozedur hat keine Lokalisation, obwohl eine erforderlich ist.	32003	Prozedurencode <> erfordert eine Lokalisation.
Datum der Prozedur liegt vor dem Aufnahmetag oder nach dem Entlassungstag des Falls	701	OPS-Datum TT.MM.JJJJ des OPS-Codes <> liegt außerhalb des Behandlungszeitraums vom TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ.
Der Grouper liefert die Fehler-DRG 960Z mit einem Grouper-Status > 0	32011 bis 32019	Eine der folgenden Meldungen: <ul style="list-style-type: none"> • Hauptdiagnose ist ungültig oder fehlt • Diagnosecode ist als Hauptdiagnose nicht zulässig. • Fall entspricht keinem der Kriterien für irgendeine DRG. • Alter ist ungültig. • Geschlecht ist ungültig. • Entlassungsgrund, Aufnahmegrund oder Aufnahmearbeit ist ungültig. • Aufnahmegewicht ist ungültig. • Verweildauer ist ungültig. Aufnahmetag oder Entlassungstag ist ungültig oder der Entlassungstag liegt vor dem Aufnahmetag
Der Fall ist psychiatrisch und die Fachabteilung ist keine psychiatrische (2900 bis 3100 oder 3756) und keine Pseudo-Fachabteilung	101	Fachabteilungsschlüssel <> entspricht keiner psychiatrischen Fachabteilung.

Die Regeln können nach Typen unterschieden werden. Jeder Regeltyp zeichnet sich durch seine eigene Struktur aus. Grundsätzlich besteht eine Regel aus einem 'ersten Code', möglicherweise einem 'zweiten Code' und optional einer weiteren Bedingung. Der zweite Code kann eine reguläre Ausdrucksfolge sein, um eine Gruppe von Codes zu beschreiben. Die Bedingung ist in einer speziellen Syntax verfasst, die einer Programmiersprache ähnelt.

Die folgenden Typen sind für Prüfregeln verfügbar:

Regeltyp	Erster Code	Zweiter Code	Bedingung
B (Bedingung)	Diagnose, Prozedur, aktueller Fall oder Historienfall	-	Die Bedingung muss falsch sein, damit die Nachricht erzeugt wird
U (unzulässige Hauptdiagnose)	Diagnose	-	-

Prüfung der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren



R (Reihenfolge)	(Möglicherweise falsche) Hauptdiagnose	Diagnose, die stattdessen die Hauptdiagnose sein sollte	Wenn eine Bedingung vorliegt, gilt die Regel nur, wenn die Bedingung wahr ist
X (Ausschluss)	Diagnose, Prozedur oder aktueller Fall	Ausgeschlossene Diagnose, Prozedur oder Historienfall	Wenn eine Bedingung vorliegt, gilt die Regel nur, wenn die Bedingung wahr ist
Y (Ausschluss mit zeitlicher Überlappung)	Prozedur	Ausgeschlossene Prozedur; Nur am selben Tag oder innerhalb eines Zeitraums	Wenn eine Bedingung vorliegt, gilt die Regel nur, wenn die Bedingung wahr ist
Z (zwingende Kombination)	Diagnose, Prozedur, aktueller Fall oder Historienfall	Notwendige Diagnose oder Prozedur	Wenn eine Bedingung vorliegt, gilt die Regel nur, wenn die Bedingung wahr ist

3 Batchverarbeitung und Eingangsdaten

In der sogenannten Batchverarbeitung arbeitet CoCheck dateiorientiert. Dabei ist CoCheck in der Lage, sowohl auf §21-Daten (fall.csv, icd.csv, ops.csv und fab.csv) als auch auf frei konfigurierbare Eingangsdateien zuzugreifen, wobei jeder Datensatz einen individuellen Fall repräsentiert.

Im Batch-Modus erstellt CoCheck eine Ausgangsdatei mit fester Struktur, in die für jeden fehlerhaften Fall ein oder mehrere Datensätze eingetragen werden.

Wenn frei konfigurierbare Eingangsdateien verwendet werden, bietet CoCheck die Möglichkeit, den Aufbau des Datensatzes über eine Konfigurationsdatei flexibel anzupassen. Dadurch können bestehende Benchmarking-Dateien mit unterschiedlichen Spaltenstrukturen (beispielsweise 71 Spalten, 120 Spalten oder 99 Spalten) direkt genutzt werden.

Verarbeitung von §21-Daten

Für die Verarbeitung von §21-Daten wird das Programm code21 (code21.exe) mit folgenden Parametern aufgerufen (z. B. aus einer DOS-Eingabeaufforderung):

```
code21 <FALL.CSV inkl. Pfad> <Ausgangsdatei> [Grouper-Version] [-a]
```

Der Parameter Grouper-Version ist optional. Wenn dieser Parameter ausgelassen wird, erfolgt die Gruppierung des Falls gemäß der Version, die am Aufnahmetag gültig ist.

Wenn zusätzlich die Option -a angegeben wird, erstellt CoCheck in der Ausgabedatei für jeden Fall mit Prüffehlern eine zusätzliche Meldung. Diese Meldung enthält die Ergebnisse, die sich aufgrund der durchgeführten Änderungen durch alle betroffenen Prüfregele ergeben.

Beispiel:

Eingangsdateien	= c:\daten\fall.csv, c:\daten\icd.csv, c:\daten\ops.csv c:\daten\fab.csv
Ausgangsdatei	= c:\daten\outfile.txt
Grouper-Version	= 2024
Option	= -a

```
code21 c:\daten\fall.csv c:\daten\outfile.txt 2024 -a
```

Verarbeitung frei konfigurierbarer Eingangsdateien

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

```
codeb <Eingangsdatei> <Ausgangsdatei> <Konfigurationsdatei> [-a]
```

Beispiel:

Eingangsdatei = c:\daten\infile.txt
Ausgangsdatei = c:\daten\outfile.txt
Konfigurationsdatei = c:\cocheck\cocheck71.ini
Option = -a

codeb c:\daten\infile.txt c:\daten\outfile.txt c:\cocheck\cocheck71.ini -a

Der Aufbau der Konfigurationsdatei ist in Kapitel 5 beschrieben. Falls dort keine Grouper-Version enthalten ist, wird der Fall nach der am Aufnahmetag gültigen Version gruppiert.

Die Ausgangsdatei hat in beiden Fällen folgendes Format. Die einzelnen Felder sind durch Semikolon getrennt.

- *IK des Krankenhauses;*
- *KH-internes-Kennzeichen des Versicherten;*
- *Lfd. Nr. der Meldung;*
- *Fehlertext;*
- *Verweis auf Kodierrichtlinien (Regel-Nr. der DKR);*
- *Fehlernummer;*
- *modifizierter Fehlertext für Auswertungen;*
- *Kategorie (s.u.);*
- *DRG-Filter (nicht mehr von Bedeutung);*
- *Ursprüngliche DRG;*
- *Korrigierte DRG;*
- *Ursprüngliches effektives Kostengewicht;*
- *Korrigiertes effektives Kostengewicht;*
- *Ursprünglicher PCCL;*
- *Korrigierter PCCL;*
- *Ursprünglicher Betrag Zusatzentgelte;*
- *Korrigierter Betrag Zusatzentgelte;*
- *Ursprünglicher Betrag Morbi-RSA*
- *Korrigierter Betrag Morbi-RSA*
- *Ursprüngliches Kostengewicht Pflege*
- *Korrigiertes Kostengewicht Pflege*
- *Standort*

Im Feld Verweis auf Kodierrichtlinien sind folgende Quellen möglich:

- Verweis auf die DKR eines bestimmten Jahres mit Angabe der Seite in der entsprechenden.pdf-Datei
- Verweis auf die Kodierempfehlungen des MDK, ab 2016 auf den Stand eines bestimmten Jahres, mit Angabe der Seite in der entsprechenden .pdf-Datei
- Verweis auf die ICD-Definitionen des DIMDI eines bestimmten Jahres mit Angabe der URL und eines Ankers

- Verweis auf die OPS-Definitionen des DIMDI eines bestimmten Jahres mit Angabe der URL und eines Ankers
- Verweis auf die FAQ (häufigen Fragen) zur OPS-Definition

Das Feld Kategorie kann einen der folgenden Werte annehmen:

0 = unerheblicher oder selten vorkommender Prüffehler

1 = sicherer und erlösrelevanter Prüffehler

2 = sicherer, aber nicht erlösrelevanter Prüffehler

3 = potenzieller und erlösrelevanter Prüffehler

4 = potenzieller, aber nicht erlösrelevanter Prüffehler

Die Beträge für den Morbi-RSA errechnen sich aus

- der Grundpauschale pro Versicherten plus
- alters- und geschlechtsspezifischem Zu- oder Abschlag plus
- der Summe der Risikozuschläge der aus den Diagnosen ermitteln Morbiditätsgruppen plus
- dem Zuschlag für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente, sofern dies im Dialog angekreuzt wird plus
- dem Ausgleichsbetrag pro Bundesland

unter der Annahme, dass außer den Diagnosen aus diesem Fall keine weiteren Diagnosen in die Ermittlung eingehen.

Wird im Batchprogramm die Option `-a` spezifiziert, erzeugt CoCheck für jeden Fall, für den mindestens eine Meldung vorhanden ist, eine zusätzliche Zeile mit Fehlernummer 0 und Fehlertext „Neugruppierung nach allen Änderungen“. Diese enthält die DRG, die Zusatzentgelte und den Morbi-RSA-Betrag, die sich auf Grund der Änderungen aus allen betroffenen Prüfregeln ergeben. Das Feld Kategorie erhält den Wert 1, wenn sich die DRG ändert, und 2, wenn sie unverändert bleibt. Diese Variante existiert derzeit nur für die Batchprogramme `codeb` und `code21`, nicht für die Codierprüfung aus dem Dialogprogramm `GetDRG`.

Prüfung der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren



4 Fallerrfassung und Prüfung aus dem Dialogprogramm GetDRG

Zur Fallerrfassung und Prüfung wird die GetDRG-Oberfläche verwendet.

4.1 Prüfung aus dem Dialogprogramm

Mit Hilfe des Dialogprogramms GetDRG können Sie Fälle erfassen, gruppieren und speichern. Zusätzlich können Sie die Codierung des Falls prüfen.

The screenshot shows the GetDRG 19.1.0 software interface. It is divided into several sections:

- Patientendaten:** Includes fields for patient number, name, sex (weiblich), birth date (01.11.1972), and weight.
- Falldaten:** Includes admission date (01.11.2019 00:00), discharge date (04.11.2019 00:00), and stay duration (3 days).
- Diagnosen / Prozeduren:** A table with columns for HDG, ICD, OK, DRG, CCL, Bezeichnung, Lokal, and aktiv. It lists diagnoses like 'Bösartige Neubildung der Schilddrüse' and 'Benigne essentielle Hypertonie: Ohne A...'. There are green and red status indicators.
- Operationsdaten:** A table with columns for OPS, OK, DRG, OR, Bezeichnung, Lokal, OP Tag, and aktiv. It lists procedures like 'Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisa...' and 'Applikation von Medikamenten, Liste...'. There are green and red status indicators.
- DRG Summary:** Shows 'Hauptgruppe MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten', 'Gruppe DRG K64D Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne...', and 'Gruppenstatus 00 normale Gruppierung'.
- CoCheck:** A table with columns for OK and DRG, and rows for various patient attributes like 'Alter', 'Geschlecht', 'Verweildauer', 'Entlassungsgrund', and 'Aufnahmegewicht'.

Um einen Fall mit CoCheck zu überprüfen, müssen Sie zunächst die gleichen Informationen eingeben, die erforderlich sind, um den Fall zu gruppieren.

Durch Auswahl des Reiters ' CoCheck' können Sie die Prüfung starten, und die Ergebnisse von CoCheck werden Ihnen nach einem kurzen Moment angezeigt:

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	

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.

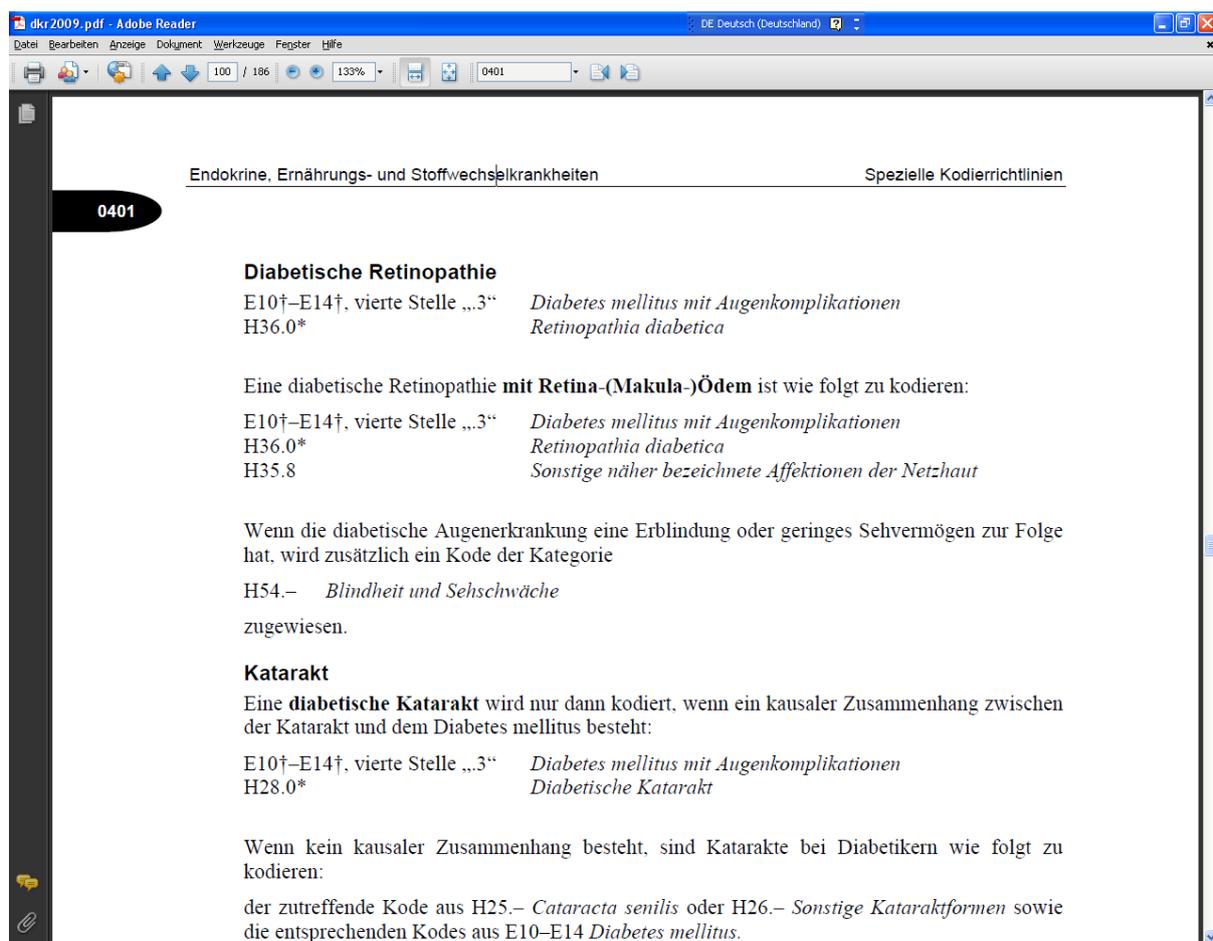
Nachdem der CoCheck Reiter abgepinnt wurde, kann dieser mit dem  Button oder durch schließen des extra Dialoges, wieder an die Hauptmaske angepinnt werden.

Im Prüfergebnisdialog werden neben einem Hinweistext folgende Informationen angezeigt:

- Quelle, aus der die Prüfung stammt
- DRG, PCCL, Kostengewicht und Kostengewicht Pflege vor und nach der Änderung
- Gesamtbetrag der Zusatzentgelte vor und nach der Änderung
- Gesamtbetrag Morbi-RSA vor und nach der Änderung
- Gesamtbetrag der Entgelthöhe vor und nach der Änderung

Zur leichteren Unterscheidung werden die Ergebnisse untereinander dargestellt. Der obere Wert entspricht den aktuell eingetragenen Falldaten und der untere dem von CoCheck berechneten Ergebnis.

Im Prüfergebnisdialog haben Sie die Möglichkeit, nach Auswahl eines Fehlers über eine Schaltfläche direkt zur entsprechenden Stelle in der Quelle zu gelangen. Dies ermöglicht es beispielsweise, direkt auf die Website des DIMDI mit den entsprechenden ICD- oder OPS-Codes zu springen oder sich die Kodierrichtlinien anzeigen zu lassen.



Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten Spezielle Kodierrichtlinien

0401

Diabetische Retinopathie
E10†–E14†, vierte Stelle „,3“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H36.0* *Retinopathia diabetica*

Eine diabetische Retinopathie **mit Retina-(Makula-)Ödem** ist wie folgt zu kodieren:
E10†–E14†, vierte Stelle „,3“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H36.0* *Retinopathia diabetica*
H35.8 *Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut*

Wenn die diabetische Augenerkrankung eine Erblindung oder geringes Sehvermögen zur Folge hat, wird zusätzlich ein Code der Kategorie
H54.– *Blindheit und Sehschwäche*
zugewiesen.

Katarakt
Eine **diabetische Katarakt** wird nur dann kodiert, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen der Katarakt und dem Diabetes mellitus besteht:
E10†–E14†, vierte Stelle „,3“ *Diabetes mellitus mit Augenkomplikationen*
H28.0* *Diabetische Katarakt*

Wenn kein kausaler Zusammenhang besteht, sind Katarakte bei Diabetikern wie folgt zu kodieren:
der zutreffende Code aus H25.– *Cataracta senilis* oder H26.– *Sonstige Kataraktformen* sowie die entsprechenden Codes aus E10–E14 *Diabetes mellitus*.

Hinweis: Zur Anzeige des Originaltexts der Deutschen Kodierrichtlinien ist der Acrobat Reader erforderlich, der zusammen mit CoCheck ausgeliefert wird. Um die DIMDI-Website anzuzeigen, ist ein Webbrowser und eine Internetverbindung erforderlich.

Die Gruppierungsergebnisse und das Prüfergebnis können mit GetDRG ausgedruckt werden.

Prüfung der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren



Seitenansicht

GetDRG 19.1.0 1

Schlüssel	Bezeichnung	Anzahl	Einzelbetrag	Gesamtbetrag	KGW
47100024	Pflegezuschlag nach § 8 Abs. 10 KHEntgG	1	32,60	32,60	0
47100001	Zuschlag für gemeinsamen Bundesausschuss (§ 91 Abs. 2 Satz 6 SGB V), vollstationär	1	1,70	1,70	0
48000001	DRG-Systemzuschlag, vollstationär	1	1,31	1,31	0
49120003	Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte, Festbetrag je stationärem Fall, Tumorzentrum	1	12,65	12,65	0
75109002	Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 u. 9 KHG Bayern	1	78,18	78,18	0

Fachabteilungen

Vorstationäre Behandlung Beginn Anzahl Tage 0
 Nachstationäre Behandlung Ende Anzahl Tage 0
 Fallzusammenführungsgrund

Alternative DRG Ergebnisse

MDC	DRG	Bezeichnung	HDG	Diagnosen	Prozeduren	PCCL	KGW	KGW Pflege	VWD	Betrag
10	K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik	C73	I1000	370d0; 6002g3	0	0,643	0,0000	3	3.017,50
05	F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	I1000	C73	370d0; 6002g3	0	0,480	0,0000	3	2.437,94

CoCheck

Nr.	Fehlertext	Datei	Quelle	Seite	Orig./ Neue DRG	Orig./ Neue PCCL	Orig./ Neues KGW	Orig./ Neues KGW Pflege	Orig./ Neues ZE	Orig./ Neue Entgelthöhe	Orig./ Neue MORBI
4253	Prozedur 6-002.g3 (Jod-131-MIBG) darf nicht zusätzlich zu Prozedur 3-70d.0 (Szintigraphie mit Jod-123-MIBG) codiert werden, da es sich um verschiedene Isotopen handelt.				K64D K64D	0 0	0,643 0,643	0,0000 0,0000	600,00 0,00	2.872,17 2.272,17	0,00 0,00
5093	Bitte codieren Sie evtl. zusätzlich Prozedur 8-530.5 für die Therapie mit offenen Radionukliden. Dadurch ergäbe sich neu DRG K15B.				K64D K15B	0 0	0,643 1,05	0,0000 0,0000	600,00 600,00	2.872,17 4.310,39	0,00 0,00
25	Hinweis: Bitte überprüfen Sie, ob der Fall im Rahmen der primären Fehlbelegung ambulant abrechenbar ist.				K64D K64D	0 0	0,643 0,643	0,0000 0,0000	600,00 600,00	2.872,17 2.872,17	0,00 0,00

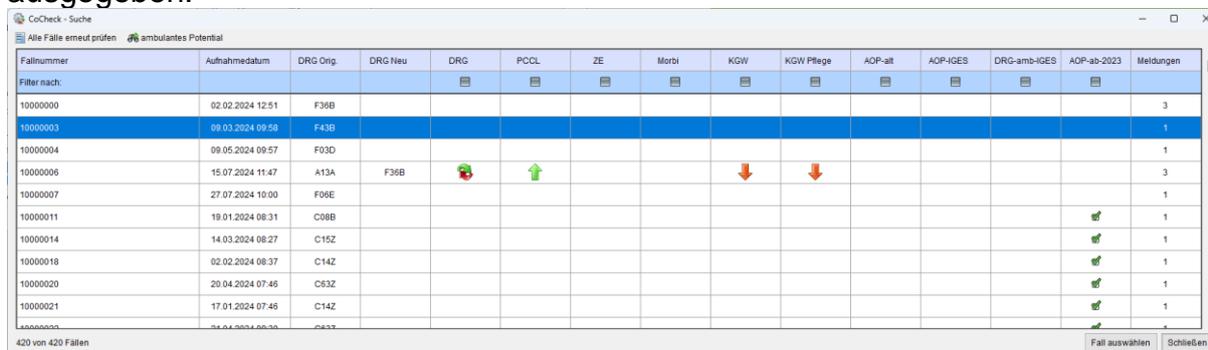
4.1.1 CoCheck Suche

Der Dialog zur Suche von CoCheck Meldungen in den Fällen kann durch Klicken auf die Schaltfläche 'CoCheck Suche' im unteren linken Bereich des CoCheck-Reiters geöffnet werden.

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/opshtml2019/
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/opshtml2019/

CoCheck Suche

Durch das Aufrufen des Dialogs 'CoCheck Suche' wird jeder Fall 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-ab-2023	Meldungen
10000000	02.02.2024 12:51	F36B												3
10000003	09.03.2024 09:59	F43B												1
10000004	09.05.2024 09:57	F03D												1
10000006	15.07.2024 11:47	A13A	F36B											3
10000007	27.07.2024 10:00	F06E												1
10000011	19.01.2024 08:31	C08B												1
10000014	14.03.2024 08:27	C15Z												1
10000018	02.02.2024 08:37	C14Z												1
10000020	20.04.2024 07:46	C63Z												1
10000021	17.01.2024 07:46	C14Z												1

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

4.1.1.1 Filtern

In der ersten Zeile, die in Hellblau markiert ist, können Sie nach den Feldern 'DRG', 'PCCL', 'ZE', 'Morbi', 'KGW', 'KGW Pflege', 'AOP-alt', 'AOP-IGES', 'DRG-amb-IGES' und 'AOP-ab-2023' filtern, indem Sie auf das jeweilige Symbol links klicken.

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

Ist kein Icon vorhanden, ändert sich am entsprechenden Wert nichts, wenn ein Prüffehler behoben wird.

- AOP-alt, AOP-IGES und DRG-amb-IGES = 
 Der grüne Hacken bedeutet, das 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.

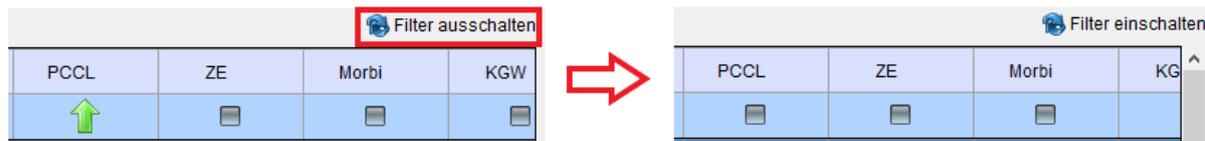
AOP-IGES: Prozedur ist laut IGES-Gutachten ambulant abrechenbar.

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

AOP-ab-2023: Der Fall sollte nach AOP-Katalog ab 2023 (2023, 2024) 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'** deaktiviert werden.



Anschließend kann der Filter mit **'Filter einschalten'** auch wieder aktiviert werden.

Eine weiterführende Beschreibung des Dialogs ‚CoCheck Suche‘ finden Sie in Ihrem GetDRG Handbuch.

4.1.2 Auswertung ambulantes Potential

Mit dem Button „ambulantes Potential“ starten Sie aus der Cocheck-Suche folgenden Dialog:

ambulantes Potential				
	Fälle	Anteil %		Fehlercode
Gesamt	989	100	Gesamtanzahl aller Fälle	
AOP-alt	0	0	ambulante Fälle nach 115b alt	32100, 32101
AOP-IGES + DRG-amb-IGES	1	0,10	ambulante Fälle IGES + ambulante DRG IGES	32110, 32111
AOP-IGES	1	0,10	ambulante Fälle IGES	32110
DRG-amb-IGES	0	0	ambulante DRG IGES	32111
AOP-ab-2023	162	16,38	ambulante Fälle nach AOP-Katalog ab 2023	32120

Prüfung der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren



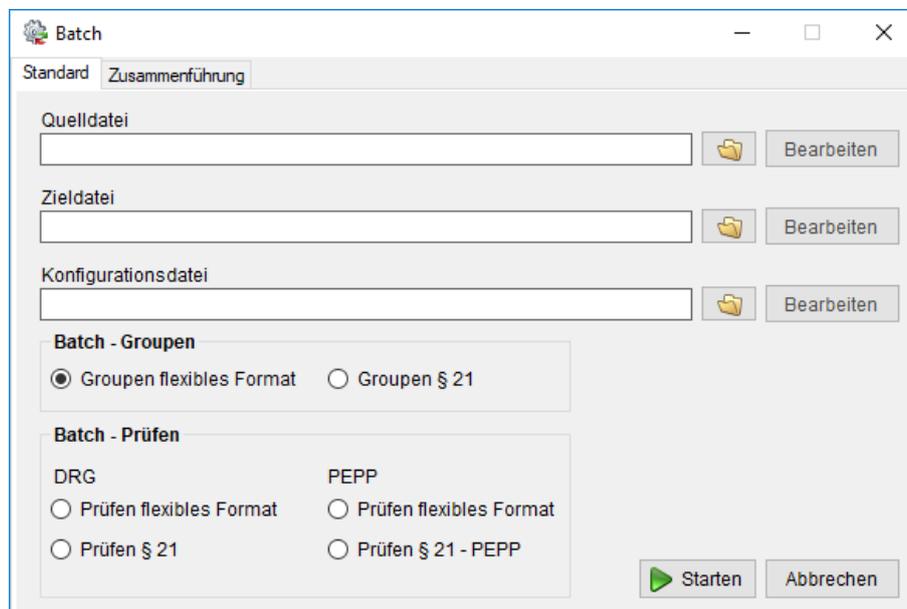
Für alle in der GetDRG-Oberfläche eingelesenen Fälle wird der Anteil der potentiell ambulanten Fälle nach AOP-Katalog und nach IGES-Gutachten angezeigt.

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.

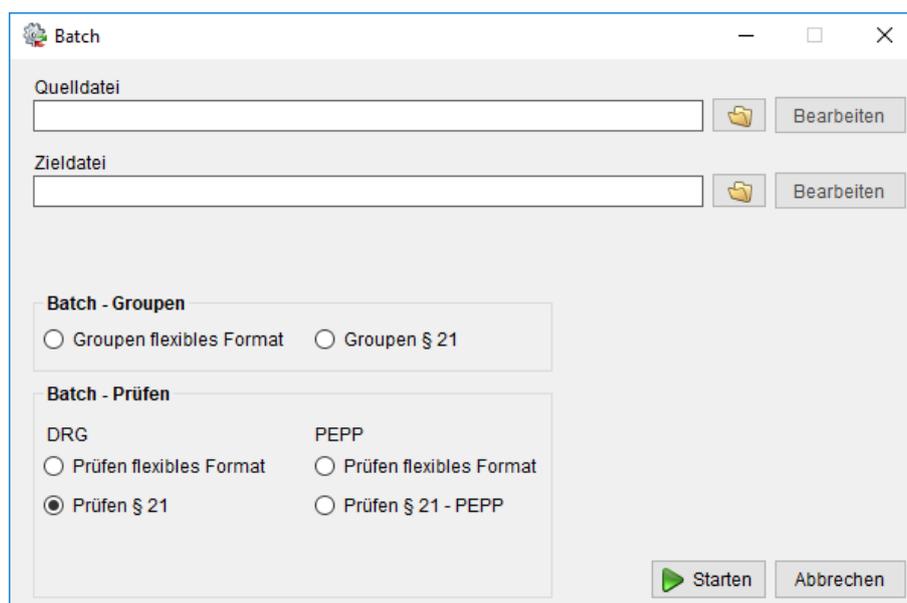
ambulantes Potential - Die Prüfung wurde abgebrochen ✖				
	Fälle	Anteil %		Fehlercode
Gesamt	989	100	Gesamtanzahl aller Fälle	
AOP-alt	0	0	ambulante Fälle nach 115b alt	32100, 32101
AOP-IGES + DRG-amb-IGES	1	0,10	ambulante Fälle IGES + ambulante DRG IGES	32110, 32111
AOP-IGES	1	0,10	ambulante Fälle IGES	32110
DRG-amb-IGES	0	0	ambulante DRG IGES	32111
AOP-ab-2023	47	4,75	ambulante Fälle nach AOP-Katalog ab 2023	32120

4.2 Batchverarbeitung aus dem Dialogprogramm

Die Batchverarbeitung können Sie auch aus dem Dialog starten. Bitte wählen Sie dazu den Menüpunkt 'Batch' in der Menüleiste aus. Es erscheint folgender Dialog:



Wenn Sie im Bereich 'Batch - Prüfen' eines der Formate auswählen, führt CoCheck den Batch-Modus aus, indem es die angegebene Quelldatei durchläuft und die Ergebnisse in der angegebenen Zieldatei ausgibt. Für Daten im frei konfigurierbaren Format müssen Sie zusätzlich eine Konfigurationsdatei angeben, in der die einzelnen Felder des Datensatzes beschrieben sind. Für Daten im §21-Format (siehe unten) genügt die Angabe von Quell- und Zieldatei. Die Quelldatei muss den Namen 'fall.csv' tragen, während die Dateien 'icd.csv', 'ops.csv' und 'fab.csv' im selben Verzeichnis erwartet werden.



5 Konfiguration der Eingangsdatensätze

Im frei konfigurierbaren Format wird die Konfiguration der Eingangsdatensätze in einer Datei hinterlegt. Den Aufbau der Konfigurationsdatei entnehmen Sie bitte dem aktuellen GetDRG Handbuch, im Kapitel: '**Aufbau der Konfigurationsdatei**'

6 CoCheck unter Linux

Für die Linux – Version (32 Bit-Version und 64Bit-Version) sind nur die Batchverarbeitungen (codeb und code21) und eine Programmierschnittstelle für codecheck.so verfügbar.

Kopieren Sie die Daten in das Grouper-Verzeichnis, wenn der Grouper installiert ist, ansonsten in ein beliebiges Zielverzeichnis z. B.

/usr/local/getdrg

Folgende Dateien finden Sie im gewählten Verzeichnis:

Datei	Beschreibung
codeb	Ausführbares Programm zur Batchverarbeitung von frei konfigurierbaren Eingangsdateien.
code21	Ausführbares Programm zur Batchverarbeitung von Eingangsdateien im §21-Format.
codecheck.so	DLL mit der Engine des Prüfmoduls cocheck
codecheck10.txt – codecheck2024.txt	Prüfregeln für G-DRG 2003 – Prüfregeln für G-DRG 2024
dkr10.pdf – dkr2024.pdf	Deutsche Kodierrichtlinien 2003 – Deutsche Kodierrichtlinien 2024
@OPSAmb2005.txt – @OPSAmb2022.txt –	Liste der OPS, die ambulant durchgeführt werden können für 2005 - 2022
@OPSAmb12005.txt – @OPSAmb12022.txt	Liste der OPS in Kategorie 1, die ambulant durchgeführt werden können für 2005 - 2022
@OPSAmb22005.txt – @OPSAmb22022.txt	Liste der OPS in Kategorie 2, die ambulant durchgeführt werden können für 2005 - 2022
@OPSAmb2007_5.txt - @OPSAmb22022.txt	Enthält die ambulant ausführbaren operativen Prozeduren für Version 2007 - 2022
@OPSAmbIGES2019.txt - @OPSAmbIGES2023.txt	Liste der Prozeduren, die laut IGES ambulant durchgeführt werden können 2019 – 2023
@OPSSStat2019.txt - @OPSSStat2023.txt	Liste der Prozeduren, die laut IGES zwingend stationär sind 2019 - 2023
@DRGAmb2019.txt - @DRGAmb2023.txt	Liste der DRGs, bei laut IGES ambulant behandelt werden können 2019 - 2023
@DRGStat2010.txt - @DRGStat2023.txt	Liste der DRGs, die laut IGES zwingend stationär sind (in Verbindung mit Prozeduren) 2019 – 2023
@ICDStat2019.txt - @ICDStat2023.txt	Liste der Diagnosen, die laut IGES stationäre Behandlung erfordern 2019 - 2023
@ICDBetreuung2019.txt - @ICDBetreuung2023.txt	Liste der Diagnosen, die laut IGES einen besonderen Betreuungsbedarf haben und deshalb stationäre Behandlung erfordern 2019 – 2023

@ICDBeobachtung2019.txt- @ICDBeobachtung2023.txt	Liste der Diagnosen, die laut IGES bei ambulanten DRGs eine Beobachtung im Krankenhaus erfordern und deshalb als zwingend stationär gelten 2019 - 2023
@OPSSStatN2022.txt – @OPSSStatN2024.txt	AOP-Katalog ab 2023 OPS, die eine stationäre Behandlung begründen 2022 – 2024
@ICDstatN2022.txt – @ICDstatN2024.txt	AOP-Katalog ab 2023 ICD, die eine stationäre Behandlung begründen 2022 – 2024
@ICDEinschr2022.txt – @ICDEinschr2024.txt	AOP-Katalog ab 2023 Funktionseinschränkungen, die eine stationäre Behandlung begründen 2022 – 2024
@ICDOphthalm2022.txt – @ICDOphthalm2024.txt	AOP-Katalog ab 2023 Augenheilkunde-OPS, die eine stationäre Behandlung begründen 2022 – 2024
@OPSBeidseitig2022.txt – @OPSBeidseitig2024.txt	AOP-Katalog ab 2023 – beidseitige OPS, die eine stationäre Behandlung begründen 2022 – 2024
@ICDStatKindHerz2024.txt	AOP-Katalog ab 2024 – ICD bei angeborenen Herzfehlern bis 12 Jahre
@OPSSStatKindHerz2024.txt	AOP-Katalog ab 2024 – Eingriffe bei angeborenen Herzfehlern bis 12 Jahre
@OPSSStatKindPflege2024.txt	AOP-Katalog ab 2024 – Pflegegrad bis 12 Jahre

Im Unterverzeichnis **Test** finden Sie folgende Dateien:

Datei	Beschreibung
rungdr.sh	Shell-Script zur Batchverarbeitung der Testdatei testfaelle.gdr mit codeb.
co.gdr	Testdatei mit Krankenhausfällen im gdr-Format.
gdr.ini	Konfigurationsdatei für das gdr-Format.
co21.sh	Shell-Script zur Batchverarbeitung der Testdateien fall.csv, icd.csv und ops.csv mit code21.
fall.csv, icd.csv, fab.csv, ops.csv, entgelte.csv	Testdateien mit Krankenhausfällen im §21-Format.

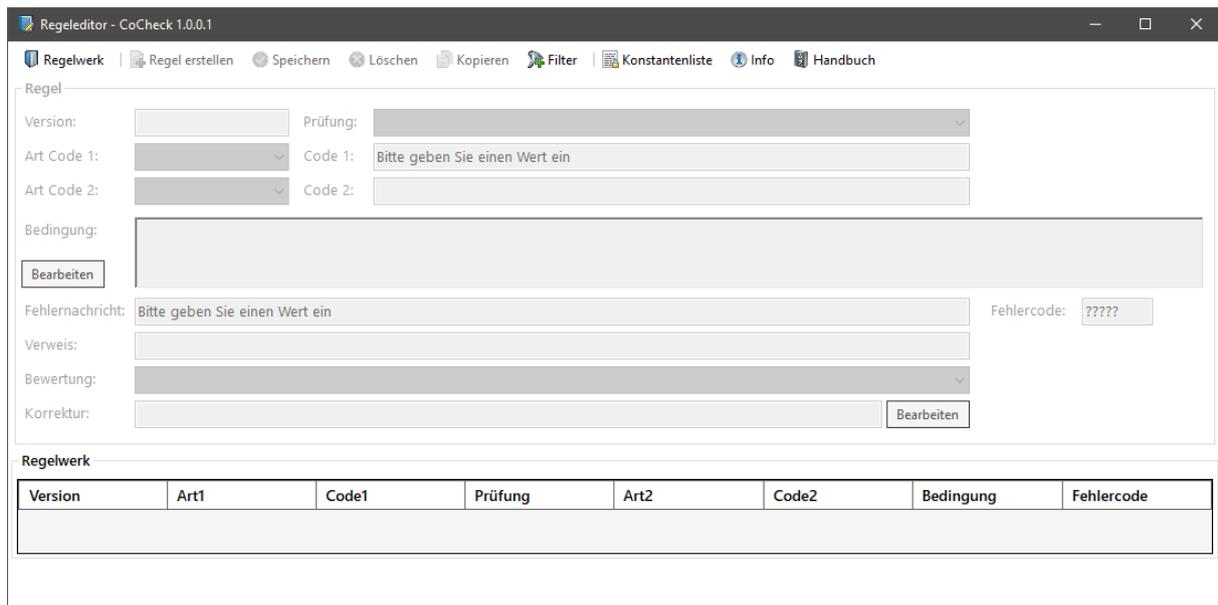
Folgende Umgebungsvariablen werden benötigt:

Variable	Beschreibung
DRGHOME	Die Variable DRGHOME muss mit einem Verzeichnispfad versorgt werden. In dem angegebenen Verzeichnis werden die DLL codecheck.so und die Prüfregeldateien (codecheckxxxxxx.txt) gesucht. Beispiel: DRGHOME=/usr/local/getdrg codecheck.so sucht den Grouper ebenfalls unter \$DRGHOME.

7 Erstellen benutzerdefinierter Regeln

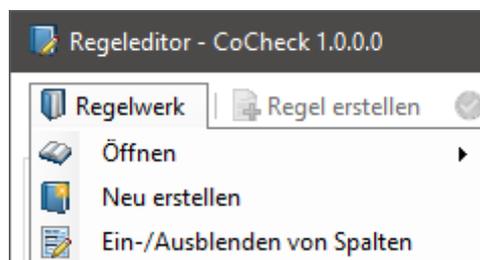
CoCheck ermöglicht es Benutzern, ihre eigenen Regeln zu erstellen. Dafür stellt es einen Editor zur Verfügung, mit dem die Regeln erstellt werden können. Benutzerdefinierte Regeln werden in einer separaten Regel-Datei gespeichert, die von CoCheck zusammen mit den vordefinierten Regeln gelesen wird. Regeln müssen für jedes Jahr separat erstellt werden.

Der Editor kann über die Benutzeroberfläche von GetDRG über die Menüleiste "Extras" -> "Regeleditor starten" aufgerufen werden oder über den Startmenüeintrag "Regeleditor".

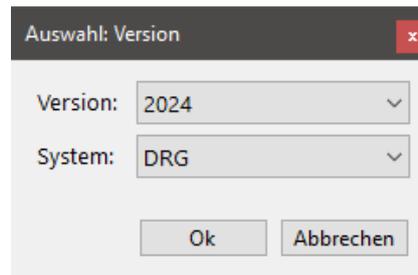


Version	Art1	Code1	Prüfung	Art2	Code2	Bedingung	Fehlercode

Durch Klicken auf das Symbol "Öffnen" kann eine Datei mit vordefinierten oder benutzerdefinierten Regeln angezeigt werden. Wenn vordefinierte Regeln ausgewählt werden, können die Regeln nur gesucht und angezeigt, aber nicht geändert werden.



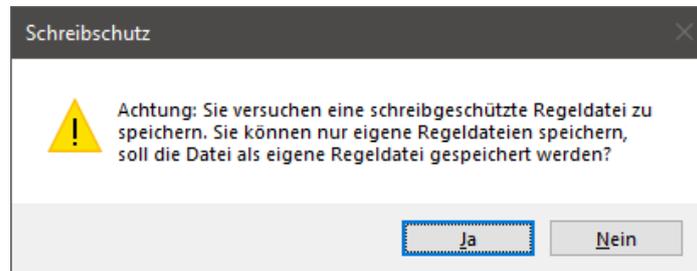
Um benutzerdefinierte Regeln zu erstellen, kann auf das Symbol "Neu erstellen" geklickt werden. Anschließend öffnet sich der Ordner Auswahl Dialog, hier können Sie angeben wo die benutzerdefinierte Regeldatei erstellt werden soll. Danach müssen Sie noch festlegen für welche Grouper Version und für welches Entgeltsystem Sie Regeln erstellen wollen.



Das Programm weist der Regeldatei den Namen „codecheckeigen[Version].txt“ bzw. „codecheckpsy eigen[Version].txt“, wobei [Version] die Grouper-Version ist, zu der die Regeldatei gehört.

Nachdem die leere benutzerdefinierte Regeldatei angelegt wurde, können Sie über den Menüeintrag "**Regel erstellen**" neue Regeln erfassen. Nachdem die Bearbeitung abgeschlossen ist, muss die neue Regel durch Klicken auf das Symbol "**Speichern**" gespeichert werden.

Anstelle des anlegens einer neuen benutzerdefinierten Regeldatei kann auch eine schreibgeschützte Regeldatei von Geos geöffnet werden. Wird hier die Regel geändert und anschließend versucht die Änderung zu speichern kann die vollständige Regeldatei als Eigene Regeldatei gespeichert werden.



Wenn eine benutzerdefinierte Regel-Datei für die Öffnung ausgewählt wird, ist es möglich, Regeln zu bearbeiten, hinzuzufügen und zu löschen. Der untere Teil des Dialogs zeigt die Liste der verfügbaren Regeln. Durch Doppelklicken auf eine Zeile kann eine Regel ausgewählt werden. Der obere Teil zeigt die Details der Regel an, die dann bearbeitet werden können.

Prüfung der Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren



Regeleditor - CoCheck 1.0.0.1

Regelwerk | Regel erstellen | Speichern | Löschen | Kopieren | **Filter** | Konstantenliste | Info | Handbuch

Regel

Version: 2024 Prüfung: B = Bedingung

Art Code 1: * = Fall Code 1: *

Art Code 2: Code 2:

Bedingung: AlterJahre < 70 || VWD < 5 || (Diagnose #-~ '*') > 1

Bearbeiten

Fehlernachricht: Bitte codieren Sie evtl. zusätzlich Nebendiagnosen, weil der Patient über 70 Jahre alt ist und mehr als 4 Tage im Krankenhaus wa Fehlercode: 5

Verweis:

Bewertung: 3 = potenzieller und erlösrelevanter Prüffehler

Korrektur: Bearbeiten

Regelwerk - codecheck2024.txt

Version	Art1	Code1	Prüfung	Art2	Code2	Bedingung	Fehlercode
2024	*	*	B			AlterJahre < 70 V...	5
2024	*	*	B			Beatmung < 25 D...	6
2024	*	*	B			Prozedur ~ '531[12...	1
2024	*	*	B			(Srg #-~'885[35]]34...	3236
2024	*	*	B			(Diagnose #-~ '^C[01...	3485
2024	*	*	B			Distinct(List(OpDatu...	3684

41206/41206

Die Schaltfläche "**Filter**" ermöglicht es dem Benutzer, nach bestimmten Regeln zu filtern. Wenn darauf geklickt wird, wird eine Filterzeile über der Liste der Regeln angezeigt. Wenn ein Zeichen in einer Spalte in der Filterzeile eingegeben wird, werden alle geladenen Regeln gemäß den eingegebenen Zeichen gefiltert.

Regeleditor - CoCheck 1.0.0.1

Regelwerk | Regel erstellen | Speichern | Löschen | Kopieren | **Filter** | Konstantenliste | Info | Handbuch

Regel

Version: 2024 Prüfung: B = Bedingung

Art Code 1: * = Fall Code 1: *

Art Code 2: Code 2:

Bedingung: AlterJahre < 70 || VWD < 5 || (Diagnose #-~ '*') > 1

Bearbeiten

Fehlernachricht: Bitte codieren Sie evtl. zusätzlich Nebendiagnosen, weil der Patient über 70 Jahre alt ist und mehr als 4 Tage im Krankenhaus wa Fehlercode: 5

Verweis:

Bewertung: 3 = potenzieller und erlösrelevanter Prüffehler

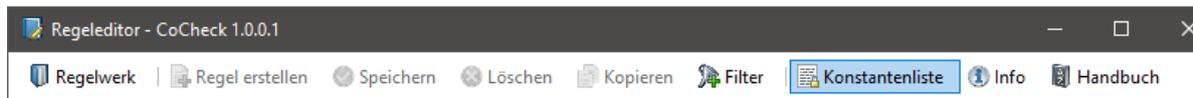
Korrektur: Bearbeiten

Regelwerk - codecheck2024.txt

Version	Art1	Code1	Prüfung	Art2	Code2	Bedingung	Fehlercode
			B			Alter	
2024	*	*	B			AlterJahre < 70 VWD ...	5
2024	*	*	B			Beatmung = 0 (AlterT...	3322
2024	*	*	B			AlterJahre >= 18 Aufn...	8437
2024	*	*	B			AlterJahre < 14 HMV ...	8520

5693/41206

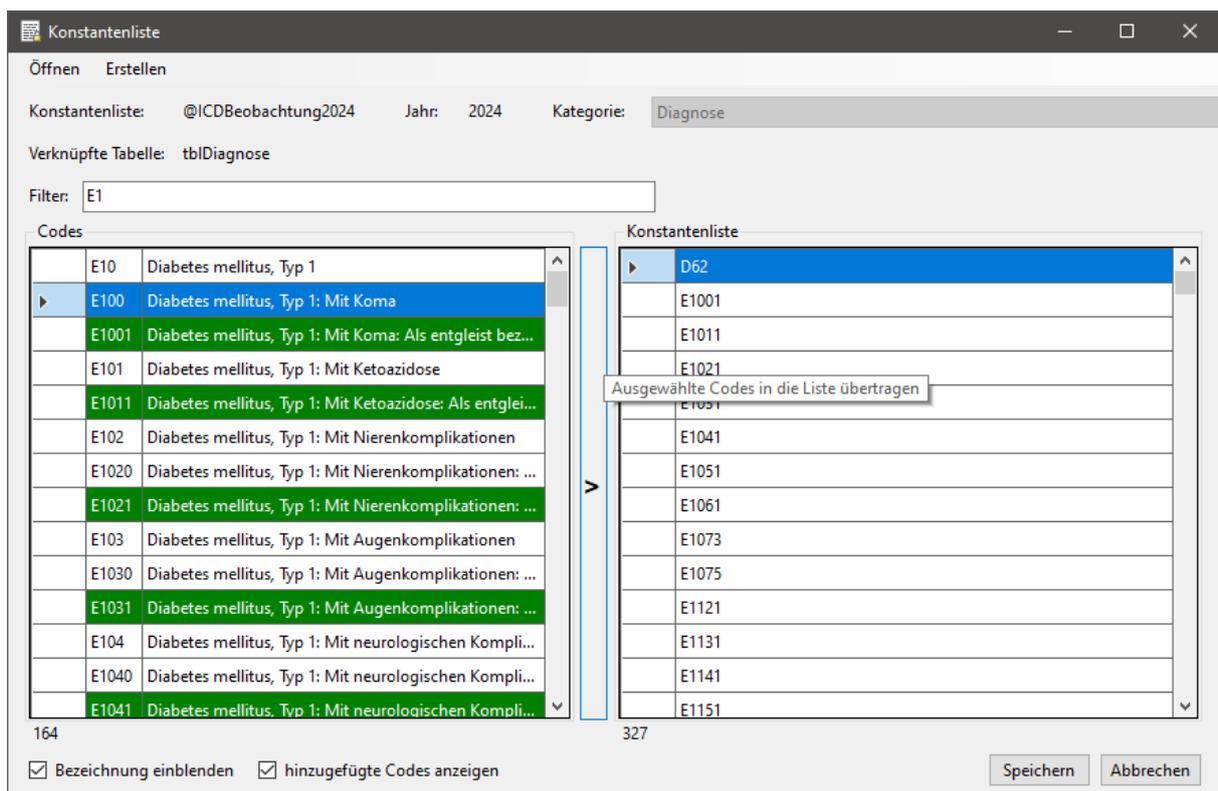
Über die Auswahl des Menüeintrags "**Konstantenliste**" können vorhandene Konstantenlisten geändert werden, bzw. neue Konstantenlisten angelegt werden.



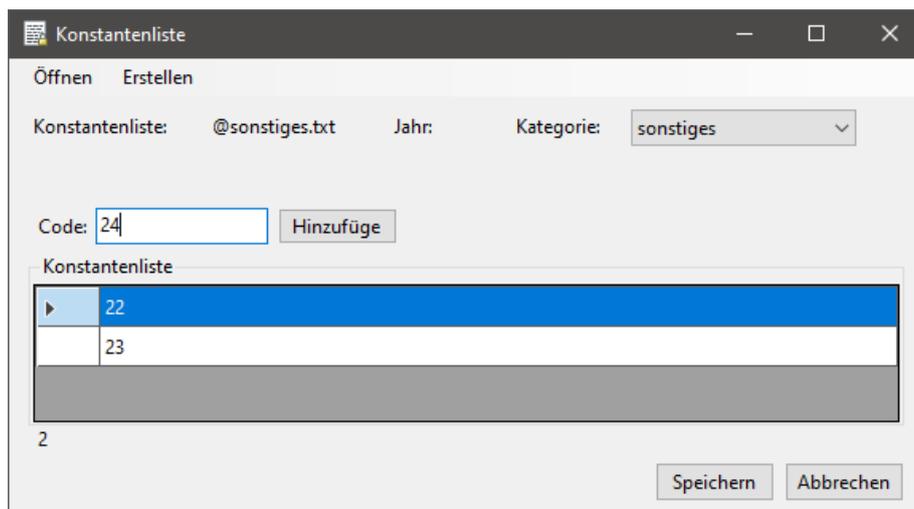
Beim Öffnen einer bereits vorhandenen Konstantenliste wird automatisch versucht, das zugehörige Jahr anhand des Namens zu bestimmen. Der erste Eintrag in der Konstantenliste legt den Bereich fest, der entweder "Diagnose", "Prozedur", "DRG" oder "Sonstiges" sein kann. Wenn in der Konfigurationsdatei (config.ini) von GetDRG eine Datenbankverbindung hinterlegt ist, werden die für diesen Bereich relevanten Codes automatisch in die Auswahlliste geladen.

Um Codes oder Codebezeichnungen in der Auswahlliste zu finden, steht eine Filterzeile zur Verfügung. Wenn Sie einen Code zur Konstantenliste hinzufügen möchten, markieren Sie diesen und verwenden Sie die Schaltfläche ">", um ihn hinzuzufügen. Bei Bedarf können Sie auch Codes aus der Konstantenliste entfernen, indem Sie die Taste "Entf" verwenden.

Bereits vorhandene Codes in der Konstantenliste können farblich hervorgehoben werden, indem Sie den Schalter **"hinzugefügte Codes anzeigen"** aktivieren. Denken Sie daran, Ihre Konstantenliste regelmäßig zu speichern, um alle vorgenommenen Änderungen zu sichern.



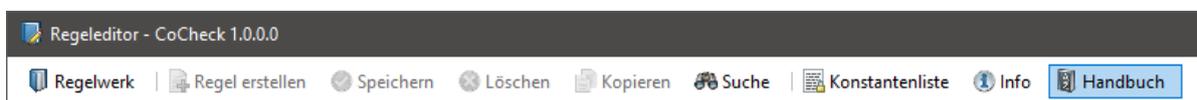
Ist der Bereich „sonstiges“ ausgewählt wird keine Auswahlliste angezeigt. Man kann benutzerdefinierte Codes zu einer Konstantenliste über das „Code“ Textfeld zu einer Konstantenliste hinzufügen.



Der Menüeintrag "Info" öffnet den Informationsdialog. Der Informationsdialog ermöglicht den Benutzern relevante Informationen zu vorliegenden System abzurufen. Es werden wichtige Details wie die aktuelle Anwendungsversion, die Kontaktdaten des Kundendienstes, gesetzte Umgebungsvariablen und das Traceverzeichnis angezeigt.



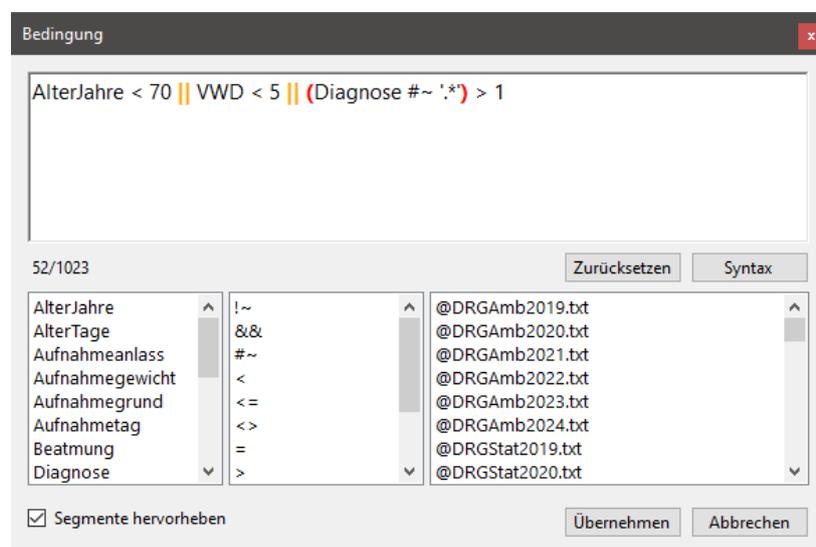
Mit einem Klick auf den Menüeintrag "**Handbuch**" öffnet sich dieses Dokument.



Im Bereich "**Bedingung**" ist es möglich, ein Bedingungsausdruck festzulegen bzw. zu bearbeiten. Eine Fehlernachricht der Regel wird nur ausgegeben, wenn die Bedingung nicht erfüllt ist.

Bedingung:	AlterJahre < 70 VWD < 5 (Diagnose #~ '.*') > 1
<input type="button" value="Bearbeiten"/>	

Über den Button "**Bearbeiten**" öffnet sich der Bedingungsdialog.



Im Dialog haben Sie die Möglichkeit, den Bedingungsausdruck nach Ihren Anforderungen zusammenzustellen. Um Ihnen bei der Erstellung zu helfen, stehen Auswahllisten mit den gängigsten Feldern und Operatoren zur Verfügung. Außerdem werden die vorhandenen Konstantenlisten in einer separaten Auswahlliste angezeigt, um die Auswahl von Konstanten zu erleichtern.

Sie können einen Eintrag aus einer Liste durch einen einfachen Doppelklick an der aktuellen Cursorposition einfügen. Die Schaltfläche "**Segmente hervorheben**" ist hilfreich, um die visuelle Lesbarkeit des Ausdrucks zu verbessern, indem sie verschiedene Teile des Ausdrucks hervorhebt.

Wenn Sie den ursprünglichen Ausdruck wiederherstellen möchten, nutzen Sie die Schaltfläche "**Zurücksetzen**". Um sicherzustellen, dass die Syntax des Bedingungsausdrucks korrekt ist, steht der Button "**Syntax**" zur Verfügung. Dieser führt eine Überprüfung auf korrekte Syntax mithilfe von CoCheck durch. Sobald die Syntax des Ausdrucks als gültig bestätigt wurde, können Sie die Änderungen mit dem Button "**Übernehmen**" in die entsprechende Regel eintragen.

Im Regeldialog haben Sie die Möglichkeit, eine Quelle für die Regel als Verweis zu hinterlegen. Das verweisende Dokument muss sich unter einer der zuvor

festgelegten Umgebungsvariablen (COCHECKPDF, DRGPARAM, DRGHOME) befinden.

Verweis: Seite:

Durch Klicken auf die Schaltfläche "**Öffnen**" wird das hinterlegte PDF-Dokument mit der zuvor festgelegten Seite geöffnet, was Ihnen den direkten Zugriff auf relevante Informationen ermöglicht.

Zusätzlich zur Verlinkung von Dokumenten besteht die Möglichkeit, einen Link zur Kodesuche des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) zu hinterlegen. Ab Version 2024 verweisen die Stichwörter (ICD bzw. OPS) auf die Seiten des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte). Durch die Verwendung des Stichworts "**OPS**" können Sie die OPS-Kodesuche als Verweis einrichten. Darüber hinaus ist es möglich, einen bestimmten Block (z.B., **5-42...5-54**) und einen spezifischen Code (z.B., **5-438**) in die Verlinkung aufzunehmen. Dies ermöglicht eine präzise und effiziente Verbindung zu den benötigten Informationen im Zusammenhang mit der Regel.

Verweis:

z. B.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/block-5-42...5-54.htm#code5-438>

Ab Version 2024 verweisen die Stichwörter auf die Seite der BfArM
<https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/index.htm>

Durch Verwendung des Stichworts **ICD** lässt sich die ICD kode-suche als Verweis hinterlegen.

Verweis:

z. B.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/block-i60-i69.htm#i67.3>

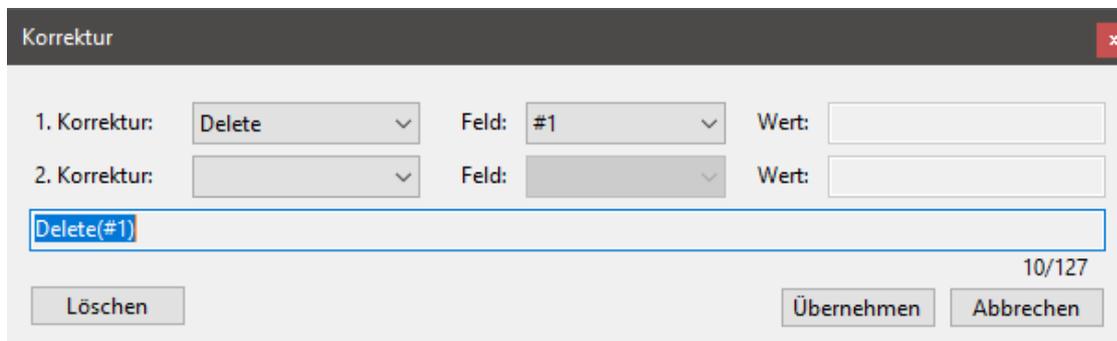
Ab Version 2024 verweisen die Stichwörter auf die Seite der BfArM
<https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm>

Im Regeldialog steht Ihnen zudem die Möglichkeit zur Verfügung, Korrekturfunktionen zu hinterlegen, um bestimmte Aktionen oder Anpassungen an den Daten vorzunehmen.

Korrektur:

Durch einen Klick auf die Schaltfläche "**Bearbeiten**" wird der Korrekturdialog aufgerufen. In diesem Dialog stehen Ihnen, je nach der zuvor gewählten Prüfungsart,

verschiedene Korrekturfunktionen zur Auswahl. Diese Funktionen können dazu dienen, Daten entsprechend zu verändern, wenn sie den zuvor gewählten Kriterien entsprechen.



Je nach der gewählten Korrekturfunktion müssen Sie ein Feld und/oder einen Wert festlegen, um anzugeben, welche Art von Korrektur oder Anpassung vorgenommen werden soll.

Durch Klicken auf die Schaltfläche "**Löschen**" können Sie die ausgewählte Korrekturfunktion entfernen, wenn sie nicht mehr benötigt wird.

Die Schaltfläche "**Übernehmen**" ermöglicht es Ihnen, die vorgenommenen Änderungen oder neuen Korrekturfunktionen in die Regel zu integrieren.

7.1 Felddescription

Die folgenden Informationen beschreiben die wichtigsten Felder, die benötigt werden, um eine Regel zu erstellen:

Feld "Version": Die Grouper-Version wird durch den Dateinamen bestimmt und kann nicht geändert werden.

Feld "Art Code 1" und "Art Code 2": Sie können die Art des Codes aus einer Dropdown-Liste auswählen. Die ausgewählte Art gibt an, um welche Art von Code es sich in dem Feld "Code 1" bzw. "Code 2" handelt.

- "*" hierbei wird der gesamte Fall betrachtet, im Feld Code steht immer "**"
- **D** (Diagnose) im Feld Code muss ein ICD Code hinterlegt werden
- **P** (Prozedur) im Feld Code muss ein OPS Code hinterlegt werden
- **F** (Fachabteilung) im Feld Code muss ein Fachabteilungsschlüssel hinterlegt werden
- **H** (Historie) hierbei werden alle Fälle in der Historie betrachtet, im Feld Code steht immer "**"

Feld "Code 1": Im Feld "Code 1" muss immer ein entständiger Code eingetragen werden.

Feld "Code 2": Im Feld "Code 2" können mehrere Codes mit Regex verbunden werden.

Prüfung: Sie können den Prüfungstyp aus einer Dropdown-Liste auswählen. Der ausgewählte Typ legt fest, welche Felder ausgefüllt werden müssen.

- **B** (Bedingung): Art Code1 kann 'D' (Diagnose), 'P' (Prozedur) oder '*' (aktueller Fall) sein. Eine Bedingung muss in einer speziellen Syntax angegeben werden, die in einem anderen Handbuch beschrieben ist. Die Bedingung wird verfasst, um festzulegen, wie die Codierung sein soll, d.h., sie muss falsch sein, damit eine Meldung generiert wird. Die anderen Felder können leer bleiben.
- **U** (unerwünschte Hauptdiagnose): Art Code1 muss D (Diagnose) sein. Code1 muss den ICD-Code (ohne Sonderzeichen) enthalten, der als unerwünscht gilt. Die anderen Felder können leer bleiben.
- **R** (Reihenfolge der Diagnosen): Art Code1 und Art Code2 müssen D (Diagnosen) sein. Code1 repräsentiert den Code, der nicht als Hauptdiagnose gelten soll, wenn Code2 vorhanden ist. Code2 ist der Code, der stattdessen als Hauptdiagnose gelten soll. Es kann eine zusätzliche Bedingung angegeben werden, die erfüllt sein muss, damit die Regel gilt. Im Gegensatz zu Regeln vom Typ Bedingung wird die Meldung nur generiert, wenn die Bedingung wahr ist.
- **X** (Ausschluss): Art Code1 kann D (Diagnose), P (Prozedur) oder '*' (ganzer Fall) sein. Wenn Art Code1 '*' ist, muss auch Code1 '*' sein, sonst sollte er einen endständigen Diagnose- oder Prozedurcode enthalten, der im Jahr der Regel gültig ist. Art Code2 kann D (Diagnose), P (Prozedur) oder H (Historienfall) sein. Code2 sollte die Diagnose oder Prozedur enthalten, die nicht zusammen mit Code1 im Fall codiert werden darf. Es muss nicht zwingend ein einzelner Code sein, sondern kann auch einen regulären Ausdruck enthalten, der die Zeichen "." für ein beliebiges Zeichen, "[]" für eine Zeichenauswahl oder "|" zur Trennung von zwei regulären Ausdrücken verwendet. Wenn Art Code 2 H (Historienfall) ist, muss Code2 '*' sein. Das bedeutet, dass der zweite Code für alle Historienfälle gilt. Eine zusätzliche Bedingung kann angegeben werden, die erfüllt sein muss, damit der Ausschluss gültig ist. In diesem Fall ist der Ausschluss nur dann gültig, wenn die Bedingung erfüllt ist.
- **Y** (Ausschluss innerhalb eines Zeitraums): Art Code1, Code1, Art Code2 und Code2 müssen Prozeduren sein. Zusätzlich zu den für Typ X genannten Feldern müssen die Felder "Minstdifferenz" und "Höchst-differenz" in Tagen angegeben werden. Der zeitliche Ausschluss kann auch nur für dieselbe Lokalisation eingestellt werden.
- **Z** (zwingende Kombination): Art Code1 kann D (Diagnose), P (Prozedur) oder '*' (gesamter Fall) sein. Art Code2 kann D (Diagnose), P (Prozedur) sein. Code2 sollte den Code oder den regulären Ausdruck von Codes enthalten, die zusammen mit Code1 codiert werden sollen. Es gibt keine zeitlichen

Einschränkungen. Eine zusätzliche Bedingung kann angegeben werden, die erfüllt sein muss, damit die Anforderung gültig ist.

Feld "Bedingung":

Feld "Fehlercode" und "Fehlernachricht": Für alle Regeln müssen ein Fehlercode und eine Fehlernachricht angegeben werden. Der Fehlercode ist eine eindeutige Kennung für die Fehlernachricht. Der Text der Fehlernachricht kann frei gewählt werden. Wenn eine Regel erwartet, dass ein Code durch einen anderen ersetzt wird, sollte der Text den neuen Code enthalten, der durch das Wort "Diagnose" oder "Prozedur" eingeleitet wird. Der Text kann die folgenden Zeichenfolgen enthalten, die ersetzt werden, wenn die Meldung erstellt wird:

- #1 = erster durch die Regel betroffener Code
- #2 = zweiter durch die Regel betroffener Code
- #1D = Datum des ersten Codes, wenn der erste Code eine Prozedur ist
- #2D = Datum des zweiten Codes, wenn der zweite Code eine Prozedur ist
- #A = Alter des Patienten
- #L = Aufenthaltsdauer
- #T = Aufnahme datum (TT.MM.JJJJ)
- #B = Stunden mechanische Beatmung

Felder "Verweis" und "Seite": Diese Felder können verwendet werden, um die Quelle der Regel anzugeben. Es werden nur bestimmte Schlüsselwörter erkannt, wie "dkr2023" für die deutschen Kodierungsrichtlinien. "Seite" sollte die Seitennummer in der .pdf-Datei enthalten. Andere Schlüsselwörter wie "ICD" und "OPS" sind ebenfalls möglich. Es ist auch möglich eigene Verweisdokumente (PDF) zu hinterlegen, dafür muss der Dokumentenname ohne die Erweiterung „.pdf“ im Verweisfeld hinterlegt werden. Eigene Dokumente werden in einem Verzeichnis der Umgebungsvariablen „COCHECKPDF“, „DRGHOME“ bzw. „DRGPARAM“ gesucht.

Feld "Bewertung": Dieses Feld kann verwendet werden, um der Regel eine Kategorie zuzuweisen, ob die Regel verpflichtend ist oder nicht und ob sie wahrscheinlich die Gruppierung beeinflusst.

Es können folgende Werte ausgewählt werden:

- 0 = Regel von geringer Bedeutung, die Meldung kann ignoriert werden;
- 1 = Regel ist verpflichtend und beeinflusst wahrscheinlich die Gruppierung;
- 2 = Regel ist verpflichtend, aber wahrscheinlich nicht relevant für die Gruppierung;
- 3 = Regel ist nicht verpflichtend, beeinflusst aber wahrscheinlich die Gruppierung;
- 4 = Regel ist nicht verpflichtend und wahrscheinlich nicht relevant für die Gruppierung.

Feld "Korrektur": Dieses Feld kann verwendet werden, um eine Korrektur für die hypothetische Neugruppierung anzugeben. Die Falldaten werden durch die Korrektur nicht geändert.