

Aus dem Universitätsklinikum Münster

Stabsstelle Medizincontrolling

Leiter: Prof. Dr. med. Norbert Roeder

# **Abbildungsqualität der Dermatologie im G-DRG-System 2004**

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Torsten Fürstenberg

aus Neuwied

2004

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen  
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Prof. Dr. N. Roeder

2. Berichterstatter: Prof. Dr. T. A. Luger

Tag der mündlichen Prüfung: 27.10.2004

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Stabsstelle Medizincontrolling  
Direktor: Prof. Dr. Norbert Roeder  
Referent: Prof. Dr. N. Roeder  
Koreferent: Prof. Dr. T. A. Luger

### **ZUSAMMENFASSUNG**

Abbildungsqualität der Dermatologie im G-DRG-System 2004  
Torsten Fürstenberg

Die Einführung des G-DRG-Systems als Basis eines Vergütungssystems für stationäre Behandlungsleistungen setzt eine sachgerechte Abbildung der Leistungserbringung in dem Klassifikationssystem voraus. 14.555 Fälle dermatologischer Fachabteilungen aus 19 Krankenhäusern wurden über einen viermonatigen Erhebungszeitraum erfasst und hinsichtlich ihrer Aufwandshomogenität in dem G-DRG-Klassifikationssystem der Version 2004 untersucht. Die Ergebnisse wurden mit der Abbildungsqualität im G-DRG-System der Version 1.0 verglichen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass sich die Korrelation von gemessenem Aufwandäquivalent und Case-Mix-Index der Projektkliniken im G-DRG-System 2004 verbesserte. Die meisten der von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in das DRG-Vorschlagsverfahren 2004 eingebrachten Vorschläge wurden umgesetzt. Grundlegende Problembereiche, wie die gesonderte Finanzierung von teuren Medikamenten und besonderen Leistungen, durch deren Lösung eine deutlich verbesserte Sachgerechtigkeit erreicht werden könnte, wurden jedoch nur marginal angegangen. Eine deutliche Verbesserung der Abbildungsqualität im G-DRG-System könnte auch durch eine veränderte Ausreißervergütung erzielt werden. Die lineare, auf den Standardfällen basierende, Berechnung der Zu- und Abschläge führt zu einer deutlichen Überfinanzierung der Kurzlieger und zu einer Unterfinanzierung der Langlieger. Neben der Einführung neuer Splittkriterien wurde andererseits der im G-DRG-System der Version 1.0 vorhandene Splitt der Basis-DRG J66 aufgehoben. Eine deutlich verbesserte Fallabbildung durch neue Diagnosezuordnungen wurde dadurch vertan.

Auch das G-DRG-System 2004 muss für den Fachbereich Dermatologie noch umfassend angepasst werden, wenn es die Basis für ein pauschalierendes Preissystem sein soll, welches keine willkürliche Leistungsreduktion zur Folge haben soll. Basierend auf dieser Arbeit wurden daher Anpassungsvorschläge für das G-DRG-System 2005 erarbeitet und von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft fristgerecht in das Vorschlagsverfahren eingebracht.

Tag der mündlichen Prüfung: 27.10.2004

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
1.1	DRG-Systeme .....	2
1.1.1	Entwicklung der DRGs .....	2
1.1.2	Das G-DRG-System .....	3
1.1.3	Gruppierung im G-DRG-System 2004.....	3
1.1.4	Vergütung im G-DRG-System .....	6
1.2	Weiterentwicklung des G-DRG-Systems .....	7
1.2.1	G-DRG Systempflege .....	8
1.2.2	Vorschlagsverfahren für 2005 .....	8
1.2.3	Das DDG-Evaluationsprojekt.....	9
<b>2</b>	<b>METHODIK</b> .....	<b>10</b>
2.1	Datenbasis .....	10
2.2	Datenerhebung und Bereitstellung .....	10
2.3	Anwendung der Kodierrichtlinien und des Kodierleitfadens .....	11
2.4	Änderung der Kodierrichtlinien.....	12
2.5	Mapping .....	12
2.6	Bewertung der Leistungen mit Aufwandäquivalenten .....	13
2.6.1	Aufwandäquivalente für Leistungen .....	14
2.6.2	Aufwandäquivalente für Medikamente .....	14
2.7	Ermittlung des Aufwandäquivalentes für jeden Fall .....	15
2.8	Nicht bewertete OPS-Kodes .....	16
2.9	Software.....	16
<b>3</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>18</b>
3.1	Beschreibung der Stichprobe.....	18

3.1.1	Vergleich mit bundesdeutschen Daten.....	20
3.1.2	Geographische Verteilung.....	22
3.1.3	Altersverteilung.....	23
3.1.4	PCCL.....	25
3.1.5	DRG-Schweregrade.....	29
3.1.6	Verweildauer.....	30
3.1.7	Ausreißer.....	31
3.1.8	Hauptdiagnosekategorien.....	33
3.1.9	Verteilung auf die DRGs.....	35
3.1.10	Hauptdiagnosen.....	39
3.1.11	Nebendiagnosen.....	40
3.1.12	Sonderdokumentation.....	41
3.1.13	Case-Mix-Index.....	42
3.1.14	Aufwandarten.....	46
3.2	Auswertung der G-DRGs.....	47
3.2.1	Basis-DRG J61.....	49
3.2.2	J66Z.....	64
3.2.3	Basis-DRG J67.....	72
3.2.4	J68Z.....	81
3.2.5	Weitere Problembereiche.....	90
<b>4</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>96</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>107</b>
<b>6</b>	<b>VERZEICHNIS DER GESETZE UND RECHTSVERORDNUNGEN.....</b>	<b>111</b>
<b>7</b>	<b>LEBENS LAUF.....</b>	<b>112</b>
<b>8</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>I</b>
8.1	Anhang A – Strukturdaten des Gesundheitswesens.....	I

8.2	Anhang B – Beitragssatzstabilität .....	II
8.3	Anhang C – Weitere DRG-Profile .....	IV
8.3.1	Basis-DRG J08 .....	IV
8.3.2	Basis-DRG J10 .....	XIII
8.3.3	Basis-DRG J64 .....	XVI
8.3.4	Basis-DRG F20 .....	XXII
8.3.5	X61Z .....	XXVIII
8.4	Anhang D – Schnittstellenbeschreibung .....	XXXI
8.4.1	Aufbau der Datei .....	XXXI
8.4.2	Schlüssel .....	XXXIV

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1:	G-DRG Nomenklatur am Beispiel der G-DRG J61A (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC).....	5
Abbildung 1-2	Vergütung der G-DRG J61A (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC) in Abhängigkeit von der Verweildauer bei einem angenommenen Basisfallwert von 2.800 €.....	6
Abbildung 2-1	Datenfluss im DDG-Projekt .....	11
Abbildung 2-2	Ermittlung des Aufwandäquivalentes für einen Fall .....	16
Abbildung 3-1	Verteilung der Stichprobe .....	19
Abbildung 3-2	Fallanteil der einzelnen Krankenhäuser .....	19
Abbildung 3-3	Geschlechtsverteilung der Stichprobe.....	19
Abbildung 3-4	Anteil dermatologischer Fachabteilungen am Projekt.....	20
Abbildung 3-5	Fallzahl des Projektes versus Bundesdaten .....	21
Abbildung 3-6	Entwicklung der Verweildauer .....	21
Abbildung 3-7	Fallzahl dermatologischer DRGs der G-DRG-Kalkulation versus DDG-Projekt.....	22
Abbildung 3-8	Geographische Verteilung der Krankenhäuser .....	22
Abbildung 3-9	Durchschnittsalter nach Krankenhäusern .....	23
Abbildung 3-10	Altersverteilung nach Krankenhäusern .....	23
Abbildung 3-11	Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Patientenalter in den Krankenhäusern und der mittleren Verweildauer ( $R=0,365$ ).....	24
Abbildung 3-12	Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Patientenalter in den Krankenhäusern und mittlerem Aufwandäquivalent ( $R=0,31$ ) .....	25
Abbildung 3-13	Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Patientenalter in den Krankenhäusern und mittlerem Case-Mix-Index ( $R=0,16$ ).....	25
Abbildung 3-14	PCCL-Verteilung.....	26
Abbildung 3-15	Mittlere PCCL nach Krankenhäusern.....	27
Abbildung 3-16	PCCL Verteilung nach Krankenhäusern .....	27
Abbildung 3-17	Mittlere PCCL versus Durchschnittsalter ( $R=0,448$ ) .....	28
Abbildung 3-18	Zusammenhang zwischen Case-Mix-Index der Krankenhäuser und mittleren PCCL ( $R=0,08$ ) .....	28
Abbildung 3-19	Schweregradbewertete G-DRGs.....	29
Abbildung 3-20	Schweregradprofil der Krankenhäuser.....	29
Abbildung 3-21	DRG-Schweregrad Veränderungen der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur Version 1.0 .....	30
Abbildung 3-22	Mittlere arithmetische Verweildauerverteilung nach Krankenhäusern .....	31
Abbildung 3-23	Verweildauerverteilung nach Klassen nach Krankenhäusern.....	31
Abbildung 3-24	Verteilung der Verweildauerausreißer nach Krankenhäusern .....	32
Abbildung 3-25	Veränderung der Verweildauerausreißer der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur Version 1.0 .....	32



Abbildung 3-26	Veränderung der Anteile von unteren Ausreißern nach Krankenhäusern .....	33
Abbildung 3-27	Veränderung der Anteile von oberen Ausreißern nach Krankenhäusern .....	33
Abbildung 3-28	Verteilung der Stichprobe auf die Hauptdiagnosekategorien.....	34
Abbildung 3-29	Veränderungen der Fallzahl zwischen den MDCs im G-DRG-System 2004 versus G-DRG-System 1.0.....	35
Abbildung 3-30	Basis-DRGs (> 100 Fälle) innerhalb der MDC 09 im G-DRG-System 2004.....	36
Abbildung 3-31	Fallzahlveränderung innerhalb der Basis-DRGs der MDC 09 des G-DRG-System 2004 im Vergleich zum G-DRG-System 1.0 .....	36
Abbildung 3-32	Verteilung der Stichprobe auf abrechenbare DRGs in der MDC 09 .....	37
Abbildung 3-33	Top 15 G-DRGs nach dem Case-Mix .....	38
Abbildung 3-34	Top 15 Basis-DRGs nach dem Case-Mix .....	39
Abbildung 3-35	Case-Mix-Index nach Krankenhäusern .....	43
Abbildung 3-36	Absolute Case-Mix-Index Veränderungen der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur G-DRG Version 1.0 nach Krankenhäusern .....	43
Abbildung 3-37	Prozentuale Case-Mix-Index Veränderungen der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur G-DRG Version 1.0 nach Krankenhäusern .....	44
Abbildung 3-38	Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und CMI der Krankenhäuser (R=0,392).....	45
Abbildung 3-39	Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und CMI der Krankenhäuser ohne Krankenhaus C (R=0,782).....	45
Abbildung 3-40	Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und den Bewertungsrelationen der häufigsten (> 50 Fälle) G-DRGs (R=0,929) .....	46
Abbildung 3-41	Verteilung der unterschiedlichen Aufwandsarten .....	47
Abbildung 3-42	Anteil der Fälle in der G-DRG J61C (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter < 18 Jahre) in der Basis-DRG J61 nach Krankenhäusern .....	59
Abbildung 3-43	Anteil der Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-Gruppe L40 (Psoriasis) in der Basis-DRG J61 nach Krankenhäusern .....	59
Abbildung 3-44	Aufwandäquivalentverteilung der Krankenhäuser in der G-DRG J61B .....	60
Abbildung 3-45	Zusammenhang zwischen Aufwand und dem Anteil der Diagnosegruppe L40 (Psoriasis) nach Krankenhaus (R=0,13).....	60
Abbildung 3-46	Zusammenhang zwischen der Verweildauer (dem Aufwandäquivalent) und dem Patientenalter in der Basis-DRG J61 .....	61
Abbildung 3-47	Anteile von Verweildauerausreißern in der Basis-DRG J61 nach Krankenhäusern .....	62
Abbildung 3-48	Verteilung der Fälle mit der Hauptdiagnose L88 (Pyoderma gangraenosum) nach Krankenhäusern .....	62
Abbildung 3-49	Aufwandäquivalentverteilung der G-DRG J68Z .....	70
Abbildung 3-50	Verteilung der Aufwandarten nach Krankenhäusern in der G-DRG J68Z.....	70
Abbildung 3-51	Verteilung der Verweildauerausreißer in der Basis-DRG J67 nach Krankenhäusern .....	79

Abbildung 3-52	Herkunft der G-DRG J68Z (G-DRG-System 2004) aus den G-DRGs des G-DRG-Systems der Version 1.0 .....	84
Abbildung 3-53	Anteil der Fälle mit Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie innerhalb der Basis-DRGs J08 und J11 und Anteil der Fälle in diesen Basis-DRGs mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe C43 (Bösartiges Melanom) .....	95
Abbildung 8-1	Entwicklung der Gesundheitsausgaben: Anteil der anderen Gesundheitsausgaben sowie Anteil der Krankenhausausgaben am BIP [Quelle: Statistisches Bundesamt].....	I

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1	PCCL Differenzen G-DRG-System 2004 versus G-DRG-System 1.0 .....	26
Tabelle 3-2	Top-20 Hauptdiagnosen .....	39
Tabelle 3-3	Top-10 Hauptdiagnosen des ICD-10 Kapitels 10 (Bösartige Neubildungen) .....	40
Tabelle 3-4	Top-20 Nebendiagnosen .....	41
Tabelle 3-5	Top-20 Leistungen der Sonderdokumentation nach Aufwand .....	42
Tabelle 3-6	Basis-DRG J61, allgemeine Kennzahlen .....	58
Tabelle 3-7	Schweregradsteigernde Nebendiagnosen in der G-DRG J61A .....	61
Tabelle 3-8	DRG-Kennzahlen der G-DRG J66Z bei Einführung eines PCCL-Splitts .....	67
Tabelle 3-9	Vergleich der Kennzahlen der Basis-DRG J66 .....	67
Tabelle 3-10	Eingruppierung der Fälle mit der Hauptdiagnose C79.2 (Sekundäre bösartige Neubildung der Haut); N=160 .....	68
Tabelle 3-11	Anteil an oberen Verweildauer ausreißern in der G-DRG J67B für bestimmte Hauptdiagnosen .....	78
Tabelle 3-12	Eingruppierung und Anzahl der Hauptdiagnosen aus dem Bereich der Kontaktdermatitiden .....	80
Tabelle 3-13	Aufwandäquivalent der Fälle mit der Hauptdiagnose Kontaktdermatitis im Vergleich zu allen Fällen dieser DRGs .....	80
Tabelle 3-14	Fälle mit einem Belegungstag in den Basis-DRGs J60 und J64 .....	85
Tabelle 3-15	Herkunft und Aufwandäquivalent der Fälle mit einem Belegungstag in der operativen Partition der MDC 09 innerhalb der „dermatologisch orientierten“ DRGs im Vergleich zu allen Fällen dieser DRGs .....	85
Tabelle 3-16	Veränderungen der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer (HK VWD) und des Aufwandäquivalents (HK A) bei Ausgliederung der Fälle mit einem Belegungstag (HK VWD neu) bzw. (HK A neu) .....	86
Tabelle 3-17	Top 15 Hauptdiagnosen der operativen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag; mittleres Aufwandäquivalent dieser Hauptdiagnosen insgesamt (A) sowie ohne sehr aufwendige Leistungen (A neu) .....	87
Tabelle 3-18	Top 10 Prozeduren der operativen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag .....	88
Tabelle 3-19	Vergleich der Vergütung für Eintagesfälle in Prozent der Bewertungsrelation zu dem mittleren Aufwandäquivalent der Eintagesfälle in Prozent des mittleren Aufwandäquivalentes aller Fälle .....	89
Tabelle 3-20	Diagnosen der ICD Kategorie O26 (Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind) .....	91
Tabelle 3-21	Kodierung der verschiedenen Lokalisation der Sentinel-Lymphonodektomie .....	91
Tabelle 3-22	Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie nach Basis-DRGs .....	92
Tabelle 3-23	Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie in den Basis-DRGs J08 und J11 mit ihrem durchschnittlichen Aufwandäquivalent im Vergleich zum Aufwandäquivalent innerhalb der abrechenbaren DRGs.	

	Homogenitätskoeffizient des Aufwandäquivalentes vor und nach Ausgliederung der Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie .....	93
Tabelle 3-24	Hauptdiagnosen der Fälle mit Anwendung der Sentinel- Lymphonodektomie .....	94

## Abkürzungsverzeichnis

A	Aufwandäquivalent
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
CCL	Complication or comorbidity level [Komorbiditäts- und Komplexitätsstufe]
CM	Case-Mix
CMI	Case-Mix-Index
DDG	Deutsche Dermatologische Gesellschaft
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG-NT	Tarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft - Normaltarif
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HK	Homogenitätskoeffizient
HOL	High outlier [Obere Verweildauerausreißer]
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [Internationale Klassifikation der Krankheiten]
IL	Inlier [Standardfälle]
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
ITS	Intensivstation
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LOL	Low outlier [Untere Verweildauerausreißer]
MDC	Major Diagnostic Category [Hauptdiagnosekategorie]
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V
PCCL	Patient Clinical Complexity Level [Patientenbezogene Komorbiditäts- und Komplexitätsstufe]
PCS	Patient Classification System [Patientenklassifikationssystem]
R	Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson
SGB	Sozialgesetzbuch
VWD	Verweildauer (mittlere arithmetische)

## 1 Einleitung

Krankenhäuser waren bis Anfang der siebziger Jahre auf erhebliche Finanzaufwendungen ihrer Träger angewiesen. Dies führte zu einer jährlichen Unterdeckung von über einer Milliarde Euro, die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland erschien in ihrem Niveau gefährdet.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde daher 1973 das Selbstkostendeckungsprinzip eingeführt. Jedes Krankenhaus hatte dadurch einen Anspruch auf Erstattung aller nachweisbaren Kosten, die nahezu zwangsläufig überproportional anstiegen. 1989 wurde deshalb mit dem Gesundheitsreformgesetz der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (s. Anhang B) eingeführt, der zu einem zentralen Bestandteil der Krankenhausgesetzgebung geworden ist.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1993 die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips beschlossen. Krankenhäuser haben seitdem nur noch einen Anspruch auf medizinisch leistungsgerechte Budgets. Jedoch konnte weder hierdurch noch durch die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, legislativ vorgegebenen Nullrunden oder der Einführung von Betriebsvergleichen die Beitragssatzstabilität erreicht werden. Der durchschnittliche Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stieg zwischen 1992 und 2003 kontinuierlich von 12,5 % auf 14,5 %.

Zentrales Steuerungsinstrument des Krankenhausesektors ist das Vergütungssystem. Daher wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 der Umstieg auf ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschaliertes Entgeltsystem basierend auf Diagnosis Related Groups (DRGs) beschlossen. Hiervon erwartet sich der Gesetzgeber eine deutliche Intensivierung des Wettbewerbs, die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, eine verbesserte Effizienz und dadurch sinkende Kosten im Bereich des Krankenhausesektors [1].

Das Vergütungssystem wurde, basierend auf einem international bereits eingesetzten System (AR-DRGs [Australian Refined Diagnosis Related

Groups]) von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entwickelt.

Der im Fallpauschalengesetz (FPG) vorgegebene Zeitplan für die Ausarbeitung und Implementierung des neuen Vergütungssystems konnte weitgehend eingehalten werden und seit dem 1. Januar 2004 sind alle Krankenhäuser verpflichtet, stationäre Behandlungsleistungen nach diesem Vergütungssystem abzurechnen.

Von ausschlaggebender Bedeutung für die Funktionsfähigkeit eines DRG-Systems als Vergütungssystem ist die sachgerechte Fallabbildung [28][29].

In der vorliegenden Arbeit wird die sachgerechte Fallabbildung für das Fachgebiet Dermatologie anhand der Daten aus einem DRG-Evaluationsprojekt der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) [11] für das aktuell gültige Klassifikationssystem (G-DRG Version 2004) analysiert.

## **1.1 DRG-Systeme**

Diagnosis Related Groups ist eines von vielen Patientenklassifikationssystemen (PCS), das Patienten bzw. deren Behandlung in klinisch definierte Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten unterteilt [22].

DRGs haben sich von den verschiedenen PCS weltweit am weitesten verbreitet, insbesondere weil sie alle Behandlungsfälle in Krankenhäusern aufgrund meist routinemäßig erhobener Daten in eine Fallgruppe einordnen können und dadurch relativ einfach auch für die Ausgestaltung von Vergütungssystemen eingesetzt werden können.

### **1.1.1 Entwicklung der DRGs**

Die Entwicklung der DRGs begann 1967, als eine Arbeitsgruppe um Professor Robert B. Fetter der Yale University den Output des Universitätsklinikums durch ein System zur Klassifizierung von Krankenhauspatienten darzustellen versuchte, um die Krankenhausleistung messen und evaluieren zu können [8].

Mit einer solchen „Produktdefinition“ wurde die Möglichkeit gesehen, Methoden

der Industriebetriebslehre wie Kosten- und Qualitätskontrolle in vollem Umfang im Krankenhaus anzuwenden. Die Arbeiten führten 1977 zur ersten Vorstellung einer DRG-Klassifikation (Yale-DRG) und 1980 zur ersten Anwendung eines DRG-basierten Vergütungssystems in 26 Akutkrankenhäusern in New Jersey. 1983 wurde ein überarbeitetes System für die Vergütung der Medicare Versicherten in den USA landesweit eingesetzt (Health Care Financing Administration DRGs [HCFA-DRG]). DRG-Systeme wurden im Weiteren insbesondere durch eine differenzierte Berücksichtigung von ressourcensteigernden Kriterien (z. B. Diagnosen, Alter) verfeinert. Solchermaßen veränderte Systeme werden als Refined DRG-Systeme bezeichnet [9].

Mittlerweile sind DRG-Systeme international weit verbreitet und werden auch in vielen europäischen Ländern im Rahmen der Krankenhausvergütung eingesetzt [24]. Der in Deutschland verfolgte Ansatz, alle Krankenhauskosten durch ein DRG-System zu vergüten, ist jedoch weltweit einzigartig.

### **1.1.2 Das G-DRG-System**

Die German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) basieren auf den Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs) in der Version 4.1 [2]. Die erste im Jahre 2003 gültige G-DRG Version (Version 1.0) [16] war kaum mehr als eine Übersetzung des australischen Originals. Anpassungen an die deutsche Behandlungsrealität wurden nur in sehr geringem Umfang durchgeführt. Die im Jahre 2004 gültige Version 2004 kann jedoch als erste eigenständige G-DRG Version bezeichnet werden, da in großem Maße Anpassungen anhand einer umfangreichen deutschen Datenbasis durchgeführt wurden [17].

### **1.1.3 Gruppierung im G-DRG-System 2004**

Jeder Krankenhausfall wird gemäß eines Algorithmus genau einer von 824 G-DRGs zugeordnet (gruppiert). Diese Zuordnung ist eindeutig. Identisch dokumentierte Behandlungsfälle werden immer der gleichen G-DRG zugeordnet. Die Gruppierung erfolgt anhand spezifischer gruppierungsrelevanter Kriterien durch eine Gruppierungssoftware (Grouper).



---

Für die Gruppierung relevant sind insbesondere folgende Kriterien:

- Hauptdiagnose, Nebendiagnose(n)
- Prozedur(en)
- Alter, Geschlecht
- Verweildauer, Entlassungsart
- Geburts- bzw. Aufnahmegegewicht
- Psychische Zwangseinweisung
- Beatmungstundenzahl

Die Gruppierung erfolgt in einer nahezu durchgehend hierarchischen Struktur. Anhand der Hauptdiagnose erfolgt die Zuordnung in eine von 23 Hauptdiagnosekategorien (MDCs). Diese repräsentieren ein Körpersystem oder eine Erkrankungsätiologie. Einige besonders kostenintensive Fälle (z. B. Organtransplantationen) werden vorab, vorwiegend prozedurenbezogen, der Prä-MDC zugeordnet und in eine von 37 Prä-DRGs eingruppiert.

Auf der Ebene der Hauptdiagnosekategorien werden die Behandlungsfälle abhängig von einer durchgeführten Prozedur in eine von drei Partitionen eingeteilt. Die Gruppierung erfolgt in eine chirurgische Partition bei durchgeführter Operation, in eine andere Partition bei einer invasiven Diagnostik (z. B. Linksherzkatheteruntersuchung, Magenspiegelung) und in eine medizinische Partition, falls keine gruppierungsrelevante Prozedur durchgeführt wurde. Die weitere Zuordnung erfolgt anhand der Hauptdiagnose, einer Prozedur und selten anderer Kriterien, in eine von insgesamt 471 Basis-DRGs.

Anschließend erfolgt durch eine individuell berechnete patientenbezogene Komorbiditäts- und Komplexitätsstufe (PCCL) die Berücksichtigung des Schweregrades eines Behandlungsfalles. Die Ermittlung resultiert aus einer Bewertung der kodierten Nebendiagnosen [10]. Jede Nebendiagnose erhält, abhängig von der jeweiligen Hauptdiagnose, in diesem Bewertungsverfahren eine Komorbiditäts- und Komplexitätsstufe (CCL) zwischen null und vier. Aus

allen CCL eines Behandlungsfalles ergibt sich durch ein rekursives Ausschlussverfahren und die anschließende Bewertungsformel die fallindividuelle PCCL, ebenso ein Wert zwischen null und vier, die ein Maß für die individuelle Fallschwere innerhalb einer Basis-DRG darstellt und der Eingruppierung in eine abrechenbare G-DRG dient (150 Basis-DRGs sind 2fach, 56 Basis-DRGs 3fach, 25 Basis-DRGs 4fach und 4 Basis-DRGs sind 5fach gesplittet; 236 Basis-DRGs sind nicht gesplittet). Neben der PCCL können auch andere Faktoren die Gruppierung in eine abrechenbare DRG triggern. Insgesamt existieren 824 abrechenbare G-DRGs.

Fehlerhaft kodierte (z. B. Fälle mit fehlender Hauptdiagnose) oder unplausible Fälle (z. B. Fälle mit einer aufwendigen Operation die regelmäßig nicht bei Vorliegen der kodierten Hauptdiagnose erbracht wird) werden in eine von 7 Fehler-DRGs gruppiert.

Die G-DRGs sind nach einer systematischen vierstelligen Nomenklatur benannt, die der hierarchischen Struktur des Gruppierungsalgorithmus folgt. Der erste Buchstabe steht für eine der 23 MDCs oder die Prä-MDC bzw. die Ziffer 9 für eine Fehler-DRG. Die anschließenden beiden Ziffern beschreiben die Partition (01-39: chirurgische Partition; 40-59: andere Partition; 60-99: medizinische Partition). Der Buchstabe an der vierten Stelle beschreibt die Aufgliederung einer Basis-DRG in unterschiedliche Schweregrade. Hierbei steht A für die schwersten Fälle und die Buchstaben B-E für absteigend leichtere Fälle (Abbildung 1-1). Der Buchstabe Z zeigt an, dass die Basis-DRG nicht weiter untergliedert wurde.

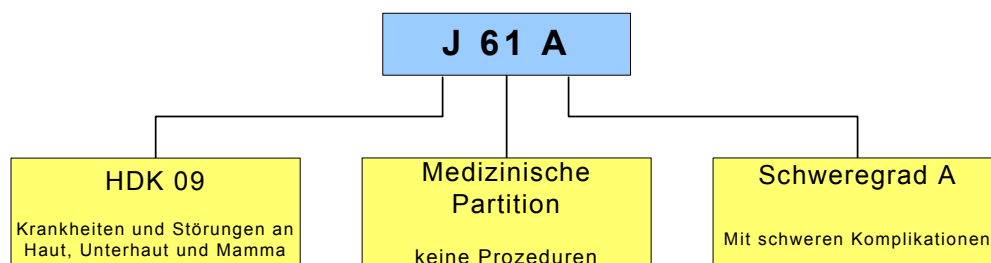


Abbildung 1-1: G-DRG Nomenklatur am Beispiel der G-DRG J61A (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC)

Um eine korrekte Eingruppierung eines Behandlungsfalles zu ermöglichen, ist

die detaillierte Erfassung der die Gruppierung beeinflussenden Kriterien notwendig. Insbesondere müssen die Hauptdiagnose, alle Nebendiagnosen und die Prozeduren erfasst werden. Hierdurch bestimmt sich im G-DRG-System direkt die Vergütung.

#### 1.1.4 Vergütung im G-DRG-System

Jeder G-DRG ist bundeseinheitlich eine Bewertungsrelation hinterlegt (18 der 824 G-DRGs konnten nicht bewertet werden, für diese sind krankenhausesindividuell pauschalisierte Entgelte zu verhandeln). Die Bewertungsrelationen wurden basierend auf einer Kalkulationsstichprobe von 137 Krankenhäusern bzw. 2,5 Mill. Fällen ermittelt [17].

Zunächst wurden die durchschnittlichen Kosten der Verweildauerstandardfälle (Inlier) der Kalkulationsstichprobe je G-DRG ermittelt, um dann diese Größe mit der Fallzahl der Inlier dieser G-DRG (aus den zur Verfügung gestellten Daten gem. § 21 KHEntgG; insgesamt 17,9 Mill. Fälle) zu gewichten und entsprechend dieser Fallzahl auf den Wert 1,0 zu normieren [17].

Ein Krankenhaus erhält für jede Behandlung eines Falls in einer abrechenbaren G-DRG den gleichen Betrag, unabhängig von der individuellen Aufenthaltsdauer, solange definierte Verweildauergrenzen nicht über- oder unterschritten werden. Für Behandlungsfälle außerhalb dieser Grenzverweildauern werden tagespauschalierte Zu- bzw. Abschläge in die DRG-Fallpauschale eingerechnet [20]. Die Vergütung bestimmt sich aus dem Produkt aus Basisfallwert und der Bewertungsrelation der DRG (Abbildung 1-2).

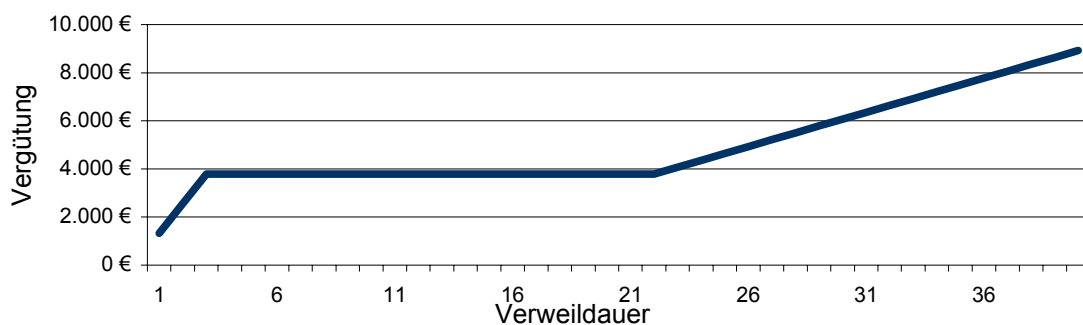


Abbildung 1-2 Vergütung der G-DRG J61A (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC) in Abhängigkeit von der Verweildauer bei einem angenommenen Basisfallwert von 2.800 €.

Werden alle in einem zu betrachtenden Zeitraum in einem Krankenhaus behandelten Fälle in die DRG-Fallgruppen gruppiert und mit den Bewertungsrelationen bewertet, ergibt sich hieraus als Summe der Case-Mix, welcher den gesamtökonomischen Aufwand innerhalb des Krankenhauses widerspiegelt.

$$\text{Case-Mix} = \sum \text{Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle}$$

Der Case-Mix geteilt durch die zugrunde liegende Anzahl der behandelten Fälle ergibt den Case-Mix-Index. Er ist ein Indikator für die durchschnittliche Ressourcen-Intensität der behandelten Fälle.

$$\text{Case-Mix-Index} = \frac{\sum \text{Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle}}{\text{Anzahl der Behandlungsfälle}}$$

## 1.2 Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

Das G-DRG-System basiert auf dem Australischen AR-DRG-System, das primär nicht zur direkten Finanzierung der Krankenhausleistungen, sondern als Basis der Budgetbemessung verwendet wird. Das G-DRG-System soll jedoch Basis für ein Preissystem sein, welches möglichst sämtliche Krankenhausleistungen vergütet. Wird das G-DRG-System solchermaßen als Vergütungssystem eingesetzt, muss eine sehr differenzierte Abbildung der medizinischen Leistungen erfolgen können, um eine sachgerechte Vergütung zu gewährleisten und möglichst geringe Fehlanreize zu setzen.

Die erste G-DRG Version war nicht geeignet, diese Leistungswirklichkeit korrekt abzubilden. Dies wurde auch von den Selbstverwaltungspartnern offen propagiert. Um das deutsche Behandlungsgeschehen sachgerecht abzubilden und zu vergüten, musste eine umfassende Anpassung des Klassifikationssystems als Basis für das Preissystem erfolgen [13].

Die G-DRG Version 2004 stellt eine grundlegende Weiterentwicklung der Version 1.0 dar. Im Bereich der dermatologisch relevanten DRGs wurden nahezu alle Fallgruppendefinitionen überarbeitet. Die Vorschläge der DDG

finden fast vollständig Eingang in die neue Klassifikation [15][18][19].

### **1.2.1 G-DRG Systempflege**

Der Gesetzgeber hat die kontinuierliche Weiterentwicklung des G-DRG-Systems den Selbstverwaltungspartnern übertragen. Das von diesen gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) führt die G-DRG-Kostenkalkulation durch und bindet insbesondere medizinische Fachgesellschaften durch ein Antragsverfahren in die Systementwicklung ein.

Um eine sachgerechte Fallabbildung zu gewährleisten, müssen DRG-Systeme in kurzen Abständen an die veränderten Behandlungsmodalitäten angepasst werden. Dies geschieht auf der monetären Ebene durch eine Fallkostenkalkulation und auf der medizinischen Ebene durch eine Analyse der Leistungsdaten durch das InEK.

Um die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems möglichst resistent gegen die Einflüsse von Interessengruppen zu gestalten, soll diese primär datengetrieben erfolgen. Nachteil dieses Verfahrens ist, dass medizinische Spezialbereiche mit nur geringen ökonomischen Auswirkungen auf das Gesamtsystem nicht anhand der vorliegenden Daten dargestellt werden können und damit im G-DRG-System möglicherweise nicht differenziert genug abbildbar sind.

### **1.2.2 Vorschlagsverfahren für 2005**

Das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005 (Vorschlagsverfahren für 2005) anhand eines strukturierten Dialoges wurde im November 2003 eröffnet. Änderungsvorschläge konnten dem InEK bis 31. März 2004 mitgeteilt werden. Diese Fristen sind zwangsläufig eng gelegt, da eine jährliche Weiterentwicklung des G-DRG-Systems dringend notwendig ist. Das G-DRG-System 2005 wird basierend auf den Krankenhausdaten des Jahres 2003 Mitte des Jahres 2004 kalkuliert.

### **1.2.3 Das DDG-Evaluationsprojekt**

Die DDG hat ein DRG-Evaluationsprojekt in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster und der Bundesärztekammer durchgeführt [11][12][30][31]. Wesentliches Projektziel war die medizinische und ökonomische Homogenitätsprüfung der Fallgruppen. Hierbei wurde überprüft, ob die Behandlungsfälle, die einer bestimmten DRG zugeordnet wurden, nach statistischen Kriterien homogen waren und wie sich die medizinische Homogenität darstellt. Basierend auf diesen Ergebnissen wurden entsprechende Vorschläge zur Beseitigung der Schwachpunkte des G-DRG-Systems der Version 1.0 entwickelt.

Anhand dieser Projektdaten wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, ob und in welcher Güte durch die Verbesserungsvorschläge und weitere Klassifikationsänderungen die Abbildung dermatologischer Leistungen im G-DRG-System 2004 im Vergleich zum System 1.0 verbessert werden konnte und in welchen Bereichen möglicherweise weiterer Anpassungsbedarf besteht. Entwickelte Anpassungsvorschläge könnten von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, als zuständiger Fachgesellschaft, in das Vorschlagsverfahren 2005 eingebracht werden.

## **2 Methodik**

### **2.1 Datenbasis**

Datenbasis der vorliegenden Analyse sind Daten aus dem DRG-Evaluationsprojekt der DDG. Dies gliederte sich in eine dreimonatige retrospektive und eine viermonatige prospektive Projektphase. Die retrospektive Phase diente der Aufdeckung von Problemen der Kodierqualität. Die Datenqualität konnte für die anschließende prospektive Projektphase durch ein strukturiertes Feedback und die Erstellung eines Kodierleitfadens deutlich verbessert werden. In die vorliegende Analyse gingen ausschließlich Daten der prospektiven Projektphase ein, da nur hier besondere Leistungen, die sich nicht über den OPS-Katalog abbilden ließen, zusätzlich kodiert wurden und die Datenqualität für eine solche Auswertung geeignet erschien.

In die prospektive Stichprobe gingen 19.403 Fälle aus 19 dermatologischen Fachabteilungen (zehn universitäre und neun nicht-universitäre Einrichtungen) ein, die zwischen dem 1. August und dem 30. November 2001 aufgenommen und bis 31. Dezember 2001 entlassen wurden.

### **2.2 Datenerhebung und Bereitstellung**

Ein Teil der benötigten Daten konnte aus der Routinedokumentation des Krankenhausinformationssystems (KIS) übernommen werden. Die exportierten Daten wurden danach in die von der DRG-Research-Group zur Verfügung gestellte Projektsoftware (DRG-Manager) eingelesen, um sie durch die zunächst papiergestützte zusätzliche Leistungsdokumentation zu ergänzen. Die so fertig gestellten Daten wurden dann gemäß der Schnittstellenbeschreibung (Anhang D) exportiert und an die Projektstelle geschickt. Dort erfolgte eine formale und inhaltliche Datenprüfung.

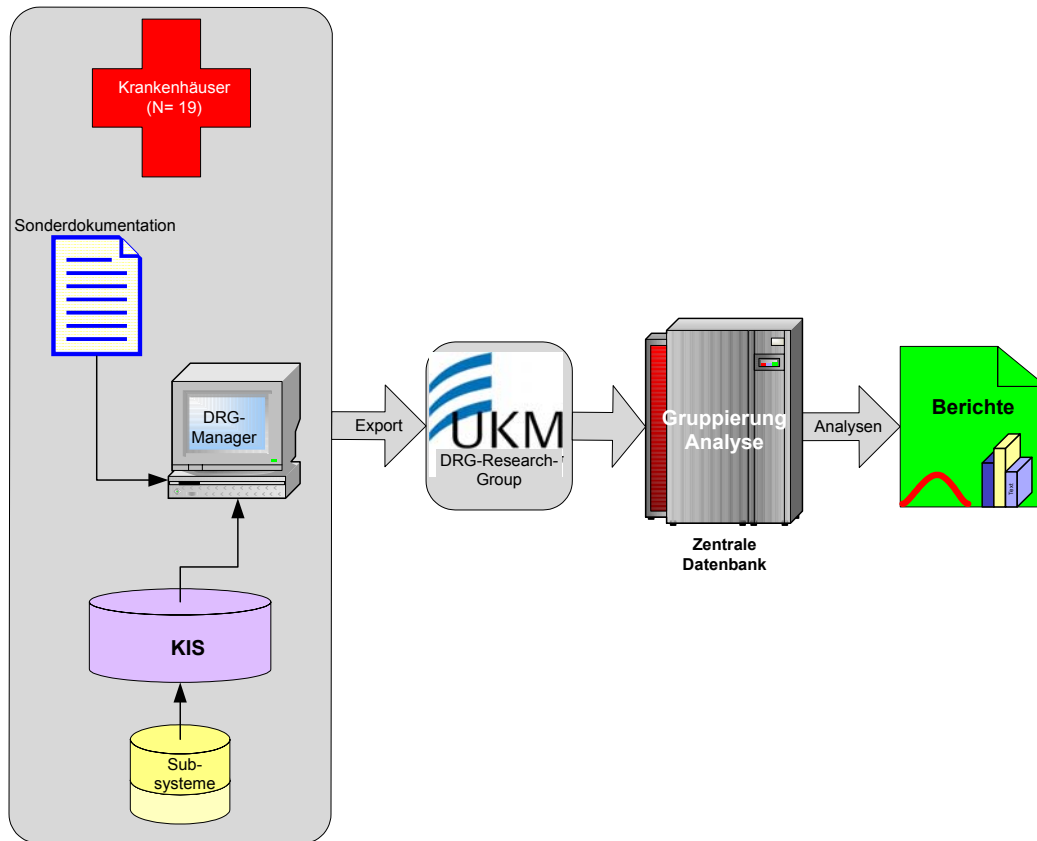


Abbildung 2-1 Datenfluss im DDG-Projekt

### 2.3 Anwendung der Kodierleitlinien und des Kodierleitfadens

Identische Behandlungsfälle müssen derselben DRG zugeordnet werden. Nur dann ist eine leistungsgerechte Vergütung basierend auf einem DRG-System möglich. Um eine einheitliche Anwendung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikationssysteme zu gewährleisten wurden von den Selbstverwaltungspartnern die Deutschen Kodierleitlinien (DKR) [6] in Anlehnung an die Australian Coding Standards veröffentlicht, die eine eindeutige Verschlüsselung ermöglichen sollen und bei der Kodierung zu beachten sind.

Für eine Untersuchung von DRG-Fallgruppen ist eine besonders hohe Kodierqualität zu fordern. Nur wenn davon ausgegangen werden kann, dass vergleichbare Fälle in allen Projektkliniken identisch kodiert werden, ist eine aussagefähige Auswertung auf DRG-Ebene durchführbar.



Aus diesen Gründen wurde für das Projekt ein spezieller Kodierleitfaden für das Fachgebiet Dermatologie erarbeitet [3]. Er engt den Ermessensspielraum der Kodierung mehr ein, als die Deutschen Kodierrichtlinien, um so eine einheitliche Kodierung zu gewährleisten [14].

## 2.4 Änderung der Kodierrichtlinien

Die G-DRG-Version 2003/2004 dient der Gruppierung von Daten mit dem im Jahr 2004 zur Abrechnung verwendeten Gruppierungsalgorithmus, die anhand der ICD-10-SGB V Version 2.0 [4] und des OPS-301 Version 2.1 [5] kodiert wurden.

Da sich die DKR ebenso wie die ICD- und OPS-Kataloge verändert haben [7] und die Gruppierung eine korrekte Anwendung der Kodierrichtlinien voraussetzt, können die Falldaten nicht übernommen werden, sondern müssen zusätzlich zum Prozeduren-Mapping (s. u.) teilweise umkodiert werden.

Folgende Umgestaltungen wurden berücksichtigt und in den Falldaten angeglichen:

- **Chemotherapie:** Gemäß den DKR 2004 ist bei Tagesfällen nun das Malignom als Hauptdiagnose zu kodieren (298 Fälle wurden umkodiert).
- **Strahlentherapie:** Gemäß den DKR 2004 ist bei Tagesfällen nun das Malignom als Hauptdiagnose zu kodieren (11 Fälle wurden umkodiert).
- **Maschinelle Beatmung:** Die Zuordnung zu einer Beatmungs-DRG erfolgt in der G-DRG Version 2004 ausschließlich aufgrund der angegebenen Beatmungstunden. In der G-DRG Version 1.0 führte sowohl die Angabe der Beatmungsdauer als auch die Verschlüsselung der entsprechenden OPS-Kodes in die Beatmungs-DRGs (5 Fälle wurden umkodiert).

## 2.5 Mapping

In dem Datenerhebungszeitraum war für die Kodierung der Prozeduren die

OPS Version 2.0 und für die Kodierung der Diagnosen die ICD Version 2.0 maßgebend. Die G-DRG Version 2003/2004 gruppiert Prozeduren der OPS Version 2.1. Daher erfolgte ein Mapping der Originaldaten auf die Version 2.1. Hierzu wurden die amtlichen Überleitungstabellen zwischen OPS-301 V2.0 und OPS-301 V2.1 des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) verwendet.

## **2.6 Bewertung der Leistungen mit Aufwandäquivalenten**

Zur Beurteilung der ökonomischen Homogenität einer DRG-Fallgruppe wurden für alle Fälle individuelle Aufwandäquivalente berechnet, die neben der Bewertung der Krankenhausgrundleistungen (Aufwand für Pflege, Hotelleistungen, Routinediagnostik, etc.) auch die kostenaufwendigen Zusatzleistungen (Operationen, teure Medikamente etc.) des gesamten Behandlungsprozesses abbilden. Über diese Bewertung wurde die Voraussetzung zur Überprüfung der ökonomischen Homogenität innerhalb der einzelnen Fallgruppen geschaffen.

Über die Krankenhausgrundleistungen hinausgehende Leistungen entstehen z. B. durch:

- Operationen
- Diagnostische oder therapeutische Funktionsleistungen
- Teure Medikamente, Laboruntersuchungen

Der gesetzliche OPS-301-Schlüssel ist kein differenzierter Einzelleistungserfassungsschlüssel und bildet daher häufig Leistungen bezüglich des Aufwandes nicht genau genug ab, um eine Aufwandzuordnung basierend auf kodierten OPS-Kodes zu ermöglichen. Insbesondere die fachspezifischen dermatologischen Prozeduren im konservativen wie auch operativen Teil des Fachgebietes waren aufgrund erheblicher Mängel im OPS in der Projektzeit unterrepräsentiert. Darum mussten im Rahmen der prospektiven Datenerhebung des Projektes die für die Beurteilung der genannten Leistungen notwendigen Daten zusätzlich zur Routinedokumentation erfasst werden. Solche zusätzlich dokumentierten Leistungen waren z. B.:

- Schnellhyposensibilisierung mit Bienen- oder Wespengift
- spezifische allergologische Provokationstestung
- extrakorporale Photophorese.

Neben diesen zusätzlich dokumentierten Leistungen erfolgte auch eine zusätzliche Dokumentation der häufigsten teuren Medikamente.

### **2.6.1 Aufwandäquivalente für Leistungen**

Durch eine Arbeitsgruppe wurde ermittelt, welche Leistungen (z.B. OPs, Funktionsleistungen, Laborleistungen) im Fachgebiet aufwandintensiv sind. Anschließend erfolgte eine ökonomische Bewertung. Dazu wurden wo immer möglich die ärztlichen und pflegerischen Arbeitsminuten sowie Materialkosten von den Experten erfragt. Differierten die Ergebnisse zwischen den Experten, wurde gemittelt. Bei der Bewertung war zu berücksichtigen, dass aufgrund der in Deutschland praktizierten dualen Krankenhausfinanzierung (Investitionen werden durch das Land finanziert) nicht alle Kosten in die Bewertung einfließen durften. Daher gingen in die Ermittlung der Sachkosten einer Leistung nur die Kosten der Verbrauchsmaterialien ein. Lagen für verwendete OPS-Schlüssel keine Aufwandbewertungen durch Expertenbefragung vor, wurden diese mit Hilfe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und des Tarifs der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) vorgenommen. Es wurde der Steigerungssatz von 1,5 (DKG-NT-Vollkostensatz) zugrunde gelegt.

Für alle bewerteten Leistungen wurde eine Einteilung in diagnostische und therapeutische Leistungen vorgenommen. So konnte der Aufwand getrennt dargestellt werden.

### **2.6.2 Aufwandäquivalente für Medikamente**

Für die Aufwandbewertung wurden 70 % des Rote-Liste-Preises zugrunde gelegt. Wenn die verwendeten Medikamente nicht in der Roten Liste aufgeführt waren, wurden andere Datenquellen (Lauer-Taxe, internationale Preise, Herstellerangaben) verwendet.

## 2.7 Ermittlung des Aufwandäquivalentes für jeden Fall

Die Krankenhausgrundleistung wurde über ein Tagesbasisaufwandäquivalent bewertet, welches pauschal den „Grundaufwand“ („Hotel“, ärztliche und pflegerische Grundleistung, Grundmedikation, Basisdiagnostik wie Röntgen-Thorax, Labor etc.) umfasst. Hierzu wurde ein tagesbezogener Aufwandwert durch Bildung des arithmetischen Mittels der Abteilungs- und Basispflegesätze aller Krankenhäuser ermittelt.

In der Regel werden die Leistungen einer Abteilung über die Basis- und Abteilungspflegesätze abgegolten. Um den fallbezogen dokumentierten Aufwand nicht doppelt zu bewerten, wurde das zu berechnende Tagesbasisaufwandäquivalent um den Anteil des fallbezogen erfassten Aufwandes bereinigt. Dazu wurde die Summe aller fallbezogenen Aufwandsdaten von dem gesamten Projektbasispflegesatzbudget (mittlerer Basispflegesatz x Gesamtbelegungstage) subtrahiert. Das Ergebnis dividiert durch die Gesamtbelegungstage ergibt einen Bewertungsmaßstab für die Grundleistung pro Belegungstag, der bei allen Projektkrankenhäusern gleichermaßen zum Ansatz kam.

Der Aufwand pro individuellem Fall berechnete sich aus der Summe der individuellen Leistungen, des Abteilungsaufwandes (mittlerer Abteilungspflegesatz x Belegungstage auf Normalstation), des Intensivaufwandes (mittlerer Intensivpflegesatz x Intensivverweildauer) und des Basisaufwandes (reduzierter Basispflegesatz x Verweildauer).

Aus der Bewertung des tagesabhängigen Aufwandes (reduzierter Basisaufwand, Abteilungsaufwand, Intensivaufwand) und des Aufwandes dokumentierter Leistungen resultierte eine Maßzahl für den individuellen ökonomischen Aufwand, mit dem die Aufwandhomogenität innerhalb einer DRG geprüft werden kann (Abbildung 2-2).

Therapie / Diagnostik	1.520		740							
Teure Medikamente	220	220	220	220	220	220	220	220		
Basisaufwand	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300
	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	9. Tag	10. Tag
<b>Gesamtaufwand <u>6.800</u></b>	300	2.040	520	520	520	520	520	1.260	300	300

Abbildung 2-2 Ermittlung des Aufwandäquivalentes für einen Fall

Identische Fälle aus verschiedenen Krankenhäusern (gleiche Verweildauer, gleiche Anzahl und Struktur von zusätzlichen Leistungen) erhielten nach diesem Modell die gleiche Gesamtaufwandbewertung, unabhängig von den individuellen Kosten, die in den jeweiligen Krankenhäusern angefallen sind.

## 2.8 Nicht bewertete OPS-Kodes

Von den insgesamt vorkommenden 1.806 verschiedenen OPS-Prozeduren konnten 268 OPS-Kodes nicht bewertet werden. Sie mussten jedoch zur Gesamtaufwandäquivalentermittlung des einzelnen Krankenhauses und des gesamten Aufwandäquivalentes des Projektes herangezogen werden. Sie wurden daher mit den Durchschnittsbewertungen der bewerteten OPS-Kodes des jeweiligen OPS-Kapitels bewertet, was zu einer kleinstmöglichen Umverteilung zwischen den Leistungsaufwandäquivalenten und den Tagessatzaufwandäquivalenten führte.

Insgesamt 108 der kodierten OPS-Kodes wurden mit Null bewertet. Dies betraf Prozeduren, die durch die besondere Leistungsermittlung schon dargestellt werden konnten (z. B. 8-800.3 [Transfusion von Blutzellen: Erythrozytenkonzentrat, Massentransfusion {> 5 Konserven}]) sowie Prozeduren, die aufgrund ihrer Geringfügigkeit oder Ungenauigkeit nicht näher bewertet und untersucht werden sollten.

## 2.9 Software

Die Daten wurden nach der G-DRG Version 2003/2004 mit einem lizenzierten Grouper (DrGroup®, Visasys Deutschland GmbH) gruppiert. Zur Datenprüfung wurde eine in der DRG-Research-Group entwickelte Software (DRG-Manager)

eingesetzt.

Die Analysen wurden mit MS-Access®, MS-Excel® und SPSS® durchgeführt.

Die Krankenhäuser wurden für diese Arbeit mit einem Identifikationsbuchstaben verschlüsselt. Diese Buchstaben wurden für die vorliegende Analyse neu vergeben und sind ausschließlich dem Autor und dem (Erst-) Referenten bekannt.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden 19.432 Patientendatensätze an die Datenannahmestelle übersandt. 29 Datensätze mussten von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden (ein kardiochirurgischer Patient sowie 28 vorstationäre Patienten, die ohne Patientenidentifikationsnummer nicht ihrem stationären Aufenthalt zugeordnet werden konnten).

Von den verbleibenden 19.403 Fällen waren 4.824 (25 %) teilstationäre Fälle und 14.579 (75 %) vollstationäre Fälle. Nur die vollstationären Fälle werden in der Analyse berücksichtigt. Für teilstationäre Leistungen konnten auch für das Jahr 2004 aufgrund schlechter Datenqualität keine Fallpauschalen durch das InEK berechnet werden. Daher erfolgt auch in dieser Arbeit keine solche Auswertung.

15 Fälle wurden in G-DRGs gruppiert, für die keine Bewertungsrelationen ermittelt werden konnten (13 Fälle A61Z [Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen], 2 Fälle B61B [Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne äußerst schwere CC]). 9 Fälle wurden aufgrund einer neuen Definition für unzulässige Hauptdiagnosen im System 2004 in die G-DRG 961Z (Unzulässige Hauptdiagnose) gruppiert und konnten nicht umkodiert werden. Diese wurden aus der weiteren Analyse ebenso ausgeschlossen (Abbildung 3-1).

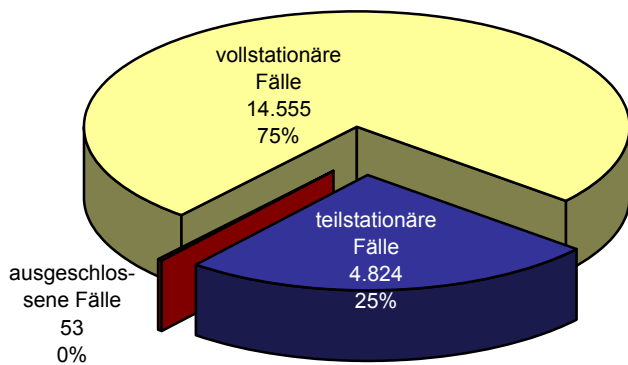


Abbildung 3-1 Verteilung der Stichprobe

Die Anzahl der in die Projektauswertung eingeschlossenen Fälle schwankte unter den 19 Krankenhäusern zwischen 125 (0,9 %) und 1.946 (14 %) (Abbildung 3-2).

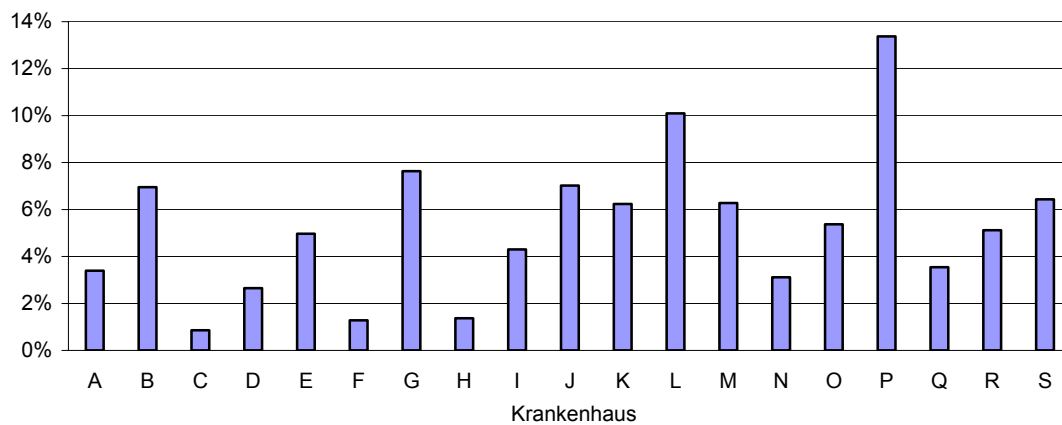


Abbildung 3-2 Fallanteil der einzelnen Krankenhäuser

Abbildung 3-3 zeigt die ausgeglichene Geschlechtsverteilung der analysierten Stichprobe.

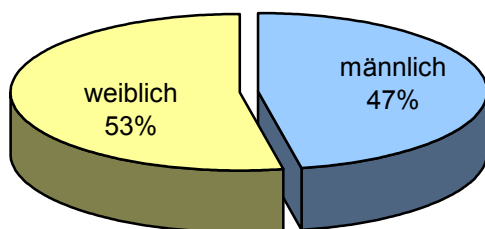


Abbildung 3-3 Geschlechtsverteilung der Stichprobe



### 3.1.1 Vergleich mit bundesdeutschen Daten

Von den 559.651 im Jahre 2000 in Deutschland aufgestellten Krankenhausbetten befanden sich 5.455 (0,97 %) in dermatologischen Fachabteilungen. In insgesamt 2.240 Krankenhäusern existierten 118 dermatologische Fachabteilungen. 5,3 % der Krankenhäuser hatten also eine dermatologische Fachabteilung. Die durchschnittliche Bettenauslastung aller Fachabteilungen lag bei 81,5 % bei einer gesamten Fallzahl von 16.486.672. In den dermatologischen Abteilungen lag die Bettenauslastung in diesem Zeitraum bei 82,9 %, die Fallzahl betrug 153.422. Die durchschnittliche Verweildauer betrug über alle Fachabteilungen 10,1 Tage, in den dermatologischen Fachabteilungen 10,8 Tage. Bezogen auf die Einwohnerzahl lag der bundesdeutsche Durchschnitt für die Dermatologie bei 6,6 Betten pro 100.000 Einwohner [35][36].

Von den 118 in Deutschland existenten dermatologischen Fachabteilungen nahmen 19 (16 %) an der prospektiven Phase des DDG-Projektes teil (Abbildung 3-4).

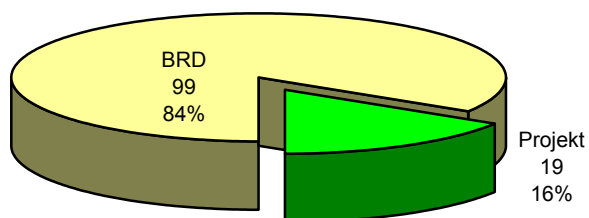


Abbildung 3-4 Anteil dermatologischer Fachabteilungen am Projekt

Eine Hochrechnung der eingeschlossenen vollstationären Fälle auf ein Jahr ergibt mit 43.608 Fällen einen Anteil von 28 % an allen (153.422) Fällen in deutschen dermatologischen Fachabteilungen (Abbildung 3-5).

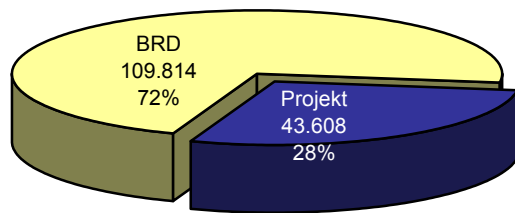


Abbildung 3-5 Fallzahl des Projektes versus Bundesdaten

Die Entwicklung der mittleren Verweildauer in Deutschland für alle Fachabteilungen (ohne Psychiatrie) zeigt zwischen 1991 und 2001 einen Rückgang von 14,6 Tage auf 10,1 Tage. In den dermatologischen Fachabteilungen konnte in diesem Zeitraum ein Rückgang von 15,7 auf 10,5 Tage verzeichnet werden. Die mittlere (arithmetische) Verweildauer in der Projektstichprobe betrug 9,6 Tage, liegt damit im Trend und evtl. etwas niedriger als der bundesdeutsche Durchschnitt der dermatologischen Fachabteilungen im Jahre 2002 (diese Daten liegen zur Zeit noch nicht vor) [38]. Abbildung 3-6 zeigt den Verlauf.

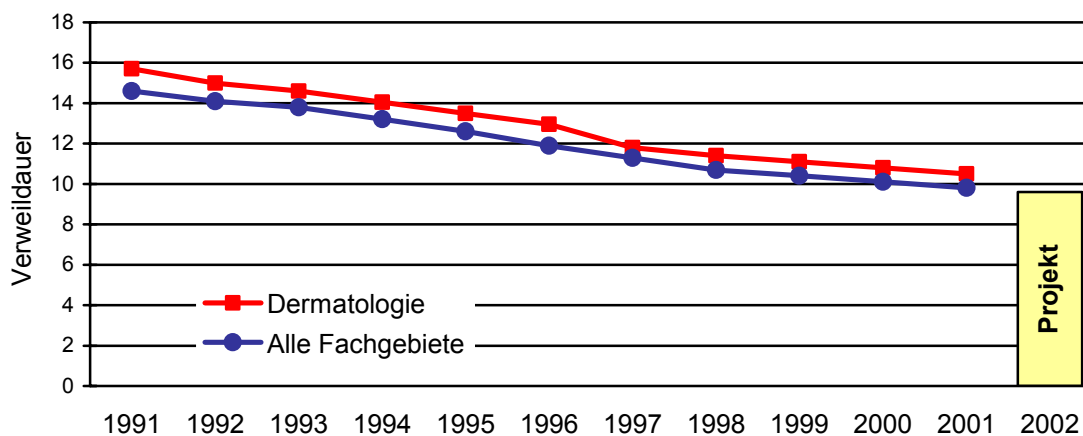


Abbildung 3-6 Entwicklung der Verweildauer

Ein Vergleich mit den Daten der zweiten deutschen DRG-Kalkulation zeigt, dass die Fallzahl der Projektstichprobe für die dermatologischen DRGs innerhalb der MDC 09 etwa  $\frac{1}{4}$  der Fallzahl der G-DRG-Kalkulationsstichprobe beträgt.

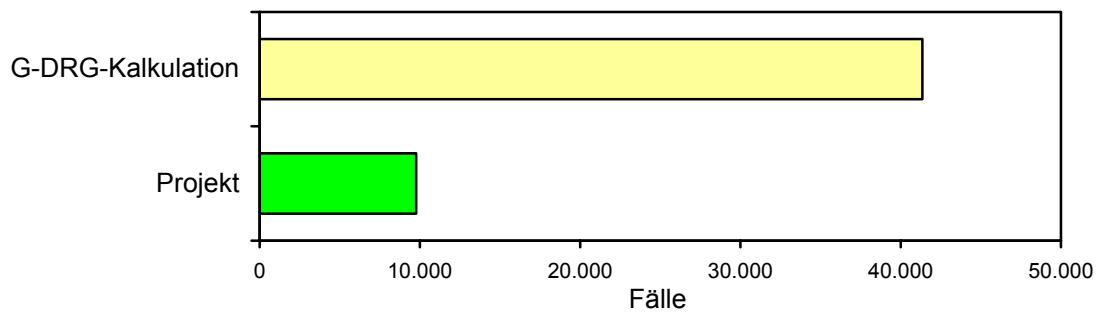


Abbildung 3-7 Fallzahl dermatologischer DRGs der G-DRG-Kalkulation versus DDG-Projekt

### 3.1.2 Geographische Verteilung

Die geographische Verteilung der teilnehmenden Projektkrankenhäuser zeigt, dass Krankenhäuser aus 12 der 16 Bundesländer am Projekt teilnahmen (Abbildung 3-8).

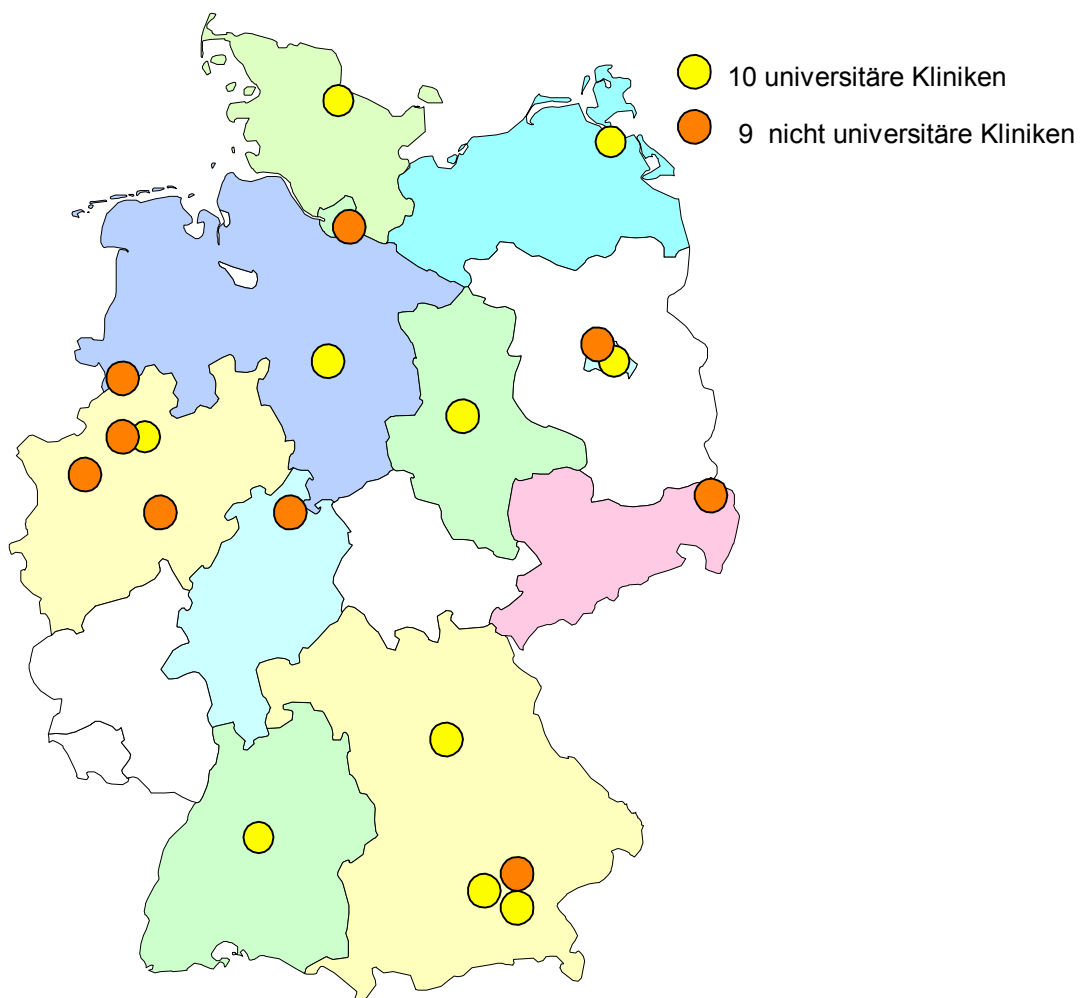


Abbildung 3-8 Geographische Verteilung der Krankenhäuser

### 3.1.3 Altersverteilung

Das durchschnittliche Alter aller analysierten Fälle betrug 55 Jahre. Klinikindividuell schwankte das durchschnittliche Alter zwischen 48,1 Jahren in Krankenhaus R und 62,3 Jahren in Krankenhaus Q (Abbildung 3-9).

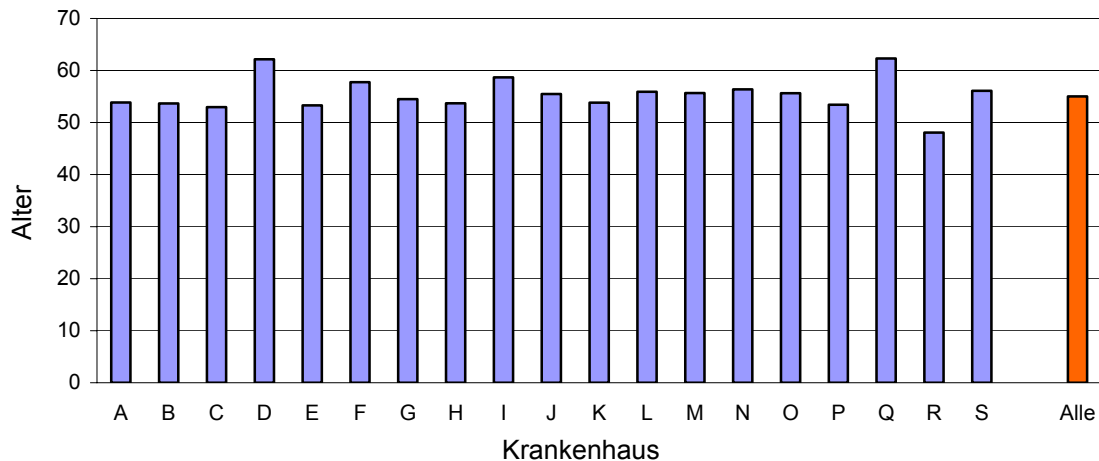


Abbildung 3-9 Durchschnittsalter nach Krankenhäusern

Die Altersverteilung nach Altersklassen zeigt, dass einzelne Krankenhäuser deutliche Abweichungen von dem Durchschnitt der Projektstichprobe aufweisen (Abbildung 3-10). Dies betrifft insbesondere die Krankenhäuser D und Q in der Altersklasse der über 80-Jährigen sowie Krankenhaus C im Bereich der 25 bis 44-Jährigen.

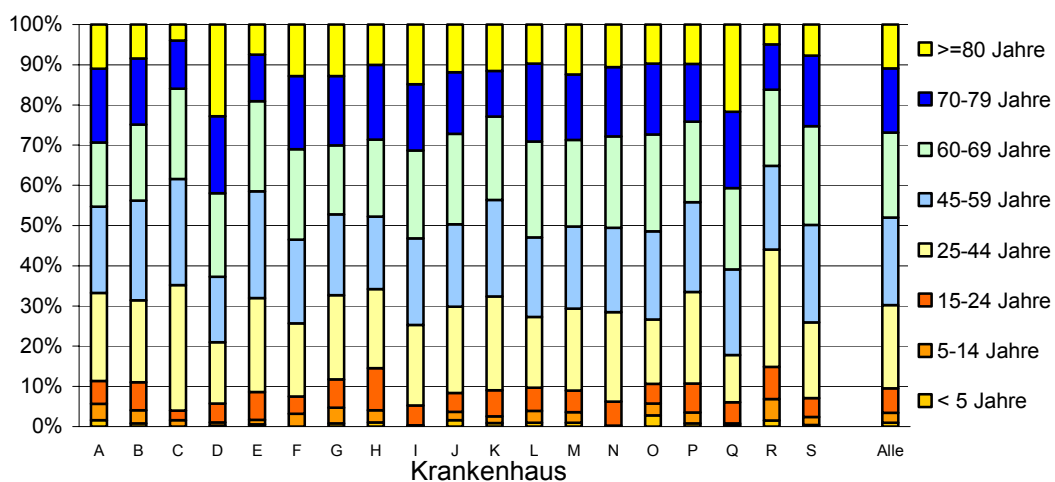


Abbildung 3-10 Altersverteilung nach Krankenhäusern

Es besteht ein geringer Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Patientenalter in den einzelnen Krankenhäusern und den durchschnittlichen Verweildauern ( $R=0,365$ ) (Abbildung 3-11).

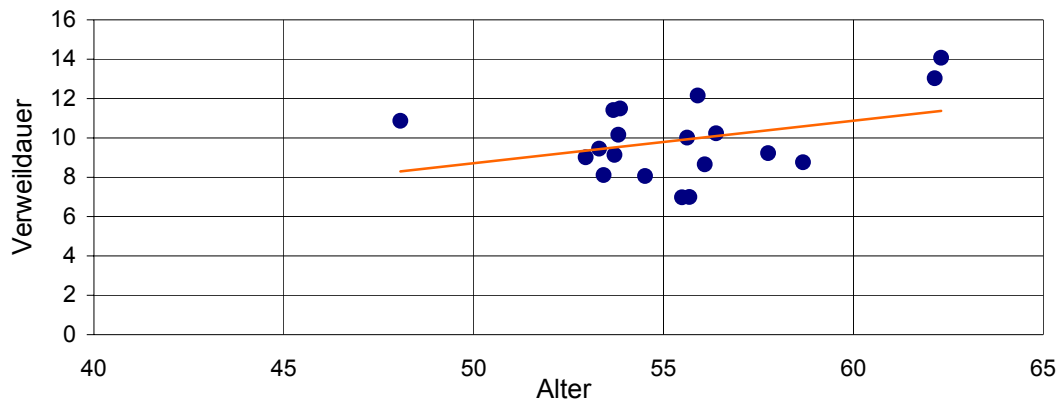


Abbildung 3-11 Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Patientenalter in den Krankenhäusern und der mittleren Verweildauer ( $R=0,365$ )

Im G-DRG-System 2004 wurden 46 G-DRGs, hierunter eine für dermatologische Fälle (J68Z: Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag), mit einem Belegungstag geschaffen. In diese DRGs werden Fälle eingruppiert, bei denen die Verweildauer gemäß § 1 Abs. 7 KFPV 2004 ein Belegungstag ist. Die vier im G-DRG-System 1.0 definierten Sameday-DRGs, bei denen Aufnahme und Entlassung auf den gleichen Kalendertag fielen, wurden bis auf die G-DRG L61Z (Stationäre Aufnahme zur Dialyse) gestrichen.

Das durchschnittliche Alter der Fälle in der G-DRG J68Z ( $N=511$ ) liegt mit 51,6 Jahren 3,4 Jahre unter dem Durchschnitt aller Fälle.

Eine positive Korrelation zeigt sich zwischen dem durchschnittlichen Patientenalter in den einzelnen Krankenhäusern und dem durchschnittlichen Aufwandäquivalent (Abbildung 3-12).

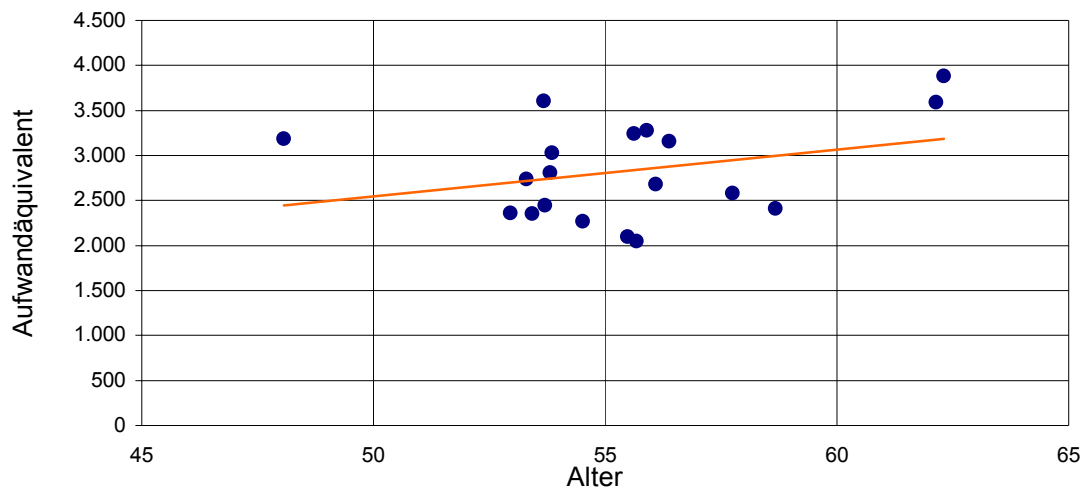


Abbildung 3-12 Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Patientenalter in den Krankenhäusern und mittlerem Aufwandäquivalent ( $R=0,31$ )

Eine Korrelation zwischen dem durchschnittlichen Patientenalter in den einzelnen Krankenhäusern und dem CMI zeigt sich jedoch nur sehr bedingt (Abbildung 3-13). Hier muss in weiteren Analysen versucht werden, die Einflussfaktoren des Alters auf den Aufwand zu identifizieren oder das Alter direkt als mögliches Splittkriterium mehr als bisher zu berücksichtigen.

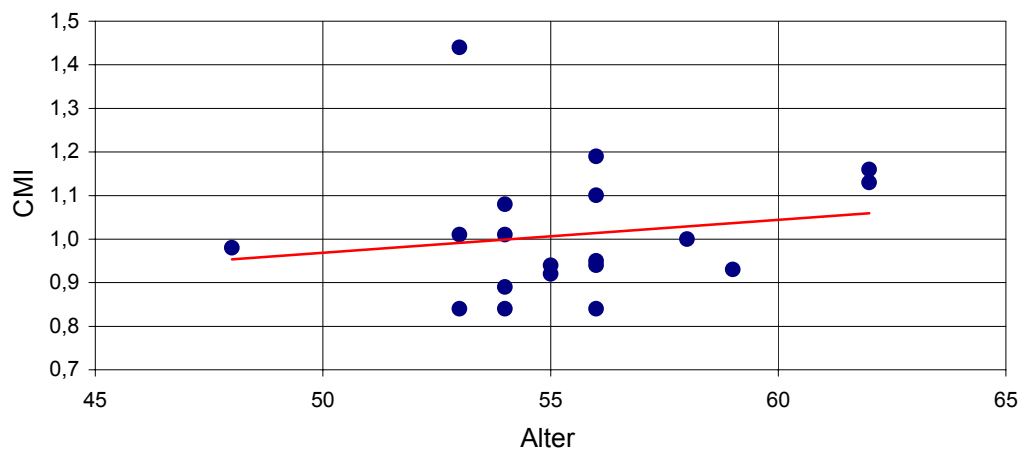


Abbildung 3-13 Zusammenhang zwischen durchschnittlichem Patientenalter in den Krankenhäusern und mittlerem Case-Mix-Index ( $R=0,16$ )

### 3.1.4 PCCL

Die PCCL kann Werte zwischen 0 und 4 annehmen. Die Verteilung der PCCL zeigt eine Dominanz der Fälle mit einer PCCL von 0 (67 %). Die PCCL von 2

und 3 sind mit einem Anteil von jeweils 14 % und 13 % vertreten, die höchste PCCL von 4 hat einen Anteil von 6 %. Die PCCL von 1 kommt in der Stichprobe bei 19 Fällen vor (0 %).

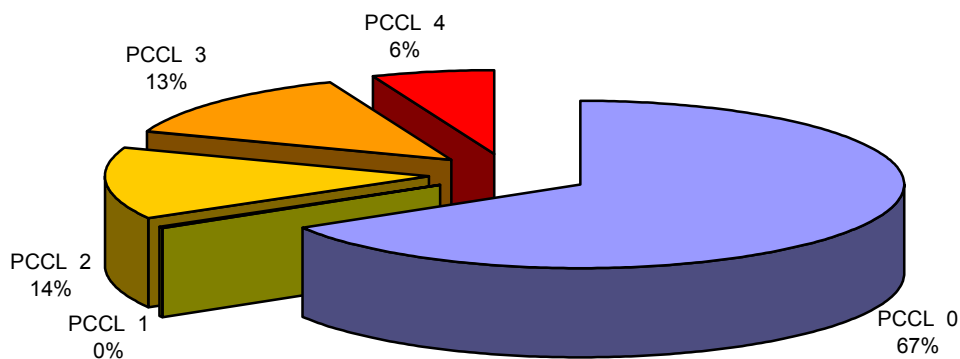


Abbildung 3-14 PCCL-Verteilung

Im Vergleich zur G-DRG-System Version 1.0 zeigt sich eine leichte Verschiebung hin zu einer erhöhten PCCL. Die Fälle mit einer PCCL von 2, 3 und 4 nehmen prozentual um jeweils 0,1 - 0,2 % zu. Die Fälle mit einer PCCL von 0 nehmen entsprechend um 0,3 % ab.

PCCL	Anteil G-DRG 2004	Anteil G-DRG 1.0	$\Delta$ G-DRG
0	66,4%	66,8%	-0,3%
1	0,1%	0,1%	0,0%
2	13,9%	13,7%	0,2%
3	13,5%	13,4%	0,1%
4	6,1%	6,0%	0,1%

Tabelle 3-1 PCCL Differenzen G-DRG-System 2004 versus G-DRG-System 1.0

Ursache dieser geringen Verschiebungen sind Korrekturen der schweregradsteigernden Nebendiagnosen. Eine wirkliche Anpassung der Schweregradsystematik an deutsche Verhältnisse wurde nicht durchgeführt. Das InEK begründet dies mit einer noch nicht ausreichenden deutschen Datenqualität und einer bisher nicht möglichen zeitlichen Verlaufsanalyse der Kodierung der Diagnosen.

Die durchschnittliche PCCL der vollstationären Fälle in den Krankenhäusern schwankte deutlich zwischen 0,04 in Klinik S und 1,58 in Klinik A. Der Mittelwert aller Fälle betrug 0,9 (Abbildung 3-15).

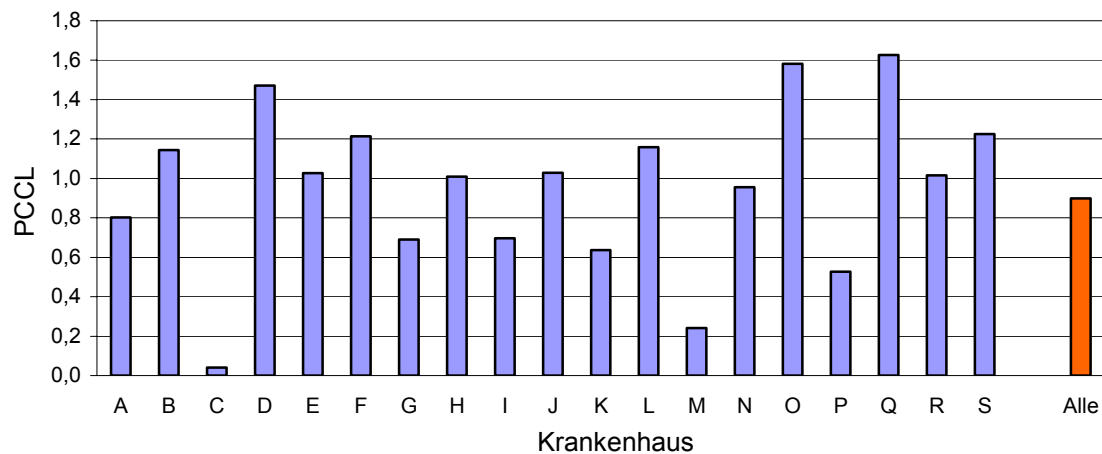


Abbildung 3-15 Mittlere PCCL nach Krankenhäusern

Die klinikindividuelle PCCL Verteilung nach dessen Werten zeigt Abbildung 3-16. Hier zeigt sich deutlich die in allen Krankenhäusern dominierende PCCL von null. Nur in den drei Krankenhäusern mit der höchsten mittleren PCCL (D, O, Q) beträgt der Fallanteil mit einer PCCL von null weniger als 50 %. Gleichzeitig besteht in diesen drei Krankenhäusern der höchste Fallanteil mit einer PCCL von vier mit über 10 %.

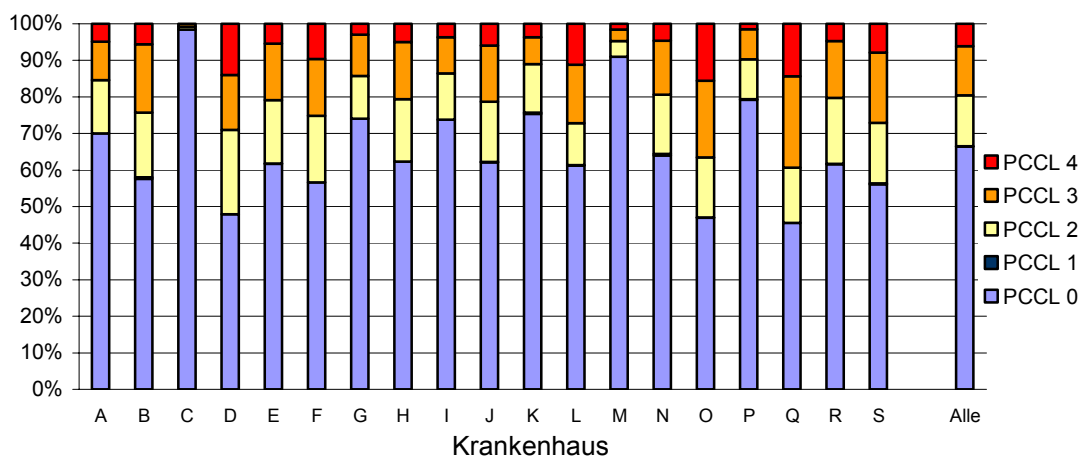


Abbildung 3-16 PCCL Verteilung nach Krankenhäusern

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen PCCL und Alter (Abbildung 3-17). Dies ist auch zu erwarten, da mit zunehmendem Alter die Komorbidität steigt und bei korrekter Kodierung die Anzahl der Nebendiagnosen zunimmt, wodurch die PCCL steigt. Es sollte an einer größeren Stichprobe überprüft werden, ob bei DRGs mit einem Alterssplitt die PCCL möglicherweise der



bessere Parameter zur Differenzierung der Fallschwere ist.

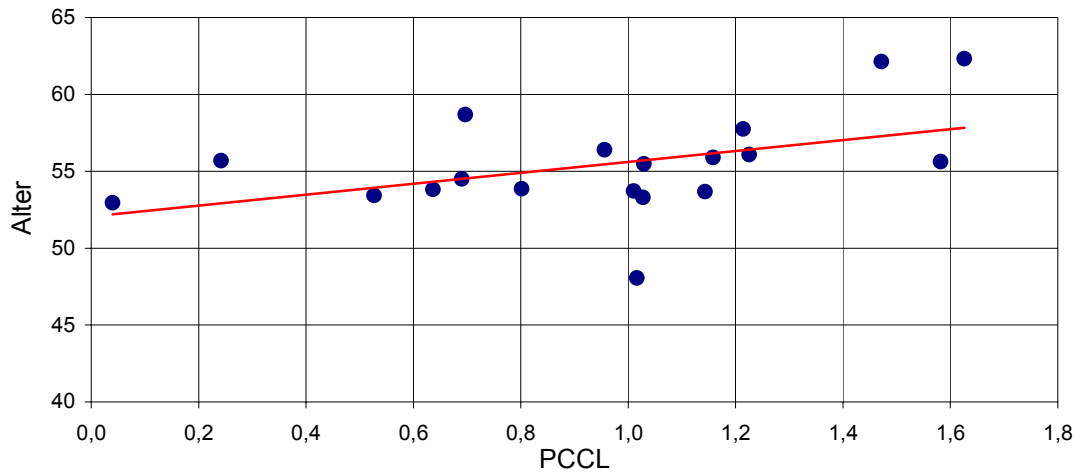


Abbildung 3-17 Mittlere PCCL versus Durchschnittsalter (R=0,448)

Abbildung 3-18 zeigt, dass eine Korrelation zwischen durchschnittlicher PCCL und Case-Mix-Index in dem Projekt nicht bestand.

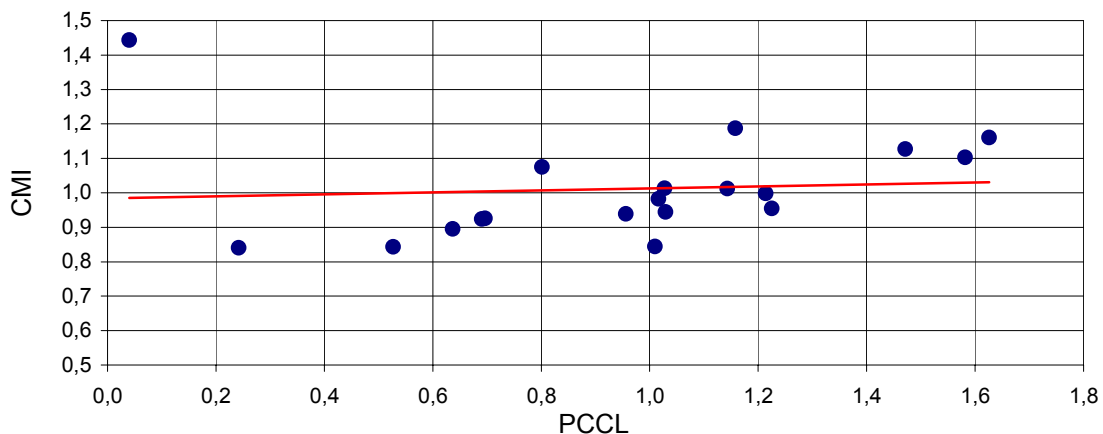


Abbildung 3-18 Zusammenhang zwischen Case-Mix-Index der Krankenhäuser und mittleren PCCL (R=0,08)

Verglichen werden können hier zwar theoretisch nur Krankenhäuser mit einem identischen Fallspektrum wird allerdings ein ähnliches Fallspektrum in dermatologischen Fachabteilungen postuliert, sollte mit steigender PCCL auch der CMI ansteigen. Die Bedeutung der PCCL in ihrer jetzigen Systematik muss aufgrund des hier vorliegenden Datenmaterials zumindest für die Dermatologie hinterfragt werden.

### 3.1.5 DRG-Schweregrade

Die Verteilung der unterschiedlichen DRG-Schweregrade zeigt, dass der Anteil der ungesplitteten DRGs mit 35 % deutlich über dem Anteil der Z-DRGs an allen DRGs liegt (28,6 %). Dies ist insbesondere von Bedeutung, da innerhalb dieser Basis-DRGs keine Schweregradunterteilung durch Nebendiagnosen oder andere Faktoren erfolgt (Abbildung 3-19).

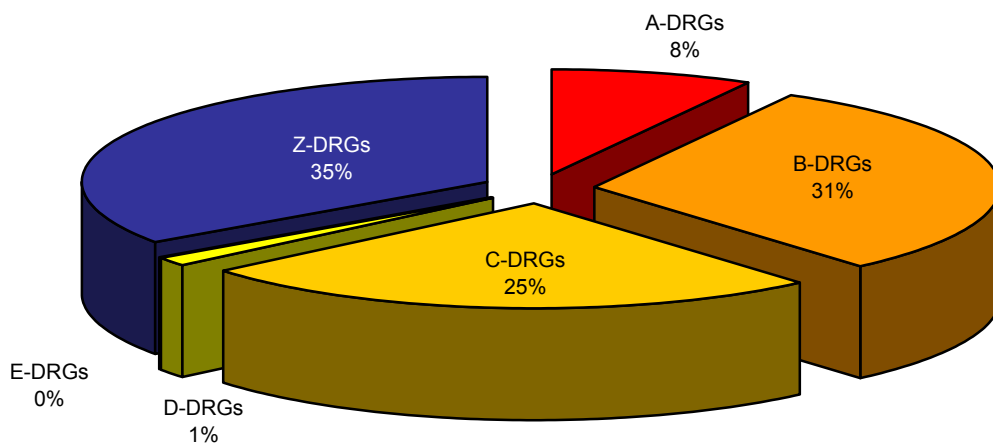


Abbildung 3-19 Schweregradbewertete G-DRGs

Die Verteilung der verschiedenen DRG-Schweregrade innerhalb der einzelnen Krankenhäuser zeigt einen sehr unterschiedlichen Anteil der einzelnen Schweregradgruppen. Der Anteil der ungesplitteten DRGs schwankt zwischen 22 % in Krankenhaus L und 54 % in Krankenhaus H (Abbildung 3-20).

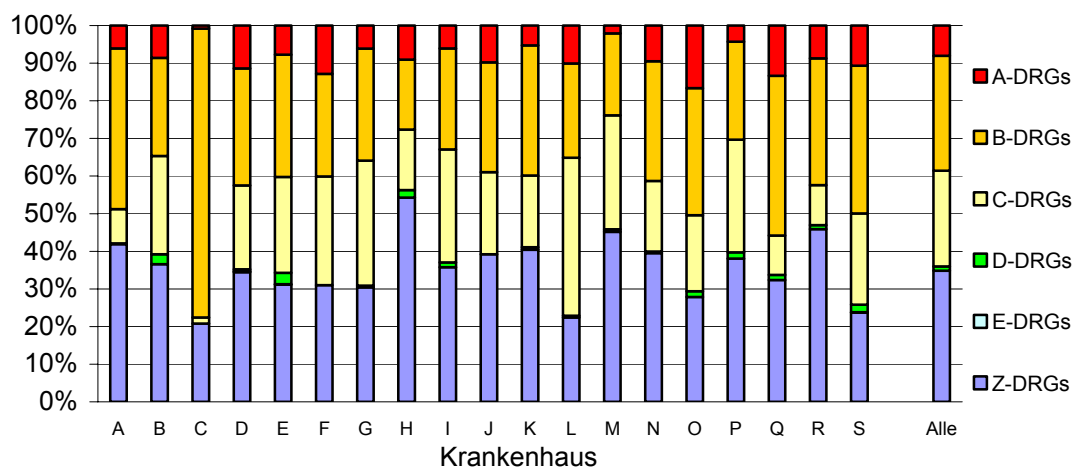


Abbildung 3-20 Schweregradprofil der Krankenhäuser

Abbildung 3-21 zeigt die Veränderungen der DRG-Schweregradverteilung zwischen den DRG-Systemen der Versionen 1.0 und 2004 für die Stichprobe. Insbesondere durch Einführung erweiterter Splitts in den Basis-DRGs J08 und J11 kam es zu einer deutlichen Verlagerung hin zu „C-DRGs“. Der Anteil der ungesplitteten Z-DRGs hat sich hauptsächlich durch Einführung der G-DRG J68Z (Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag) absolut erhöht, obwohl in anderen Basis-DRGs ein Splitt eingeführt wurde (z. B. J11).

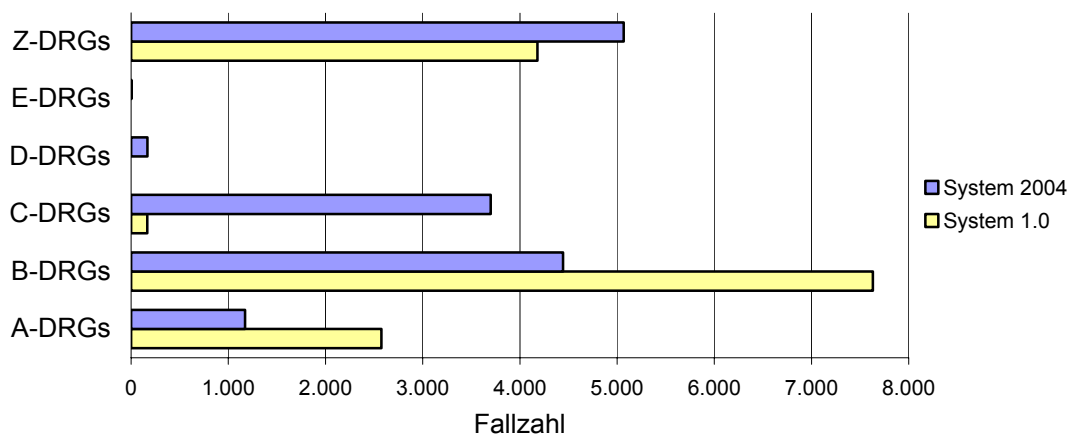


Abbildung 3-21 DRG-Schweregrad Veränderungen der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur Version 1.0

### 3.1.6 Verweildauer

Die mittlere (arithmetische) Verweildauer schwankte zwischen den untersuchten Krankenhäusern beträchtlich zwischen 7 und 13 Tagen (Abbildung 3-22). Die mittlere Verweildauer aller Fälle lag bei 9,5 Tagen.

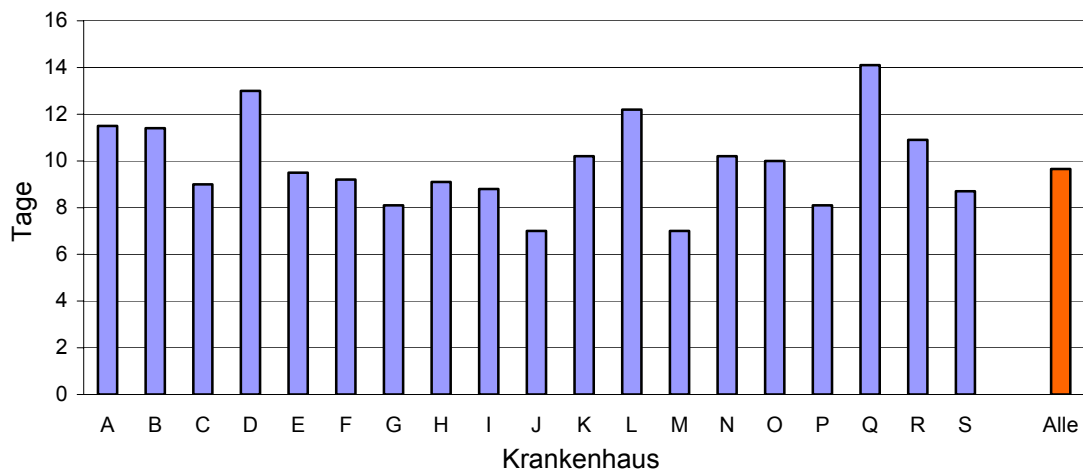


Abbildung 3-22 Mittlere arithmetische Verweildauerverteilung nach Krankenhäusern

Die Verteilung der Verweildauern nach Klassen zeigt einen großen krankenhausesindividuellen Unterschied. Der Anteil der Fälle mit einer Verweildauer über 20 Tagen schwankte hierbei zwischen 23 % in Krankenhaus Q und 6 % in Krankenhaus P. Auch der Anteil der Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag differierte stark.

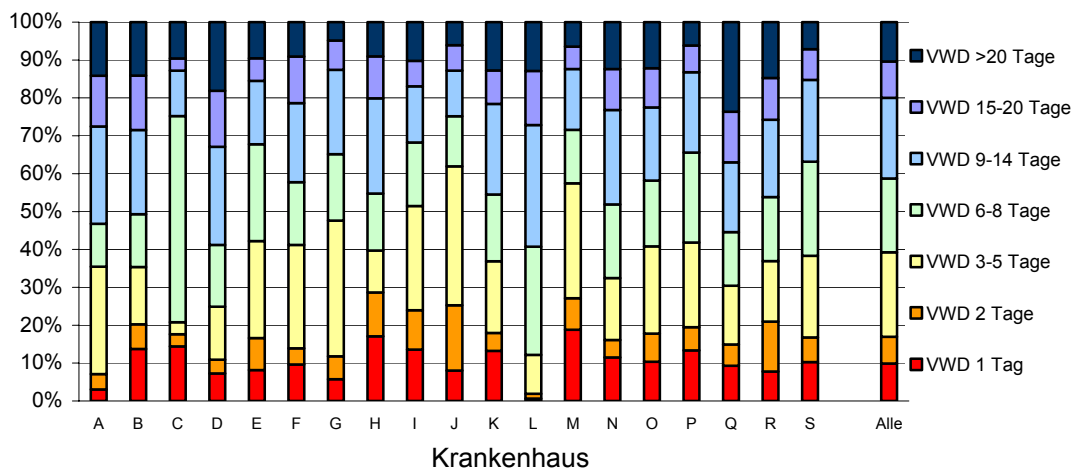


Abbildung 3-23 Verweildauerverteilung nach Klassen nach Krankenhäusern

### 3.1.7 Ausreißer

Die oben dargestellten deutlichen Unterschiede in der Verweildauerverteilung einzelner Krankenhäuser stellt sich auch in der Verteilung der Verweildauerausreißer dar (Abbildung 3-24).

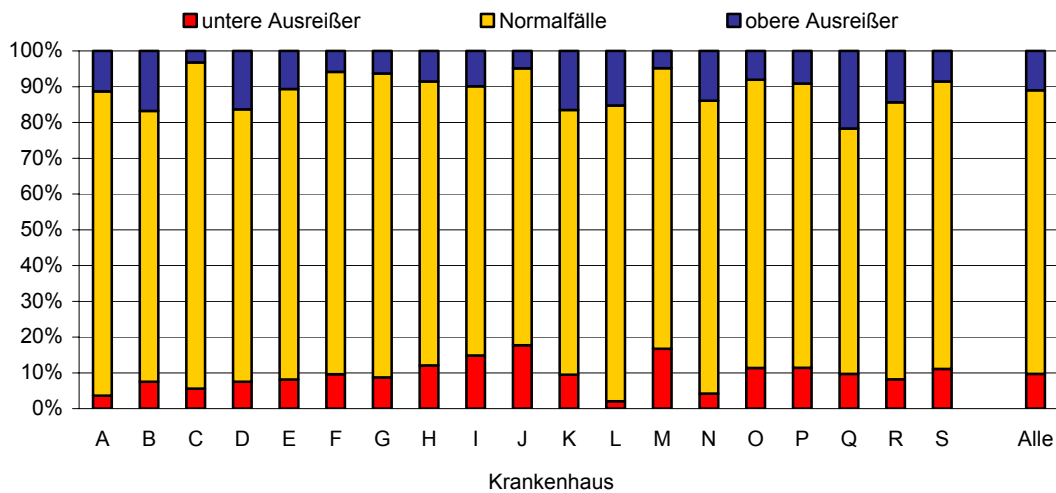


Abbildung 3-24 Verteilung der Verweildauerausreißer nach Krankenhäusern

Der Anteil der Standardfälle ist im Vergleich zur G-DRG Version 1.0 um 2,3 % gesunken. Der Anteil der oberen Ausreißer nahm um 1,8 % zu, der Anteil der unteren Ausreißer um 0,5 % (Abbildung 3-25).

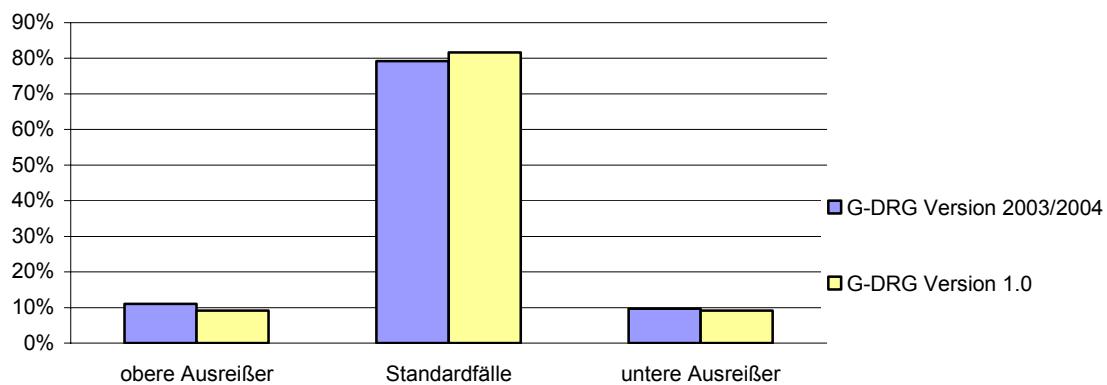


Abbildung 3-25 Veränderung der Verweildauerausreißer der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur Version 1.0

Die Auswirkungen fallen für einzelne Krankenhäuser sehr unterschiedlich aus (Abbildung 3-26, Abbildung 3-27). So weist insbesondere Krankenhaus C eine Veränderung des Anteils von unteren Ausreißern um -13 % auf. Auch die Veränderung des Anteils von oberen Ausreißern fällt für einzelne Krankenhäuser sehr unterschiedlich aus.

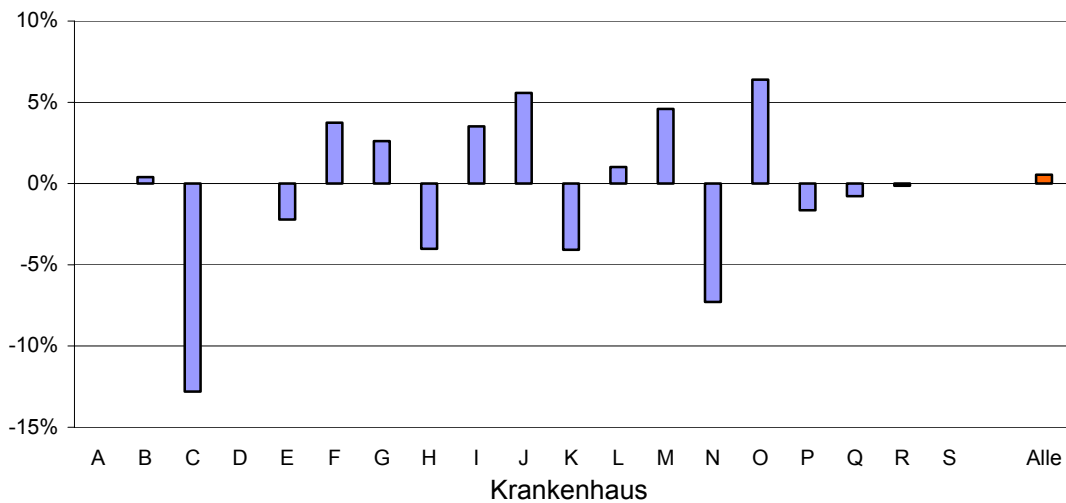


Abbildung 3-26 Veränderung der Anteile von unteren Ausreißern nach Krankenhäusern

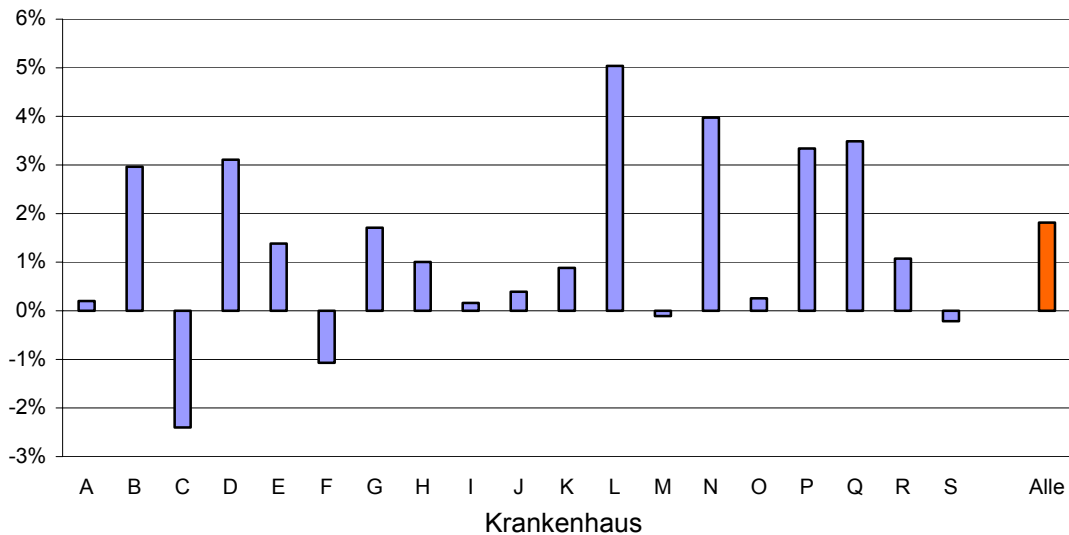


Abbildung 3-27 Veränderung der Anteile von oberen Ausreißern nach Krankenhäusern

### 3.1.8 Hauptdiagnosekategorien

Häufigste Hauptdiagnosekategorie ist mit 68,3 % der Fälle die MDC 09 (Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhautgewebe und Mamma). Die MDC 21B (Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten) mit 7,9 % gefolgt von der MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) mit 4,5 % sowie der MDC 17 (Hämatologische und solide Neubildungen) mit 4,3 % sind die weiteren häufigsten MDCs. Auf diese 4 MDCs entfallen gemeinsam 84,9 % aller Fälle. Abbildung 3-28 zeigt die Verteilung der

## Fälle auf alle MDCs.

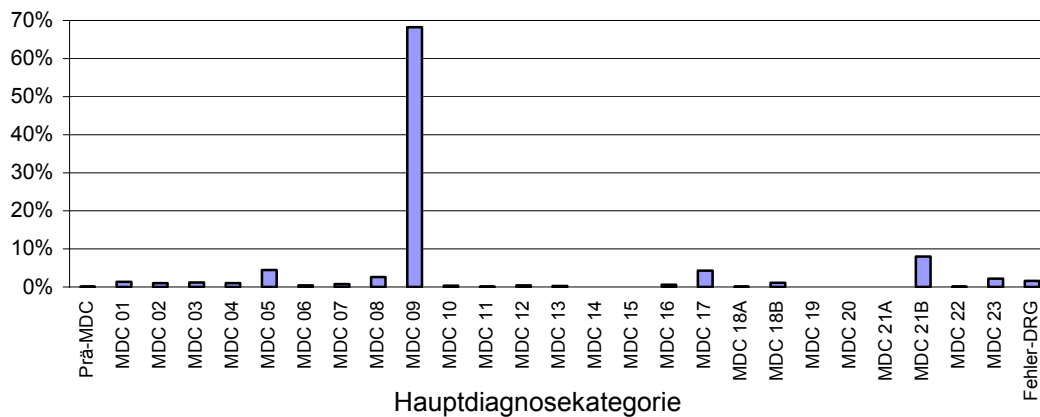


Abbildung 3-28 Verteilung der Stichprobe auf die Hauptdiagnosekategorien

Die Verschiebungen zwischen den Hauptdiagnosekategorien 09 und 17 treten zum größten Teil durch Umverteilung der Fälle auf, die im G-DRG-System der Version 1.0 in die G-DRG R63Z (Stationäre Aufnahme zur Chemotherapie) gruppiert wurden (Abbildung 3-29). Diese Fälle werden im G-DRG-System 2004 abhängig von der Hauptdiagnose den verschiedenen Hauptdiagnosekategorien zugewiesen. In der Projektstichprobe wurden sie am häufigsten in die G-DRG J68Z (Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag) gruppiert.

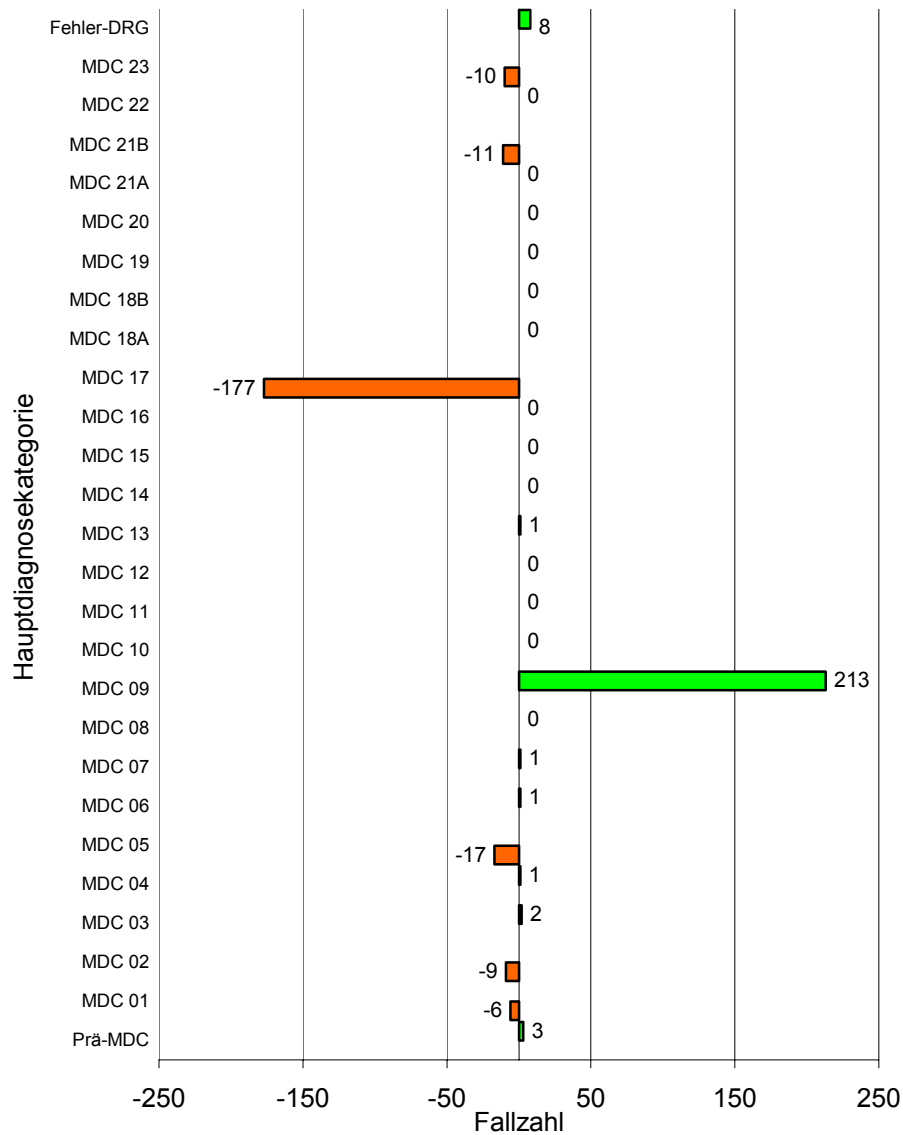


Abbildung 3-29 Veränderungen der Fallzahl zwischen den MDCs im G-DRG-System 2004 versus G-DRG-System 1.0

### 3.1.9 Verteilung auf die DRGs

Häufigste Basis-DRG in der MDC 09 war mit 3.277 Fällen die J08 (Andere Hauttransplantation und / oder Debridement) gefolgt von der J66 (Mäßig schwere Hauterkrankungen) mit 2.200 Fällen (Abbildung 3-30).



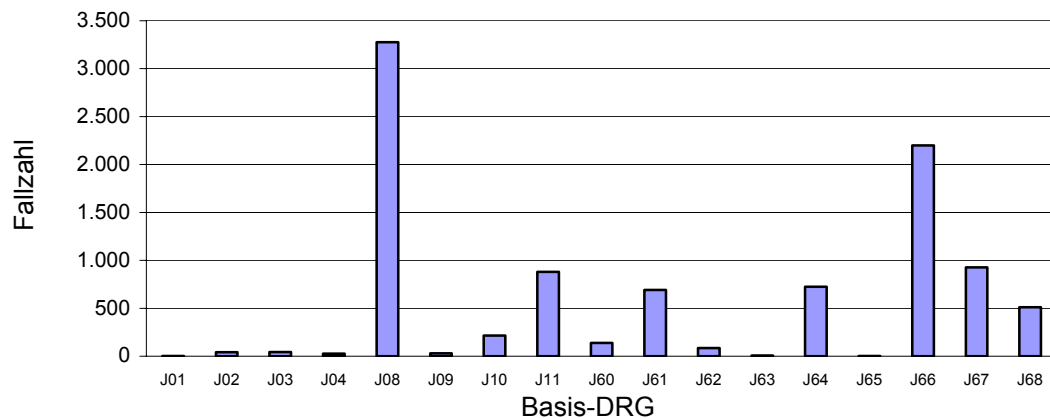


Abbildung 3-30 Basis-DRGs (> 100 Fälle) innerhalb der MDC 09 im G-DRG-System 2004

Innerhalb dieser Basis-DRGs kam es zu deutlichen Verschiebungen vom G-DRG-System Version 1.0 zu der Version 2004. Hinzu kam die Basis-DRG J68. Die Basis-DRG J08 zeigte eine Fallzunahme um 379 Fälle, primär aus der Basis-DRG J03. Die Basis-DRG J66 verzeichnete einen Zuwachs um 362 Fälle, die hauptsächlich aufgrund von Diagnoseverschiebungen aus den Basis-DRGs J61 und J67 stammen (Abbildung 3-31).

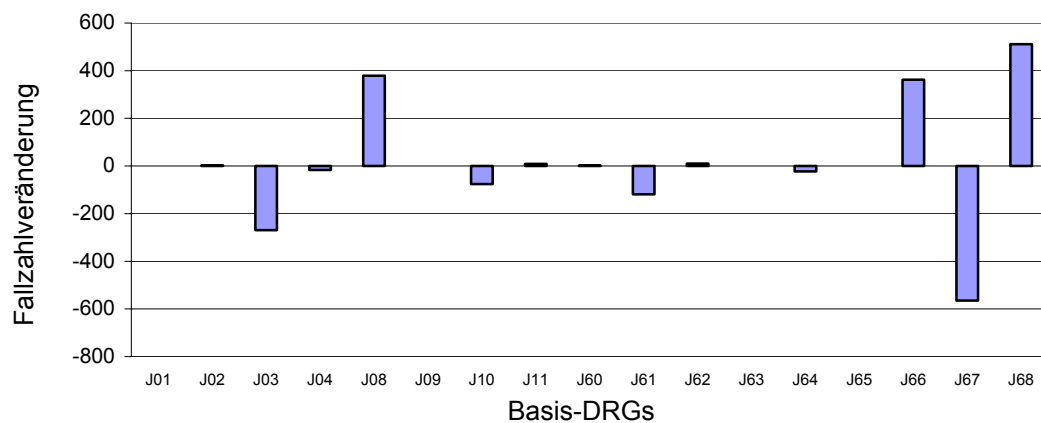


Abbildung 3-31 Fallzahlveränderung innerhalb der Basis-DRGs der MDC 09 des G-DRG-System 2004 im Vergleich zum G-DRG-System 1.0

Die Verteilung der Fälle auf abrechenbare DRGs innerhalb der MDC 09 geht aus Abbildung 3-32 hervor. Hier zeigt sich die Dominanz der abrechenbaren DRGs J08C, J66Z, J67B und J64B mit insgesamt 6.175 Fällen (62 % der Fälle der MDC 09 bzw. 42 % aller Fälle).

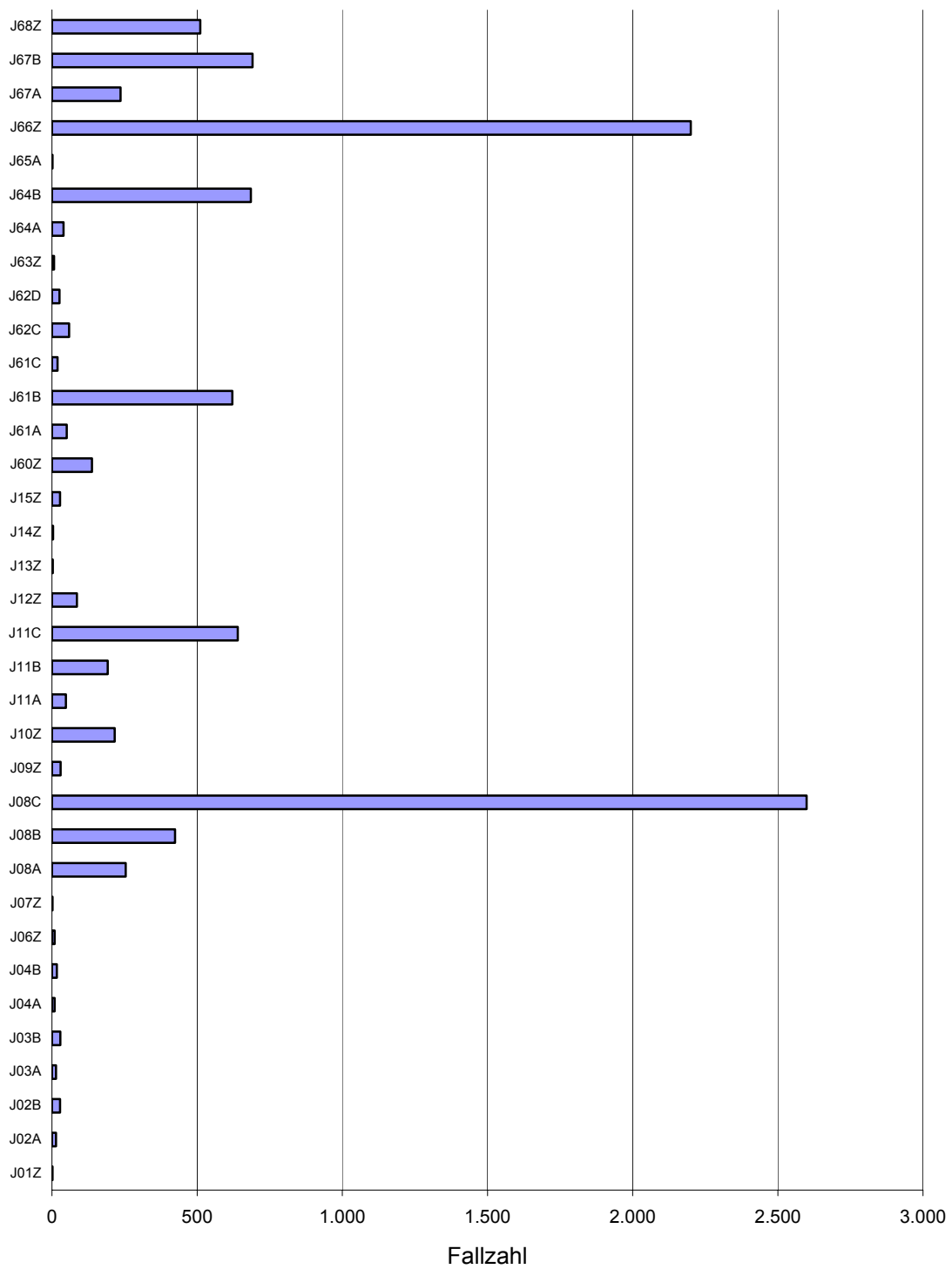


Abbildung 3-32 Verteilung der Stichprobe auf abrechenbare DRGs in der MDC 09

Der Anteil am Case-Mix der untersuchten Fälle lag mit 2.523 (17,6 %) in der G-DRG J08C bzw. mit 2.191 (15,3 %) in der G-DRG J66Z mit deutlichem Abstand am höchsten. Die 5 nach dem CM führenden abrechenbaren DRGs erreichten 50 % des gesamten CM (Abbildung 3-33). Außer Krankenhaus C hatten alle am

Projekt beteiligten Krankenhäuser ähnliche diesbezügliche Verteilungen wie die Gesamtstichprobe. Krankenhaus C zeigte eine starke Konzentration auf eine G-DRG, die für 90 % des CM des Hauses verantwortlich war.

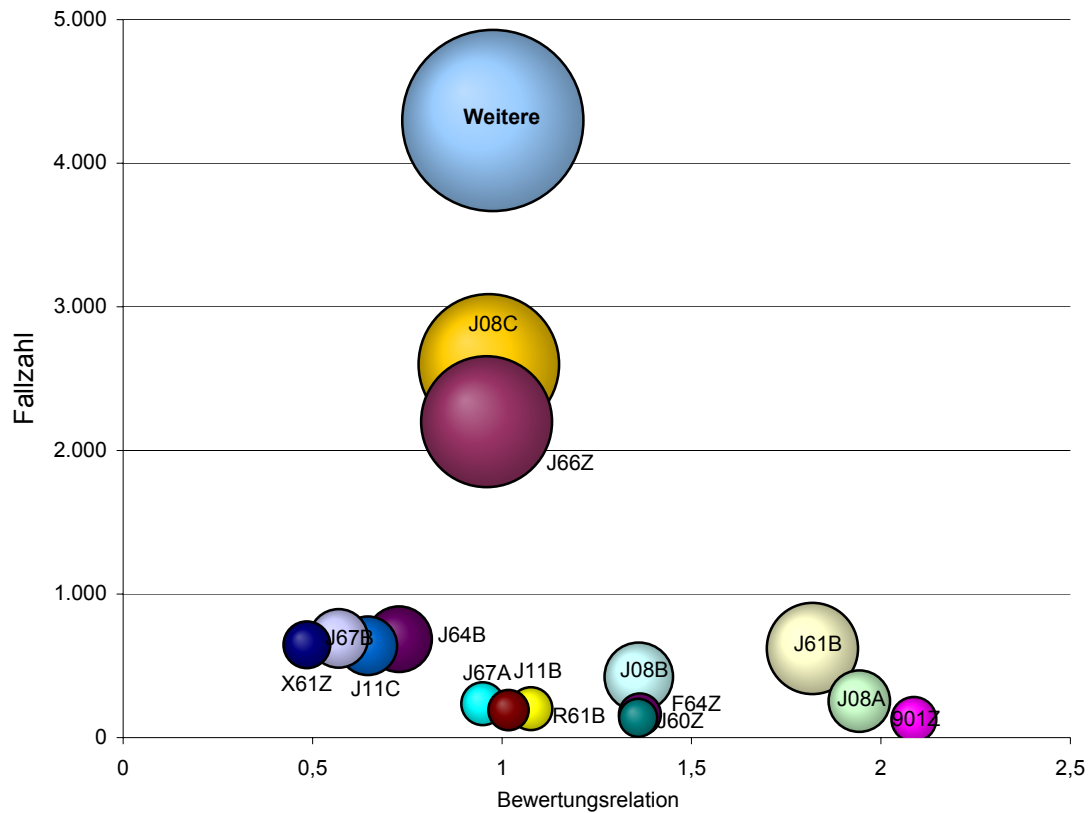


Abbildung 3-33 Top 15 G-DRGs nach dem Case-Mix

Auf Ebene der Basis-DRGs erreichen die Basis-DRGs J08 (3.606 [25,2 %]), J66 (2.191 [15,3]) und J61 (1.196 [8,4 %]) den höchsten CM und machen gemeinsam 49 % des gesamten CM aus (Abbildung 3-34).

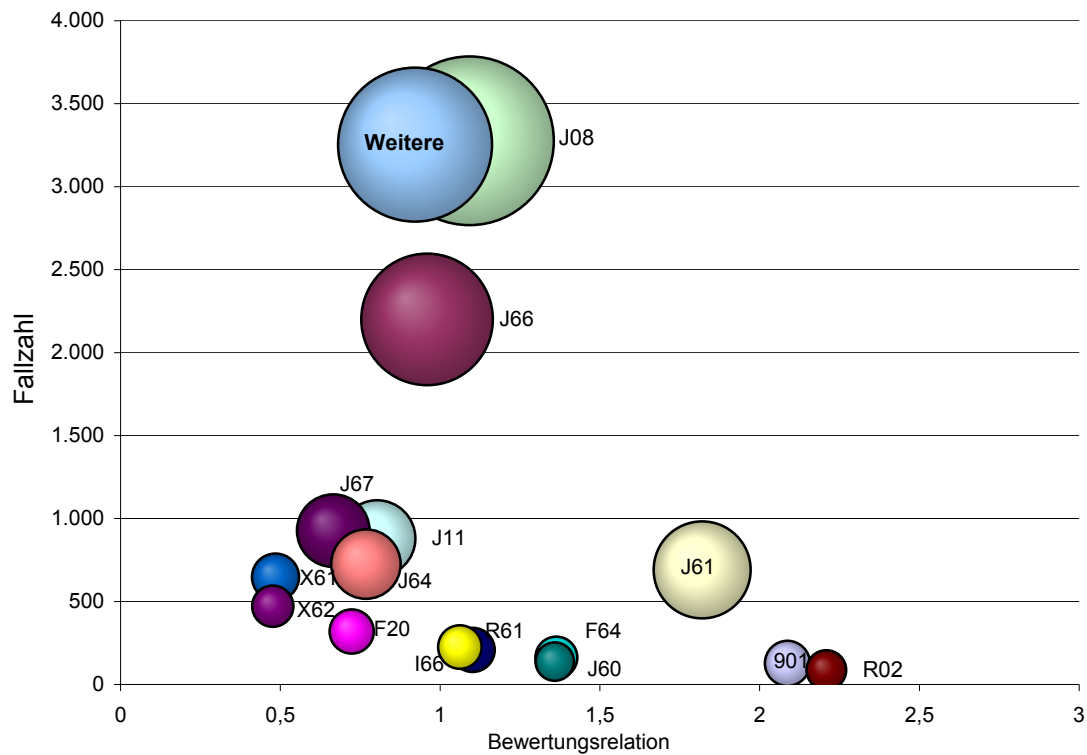


Abbildung 3-34 Top 15 Basis-DRGs nach dem Case-Mix

### 3.1.10 Hauptdiagnosen

Tabelle 3-2 zeigt die Top-20 Liste der Hauptdiagnosen der Stichprobe:

ICD	Titel	%	% kum.
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	9,1%	9,1%
A46	Erysipel [Wundrose]	4,0%	13,1%
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	3,3%	16,4%
L40.0	Psoriasis vulgaris	3,0%	19,4%
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	2,5%	21,9%
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	2,5%	24,4%
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	1,8%	26,2%
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	1,6%	27,8%
L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem	1,5%	29,3%
L50.8	Sonstige Urtikaria	1,5%	30,8%
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	1,5%	32,2%
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	1,2%	33,5%
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	1,2%	34,7%
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung	1,1%	35,8%
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	1,1%	36,9%
L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	1,1%	38,0%
C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	1,0%	39,0%
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	1,0%	40,0%
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	1,0%	41,0%

Tabelle 3-2 Top-20 Hauptdiagnosen

Insgesamt wurden 868 verschiedene Hauptdiagnosen kodiert. 32,5 % der Hauptdiagnosen waren bösartige Neubildungen. Die deutlich häufigste Hauptdiagnose war mit 1.326 Fällen (9,1 %) die C44.3 (Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes). Die zweithäufigste Hauptdiagnose war mit 582 (4,0 %) das Erysipel.

Die folgende Tabelle 3-3 zeigt die Top-10 Liste der Hauptdiagnosen aus dem Kapitel C (Bösartige Neubildungen) der ICD-10.

ICD	Titel	%	N
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	9,1%	1.326
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	2,5%	369
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	2,5%	365
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	1,5%	213
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	1,1%	160
C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	1,0%	153
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	1,0%	149
C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	1,0%	144
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	0,8%	114
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber	0,8%	114

Tabelle 3-3 Top-10 Hauptdiagnosen des ICD-10 Kapitels 10 (Bösartige Neubildungen)

### 3.1.11 Nebendiagnosen

Tabelle 3-4 zeigt die häufigsten kodierten Nebendiagnosen. Doppelt kodierte Nebendiagnosen wurden ebenso wie Nebendiagnosen, die auch als Hauptdiagnose kodiert wurden, nicht berücksichtigt. Häufigste Nebendiagnose ist mit 18,6 % (2.716 vollstationäre Fälle) die essentielle Hypertonie. Mit großem Abstand folgen danach die nicht näher bezeichnete Herzinsuffizienz (3,6 %) sowie die nicht näher bezeichnete Allergie 3,5 %. Typischerweise machen Nebendiagnosen der behandelnden Fachabteilungen einen großen Teil der insgesamt kodierten Nebendiagnosen aus. Dies ist auch in der Projektstichprobe zu beobachten.

ICD	Titel	%	N
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	18,6%	2.716
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	3,6%	524
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	3,5%	513
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	3,3%	479
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung	3,2%	472
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	3,1%	446
D22.9	Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet	2,6%	386
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	2,6%	373
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	2,5%	362
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	2,4%	347
L57.0	Aktinische Keratose	2,3%	333
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht	2,1%	308
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	2,1%	300
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	1,9%	271
E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet	1,8%	266
E78.0	Reine Hypercholesterinämie	1,8%	260
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	1,8%	259
B35.3	Tinea pedis	1,8%	256
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	1,7%	246
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	1,6%	240

Tabelle 3-4 Top-20 Nebendiagnosen

### 3.1.12 Sonderdokumentation

Leistungen die sich nicht (z. B. Medikamente, extrakorporale Photophorese) oder nur unspezifisch (z. B. Transfusionen) über den OPS-Katalog darstellen ließen wurden durch eine Sonderdokumentation erfasst.

Tabelle 3-5 zeigt die Sonderdokumentation nach Aufwand, sortiert nach dem Anteil am Gesamtaufwandäquivalent aller Fälle der Stichprobe. Die DC-Vakzinierung ist hierbei aufgrund des hohen Aufwandes der Einzelleistung mit einem Anteil von 0,98 % am Gesamtaufwandäquivalent führend, gefolgt durch die i. v. Gabe von Zovirax mit 0,76 %.

Titel	% des Gesamt A.	N	Rang
DC-Vakzinierung	0,98%	110	1
Zovirax i. v. 3x500mg (5d)	0,76%	314	2
Hochdosis-Immunglobulin-Therapie 100g	0,55%	29	3
Schnellhyposensibilisierung Wespe	0,37%	236	4
Temozolomid 200 mg/m <sup>2</sup> KOF (5d)	0,22%	35	5
Rocephin-Erysipel i. v. 1x2g (10d)	0,17%	119	6
Spizef i. v. 4x1g (10d)	0,16%	116	7
Allergologische Expositionstestung	0,16%	847	8
Sobelin i. v. 3x600mg (10d)	0,14%	102	9
Tazobac i. v. 3x4,5g (10d)	0,12%	40	10
Caelyx (liposom. Doxorubicin)	0,10%	24	11
Remicade (Infliximab) 400mg (5mg/kg KG)	0,10%	13	12
Dacarbacin (DTIC) 1,5g	0,10%	290	13
Phlebologischer Status	0,09%	556	14
LEGHA-Schema (CVD/Bio)	0,09%	20	15
Lymphknoten-Sonographie	0,08%	1099	16
Fotemustin 100mg/m <sup>2</sup> KOF	0,08%	34	17
McClay-Schema	0,08%	37	18
Schnellhyposensibilisierung Biene	0,08%	57	19
Augmentan 3x2,2g (10d)	0,07%	59	20

Tabelle 3-5 Top-20 Leistungen der Sonderdokumentation nach Aufwand

### 3.1.13 Case-Mix-Index

Zur Berechnung des Case-Mix-Index (CMI) wurden die Kostengewichte der G-DRG Version 2004 verwendet.

Es ist darauf hinzuweisen, dass der berechnete Case-Mix-Index nicht genau mit der durch die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser bestimmten Berechnung der Fallpauschalen übereinstimmt. Der Abschlag bei Verlegungen, aber auch Fallzusammenlegungen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus konnten aufgrund fehlender Informationen nicht berücksichtigt werden [23]. Hierdurch kann der wirkliche Case-Mix-Index der Abteilungen von dem berechneten Case-Mix-Index geringfügig abweichen.

Der durchschnittliche CMI aller Fälle betrug im Projekt 0,98. Die Case-Mix-Indizes der Krankenhäuser schwankten zwischen 0,84 und 1,44 (Abbildung 3-35).

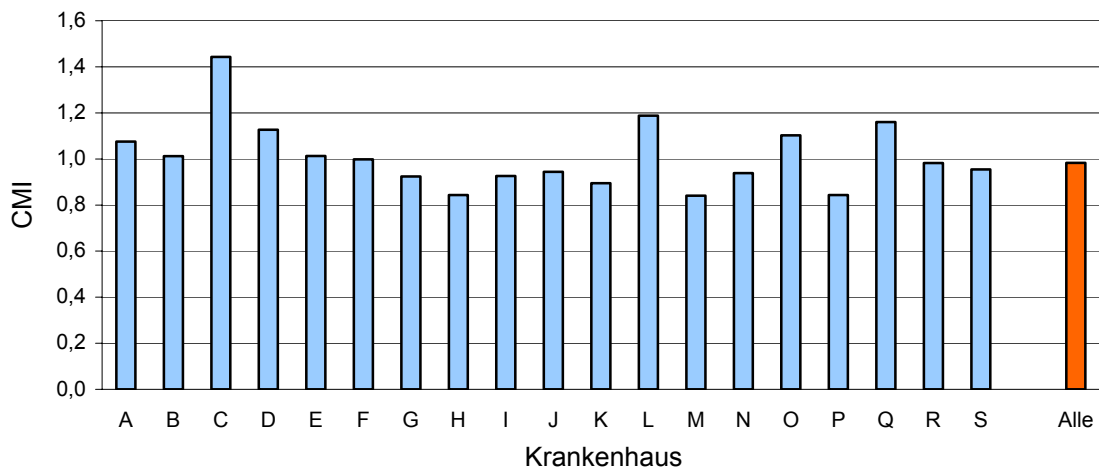


Abbildung 3-35 Case-Mix-Index nach Krankenhäusern

Der Vergleich des CMI der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur G-DRG Version 1.0 nach Krankenhäusern zeigt einen durchschnittlichen CMI-Anstieg um 0,11 CMI-Punkte. Den maximalen CMI-Anstieg verzeichnete mit 0,35 Klinik C, den minimalen CMI-Anstieg mit 0,08 Klinik P (Abbildung 3-36). Bemerkenswert ist, dass alle Kliniken einen Anstieg des CMI zu verzeichnen hatten. Der durchschnittliche prozentuale CMI-Anstieg betrug 12,3 %, den maximalen prozentualen CMI-Anstieg verzeichnete Klinik C mit 32,1 %, den minimalen prozentualen CMI-Anstieg Klinik I mit 9,3 % (Abbildung 3-37).

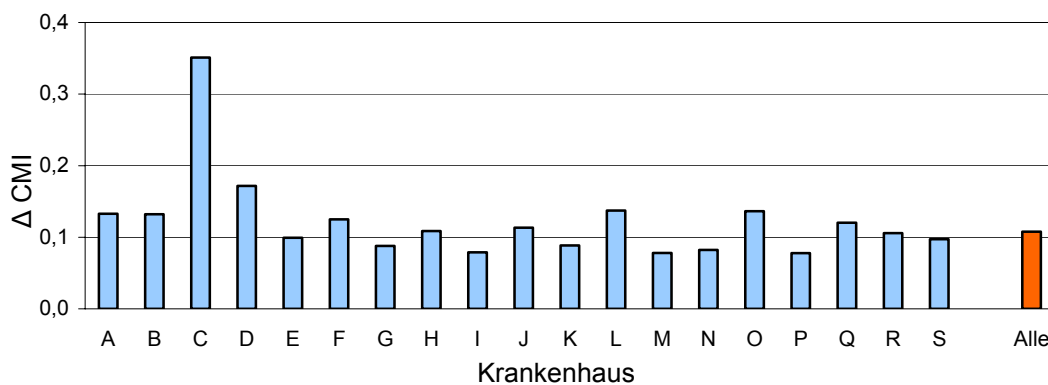


Abbildung 3-36 Absolute Case-Mix-Index Veränderungen der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur G-DRG Version 1.0 nach Krankenhäusern



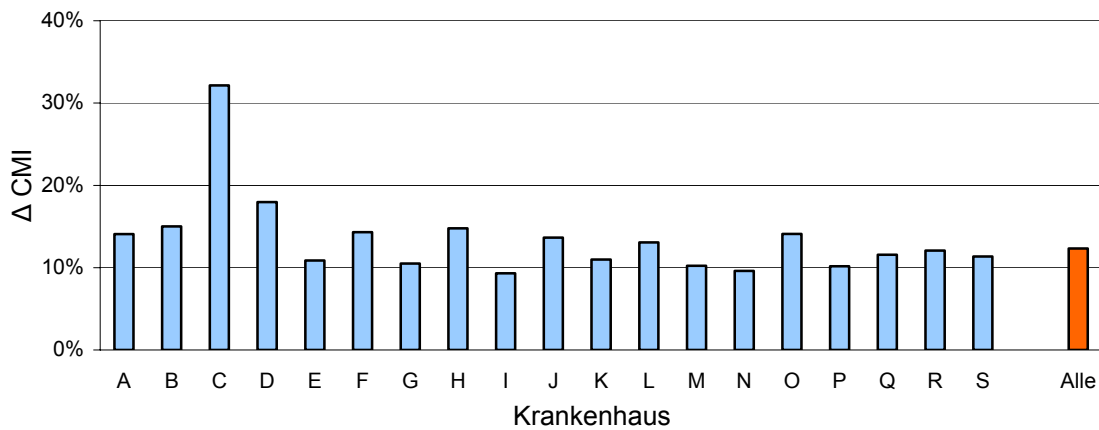


Abbildung 3-37 Prozentuale Case-Mix-Index Veränderungen der G-DRG Version 2004 im Vergleich zur G-DRG Version 1.0 nach Krankenhäusern

Die klaren Unterschiede des klinikindividuellen Case-Mix-Index können nur zum Teil mit den genormten Aufwandäquivalenten erklärt werden. Der Zusammenhang zwischen CMI und durchschnittlichem Aufwandäquivalent ergibt einen Korrelationskoeffizienten von nur 0,392 (Abbildung 3-38).

Im Bereich des Aufwandäquivalentes zwischen 3.100 und 3.300 kommen beispielsweise Case-Mix-Indizes zwischen 0,94 und 1,19 vor. Bei nahezu deckungs-gleichem Aufwand betragen die Erlösunterschiede hier bis zu 26 %. In der DRG Einführungsphase werden die Basisfallwerte der Krankenhäuser zwar noch individuell verhandelt, das hier angewandte Konzept der Aufwandäquivalente geht jedoch von einem durchschnittlichen und damit für alle am Projekt beteiligten Krankenhäuser identischen Tagessatz aus und macht damit Aufwand und Erlös sehr gut vergleichbar.

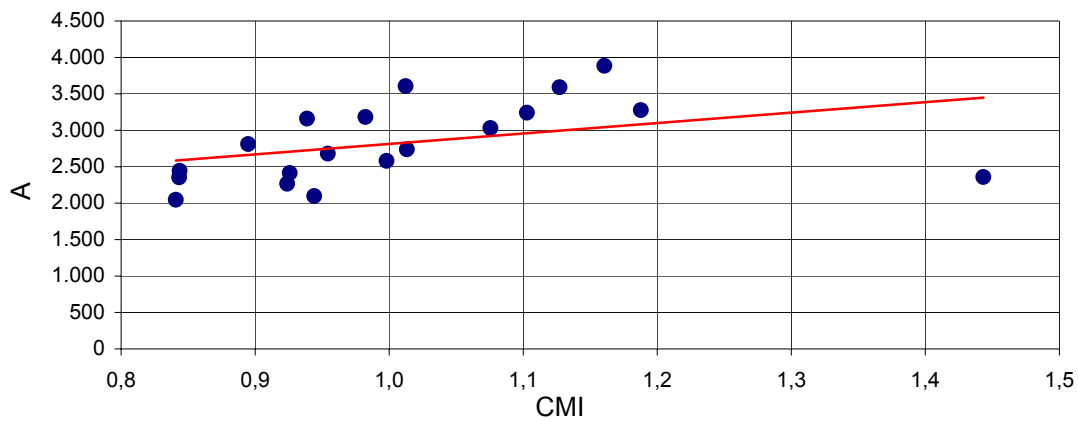


Abbildung 3-38 Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und CMI der Krankenhäuser (R=0,392)

Im G-DRG-System der Version 1.0 betrug der Korrelationskoeffizient noch 0,503. Diese große Veränderung des Korrelationskoeffizienten ist hauptsächlich auf den hohen CMI-Anstieg in Klinik C zurückzuführen (begründet durch eine Dominanz der G-DRG J61B (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre ohne äußerst schwere CC) deren Bewertungsrelation von 1,289 im G-DRG-System der Version 1.0 auf 1,819 in der Version 2004 angestiegen ist).

Da das Verhältnis von Aufwandäquivalent zu CMI bei Klinik C außerhalb der 2fachen Standardabweichung lag, wurde es in der folgenden Berechnung ausgeklammert. Hier ergibt sich dann ein Korrelationskoeffizient von 0,78 (Abbildung 3-39). Dieser ist im Vergleich zu einem Korrelationskoeffizienten von 0,76 im G-DRG-System Version 1.0 angestiegen.

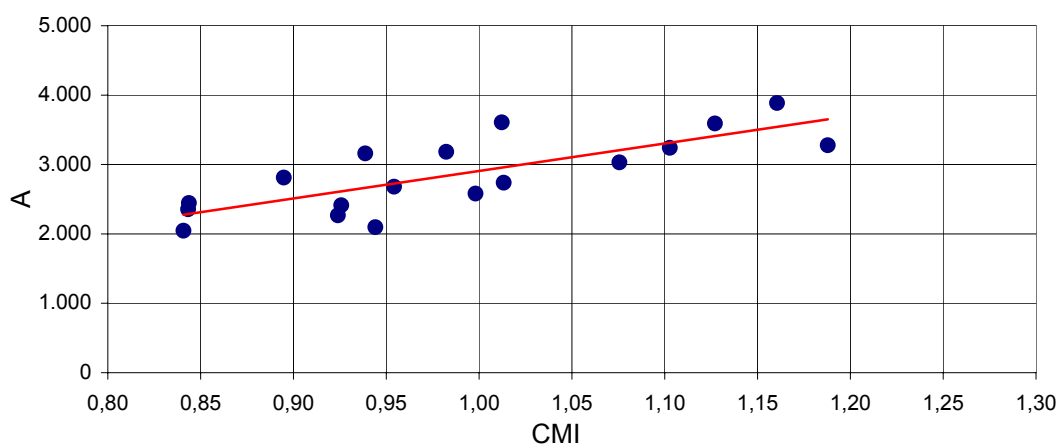


Abbildung 3-39 Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und CMI der Krankenhäuser ohne Krankenhaus C (R=0,782)

Die Korrelation zwischen den einzelnen G-DRGs und dem Aufwand für diese G-DRGs ist in der Auswertungsstichprobe mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,942 erwartungsgemäß hoch (berücksichtigt wurden alle G-DRGs außer Fehler-DRGs mit einer Fallzahl > 50; N = 34 DRGs bzw. 12.473 (86 %) Fälle) (Abbildung 3-40). Der Korrelationskoeffizient erhöhte sich im Vergleich zum G-DRG-System 1.0 (0,929) um 0,014.

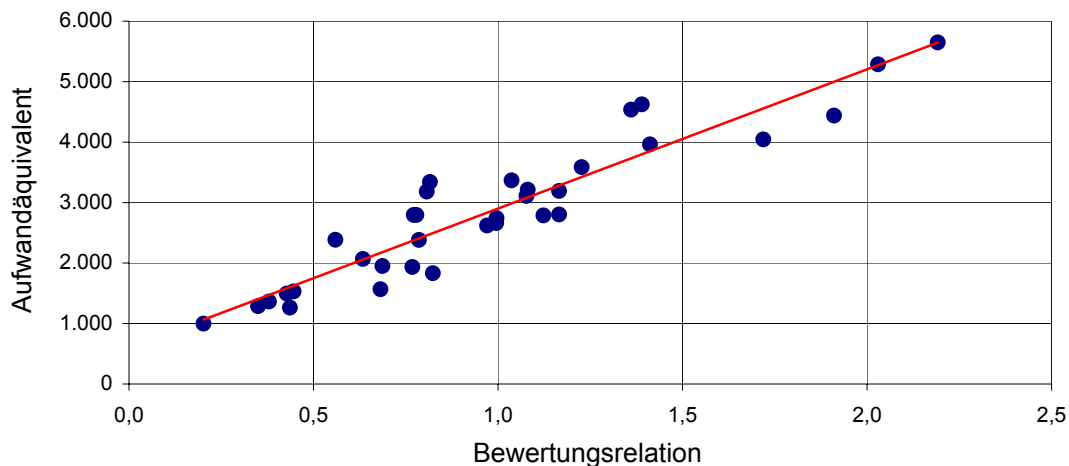


Abbildung 3-40 Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und den Bewertungsrelationen der häufigsten (> 50 Fälle) G-DRGs (R=0,929)

### 3.1.14 Aufwandarten

Die erbrachten Leistungen wurden für jede Klinik gleich bewertet. Der Anteil unterschiedlicher Leistungen am Gesamtaufwandäquivalent des Projektes betrug 1 % für Tagessätze auf der Intensivstation, 83 % für Tagessätze auf der Normalstation sowie 3 % für spezifische diagnostische Maßnahmen, 8 % für spezifische therapeutische Maßnahmen und 5 % für gesondert gelistete und zusätzlich dokumentierte teure Medikamente (Abbildung 3-41).

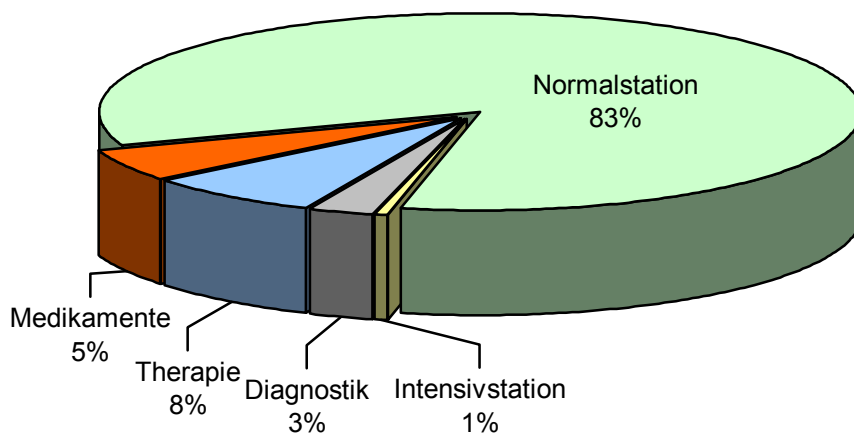


Abbildung 3-41 Verteilung der unterschiedlichen Aufwandsarten

### 3.2 Auswertung der G-DRGs

Zur Analyse der ökonomischen und der medizinischen Homogenität der G-DRGs wurde ein standardisiertes DRG-Profil entwickelt [26].

In diesem werden neben den allgemeinen Kennzahlen der G-DRG (Bewertungsrelation, erster Tag mit Abschlag, erster Tag mit Zuschlag) insbesondere die Daten aus der G-DRG-Kostenkalkulationsstichprobe mit den Daten des DDG-Projektes verglichen. Gegenübergestellt werden die absolute Fallzahl, die Geschlechtsverteilung, die mittlere PCCL der Inlier, die mittlere Verweildauer der Inlier, der Anteil von Inliern und Ausreißern sowie die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer und des Aufwandäquivalentes (bzw. der Kosten der Kalkulationsstichprobe).

Es folgt eine differenzierte Darstellung der Verteilung des Aufwandäquivalentes auf die verschiedenen Aufwandsarten (Therapie, Diagnostik, Medikation, Normalstation, Intensivstation), der PCCL-Verteilung, der Altersverteilung sowie der G-DRGs der Version 1.0, aus denen sich die G-DRGs des Systems 2003/3004 zusammensetzen.

In tabellarischer Form sind die TOP-10 Hauptdiagnosen mit der Fallzahl, der relativen Fallzahl bezogen auf die DRG, die mittlere Verweildauer, das mittlere Aufwandäquivalent, die mittlere PCCL, das mittlere Alter sowie der Anteil der

Fälle mit dieser Hauptdiagnose in der G-DRG-Kalkulationsstichprobe aufgeführt.

Eine ähnliche tabellarische Darstellung folgt für die Top-10 Nebendiagnosen, schweregradsteigernde Nebendiagnosen sind in der Spalte CCL mit einem „X“ gekennzeichnet. Ein Vergleich mit den Daten der Kalkulationsstichprobe ist nur bedingt anhand der absoluten Zahlen möglich.

Die Top-10 Prozeduren können ebenfalls nur anhand der absoluten Zahlen mit den Werten der Kalkulationsstichprobe verglichen werden.

Die Top-10 Leistungen, die anhand einer gesonderten Dokumentation erhoben wurden, können nicht mit den Kalkulationsdaten verglichen werden, da hier keine Erfassung dieser Leistungen erfolgte.

Im Anschluss an diese Tabellen folgen zwei Graphiken, die die Verweildauerverteilung bzw. die Aufwandäquivalentverteilung in Form eines Histogramms darstellen. Anschließend wird in einem gestapelten Balkendiagramm der klinikindividuelle Anteil am Aufwandäquivalent für die verschiedenen Aufwandbereiche dargestellt.

Anhand dieser kompakten Darstellungsweise ist es möglich, potenzielle Fallkonstellationen zu identifizieren, die sich im G-DRG-System möglicherweise nicht sachgerecht abbilden lassen. Anhand dieser Hypothesen kann dann eine differenzierte Datenanalyse erfolgen.

Die DRG-Profile sind für die DRGs, bei denen Abbildungsprobleme analysiert wurden, im Folgenden dargestellt. Im Anschluss an die Profile innerhalb der Basis-DRGs erfolgt eine Analyse. Die Profile von weiteren wichtigen „dermatologischen“ DRGs sind im Anhang wiedergegeben.

### 3.2.1 Basis-DRG J61

#### 3.2.1.1 J61A

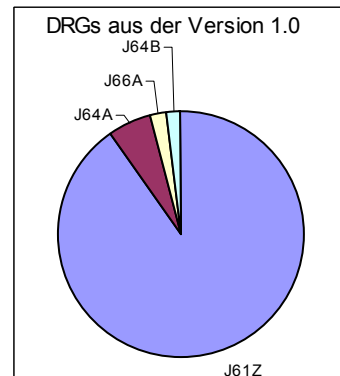
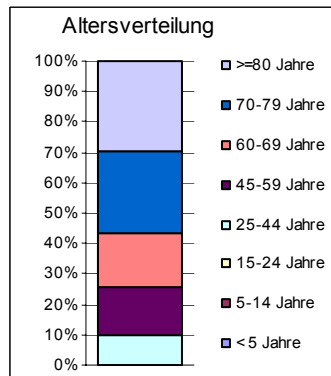
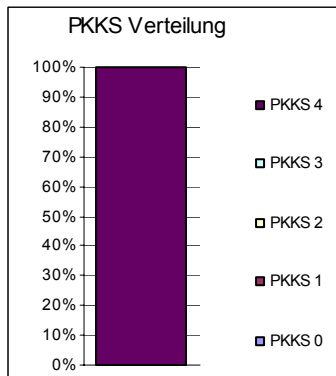
Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre mit äußerst schweren CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	2,015	1. Tag Abschlag	5
			1. Tag Zuschlag	36

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	51	123
Fallzahl in %	0,4%	-
Alter	69,4	-
Anteil Frauen	72,5%	60,2%
Anteil Männer	27,5%	39,8%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	4,0	4,0
Mittlere PCCL	4,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	18,7	-
VWD IL	17,3	19,0
LOL	9,8%	3,5%
IL	82,4%	86,0%
HOL	7,8%	10,5%
HK (VWD)	0,60	0,709

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	5.287
Therapie	5,2%
Diagnostik	3,8%
Medikation	4,8%
Normalstation	86,2%
ITS	0,0%
HK (A)	0,61
HK (Kosten) InEK	0,66



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
L40.0	Psoriasis vulgaris	17	33,3%	21,7	5.950	4	56	31%
L12.0	Bullöses Pemphigoid	13	25,5%	15,5	4.211	4	84	39%
L40.8	Sonstige Psoriasis	8	15,7%	18,1	5.033	4	74	5%
L88	Pyoderma gangraenosum	4	7,8%	14,5	6.598	4	60	7%
L40.9	Psoriasis, nicht näher bezeichnet	2	3,9%	17,0	4.136	4	68	2%
L53.9	Erythematöse Krankheit, nicht näher bezeichnet	2	3,9%	17,5	4.932	4	72	7%
L40.1	Generalisierte Psoriasis pustulosa	1	2,0%	8,0	3.211	4	91	4%
L40.3	Psoriasis pustulosa palmoplantaris	1	2,0%	4,0	1.094	4	75	0%
L40.4	Psoriasis guttata	1	2,0%	18,0	4.515	4	65	1%
L44.0	Pityriasis rubra pilaris	1	2,0%	59,0	14.353	4	81	0%

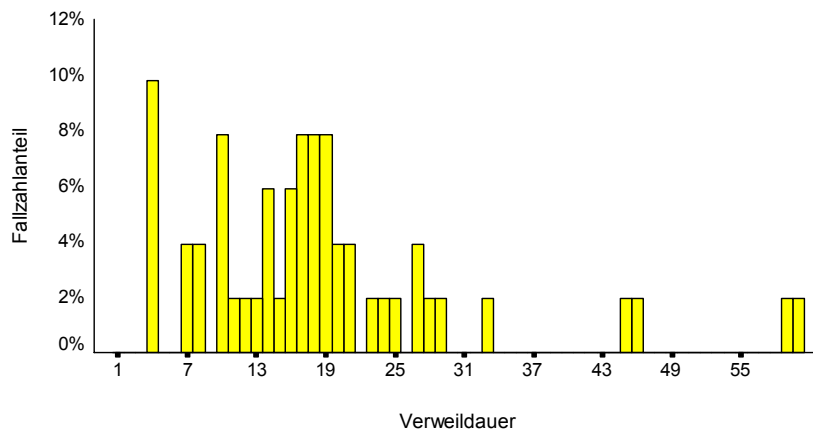
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	16	67		0
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	16	74		52
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	11	72		31
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	7	88		31
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	7	63	X	0
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht	6	72		10
E78.0	Reine Hypercholesterinämie	6	78		0
J44.9	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	6	72		13
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	6	76	X	27
B37.2	Kandidose der Haut und der Nägel	6	81		0

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	52	102,0%	29
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	45	88,2%	0
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	39	76,5%	43
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	14	27,5%	4
1-500.5	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberschenkel	13	25,5%	4
1-500.3	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Unterarm und Hand	6	11,8%	7
1-500.6	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Unterschenkel	5	9,8%	0
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	5	9,8%	0
1-632	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes: Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	4	7,8%	4
1-444.0	Biopsien ohne Inz. an den Verdauungsorganen: Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Kolon	4	7,8%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Intensive Lokaltherapie (Dauer >2h)	22	43%
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	13	25%
Immunfluoreszenz	10	20%
Lichttreppe	6	12%
Allergologische Testung Epikutan	4	8%
Phlebologischer Status	4	8%
Allergologische Testung einfach	3	6%
Immunhistochemie	3	6%
FK506 (Protropic) lokal	2	4%
Spizef i.v. 4x1g (10d)	2	4%

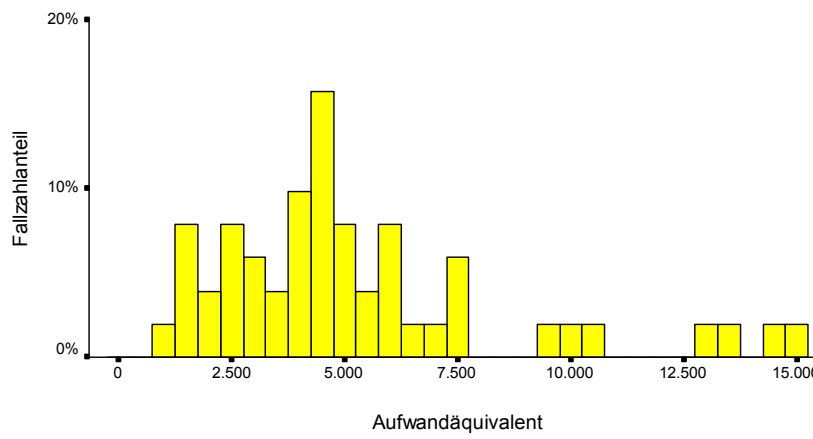
Verweildauerverteilung

DRG: J61A



Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J61A





### 3.2.1.2 J61B

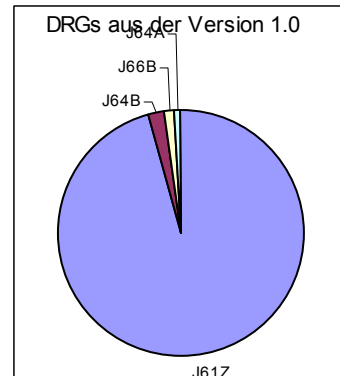
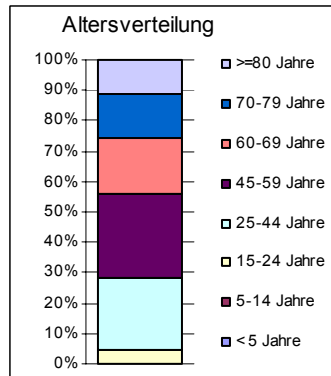
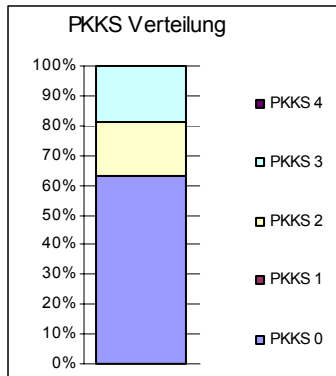
#### Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre ohne äußerst schwere CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	1,819	1. Tag Abschlag	5
			1. Tag Zuschlag	33

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	621	1.270
Fallzahl in %	4,3%	-
Alter	56,1	-
Anteil Frauen	45,1%	44,2%
Anteil Männer	54,9%	55,8%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	0,8	1,1
Mittlere PCCL	0,9	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	15,6	-
VWD IL	16,2	17,7
LOL	15,8%	8,4%
IL	78,3%	83,7%
HOL	6,0%	8,0%
HK (VWD)	0,60	0,7108

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	4.044
Therapie	3,5%
Diagnostik	1,0%
Medikation	1,3%
Normalstation	94,1%
ITS	0,2%
HK (A)	0,60
HK (Kosten) InEK	0,57



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
L40.0	Psoriasis vulgaris	375	60,4%	15,3	3.903	0,8	52	57%
L12.0	Bullöses Pemphigoid	66	10,6%	17,2	4.406	1,6	80	12%
L40.9	Psoriasis, nicht näher bezeichnet	44	7,1%	12,1	3.183	0,4	52	4%
L40.8	Sonstige Psoriasis	32	5,2%	17,2	4.450	1,1	61	8%
L40.3	Psoriasis pustulosa palmoplantaris	31	5,0%	16,9	4.402	0,6	53	7%
L88	Pyoderma gangraenosum	18	2,9%	20,6	5.964	1,7	61	2%
L40.4	Psoriasis guttata	16	2,6%	11,9	3.064	1,1	40	2%
L44.0	Pityriasis rubra pilaris	10	1,6%	17,2	4.392	2	54	1%
L51.1	Bullöses Erythema exsudativum multiforme	9	1,4%	14,3	4.809	1,3	48	3%
L40.1	Generalisierte Psoriasis pustulosa	8	1,3%	27,4	7.184	0,6	65	1%

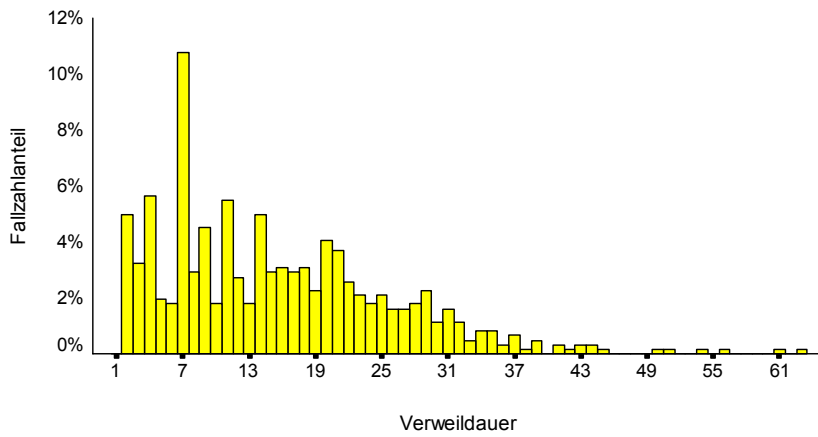
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	119	64		354
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht	31	59		74
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	28	50		0
E78.0	Reine Hypercholesterinämie	25	56		58
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	22	68		54
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch	22	49		75
E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet	19	50		83
B35.3	Tinea pedis	19	58		37
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	18	75		50
E14.90	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	17	69		34

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	423	68,1%	992
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	211	34,0%	668
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	170	27,4%	0
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	55	8,9%	0
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	34	5,5%	27
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	33	5,3%	18
8-560.x	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Sonstige	31	5,0%	190
1-500.3	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Unterarm und Hand	30	4,8%	24
1-500.6	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Unterschenkel	29	4,7%	14
1-500.5	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberschenkel	26	4,2%	19

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	239	38%
Intensive Lokalthherapie (Dauer >2h)	43	7%
Immunfluoreszenz	31	5%
Allergologische Testung einfach	22	4%
Allergologische Testung Epikutan	19	3%
Photodynamische Therapie	18	3%
Lichttreppe	17	3%
Phlebologischer Status	15	2%
Immunhistochemie	9	1%
Staphylex i.v. 3x1g (10d)	7	1%

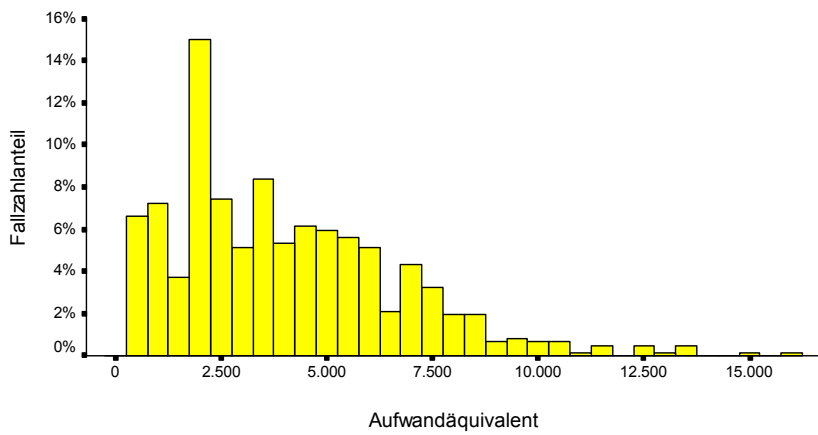
Verweildauerverteilung

DRG: J61B



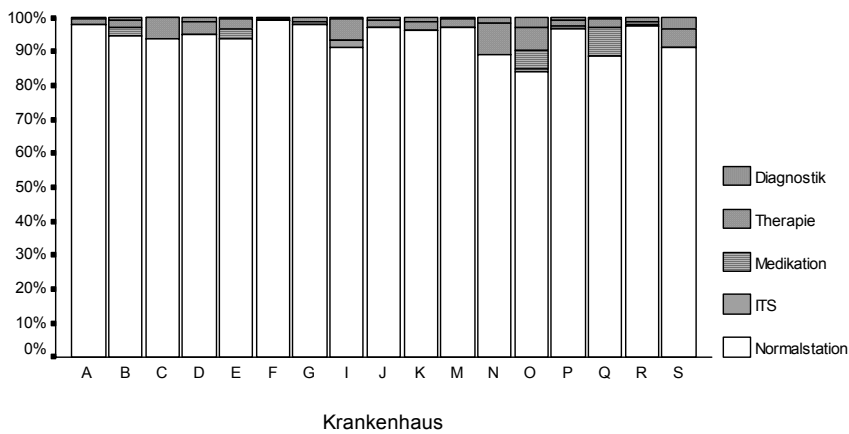
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J61B



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J61B



### 3.2.1.3 J61C

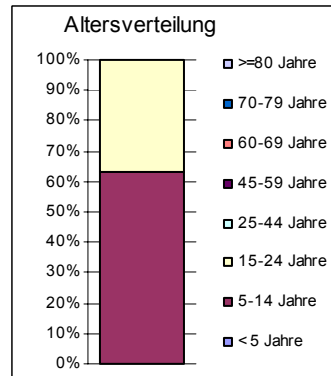
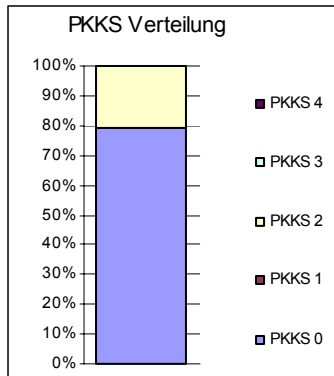
#### Schwere Erkrankungen der Haut, Alter < 18 Jahre

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	1,326	1. Tag Abschlag	3
			1. Tag Zuschlag	25

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	19	99
Fallzahl in %	0,1%	-
Alter	13,5	-
Anteil Frauen	63,2%	46,5%
Anteil Männer	36,8%	53,5%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	0,5	0,9
Mittlere PCCL	0,4	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	12,2	-
VWD IL	11,6	12,3
LOL	5,3%	10,0%
IL	89,5%	82,5%
HOL	5,3%	7,5%
HK (VWD)	0,62	0,6758

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	3.166
Therapie	2,5%
Diagnostik	0,4%
Medikation	3,3%
Normalstation	93,8%
ITS	0,0%
HK (A)	0,63
HK (Kosten) InEK	0,61

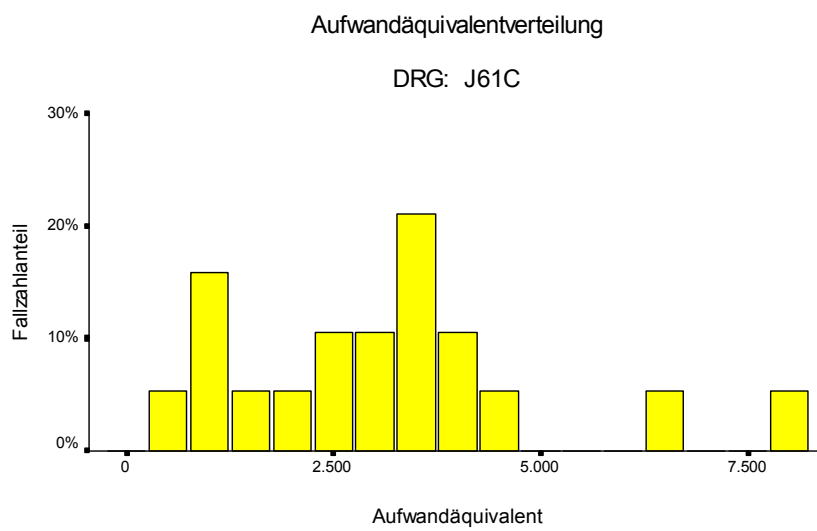
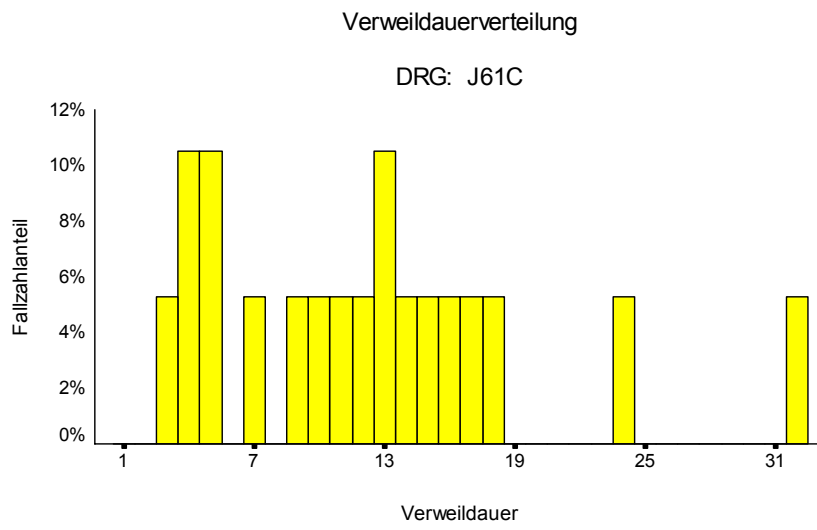


Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
L40.0	Psoriasis vulgaris	10	52,6%	15,6	3.933	0,2	14	44%
L40.4	Psoriasis guttata	3	15,8%	10,3	2.559	1,3	12	9%
L40.9	Psoriasis, nicht näher bezeichnet	2	10,5%	6,0	1.537	0	16	4%
L51.1	Bullöses Erythema exsudativum multiforme	2	10,5%	7,0	2.691	1	12	16%
L12.0	Bullöses Pemphigoid	1	5,3%	7,0	1.703	0	13	1%
L40.8	Sonstige Psoriasis	1	5,3%	12,0	2.979	0	12	4%

Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
J35.0	Chronische Tonsillitis	2	15		5
N48.1	Balanoposthitis	1	15		0
L75.8	Sonstige Krankheiten der apokrinen Schweißdrüsen	1	9		0
L10.0	Pemphigus vulgaris	1	9		0
L08.0	Pyodermie	1	13		0
J03.0	Streptokokken-Tonsillitis	1	17		0
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet	1	6		0
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	1	16		0
E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	1	16		0
D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	1	14		0

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	26	136,8%	35
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	3	15,8%	1
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	2	10,5%	3
1-610.y	Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege: Diagnostische Laryngoskopie: N.n.bez.	1	5,3%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	4	21%
Zovirax i.v. 3x500mg (5d)	2	11%



### 3.2.1.4 Auswertung

Der Vorschlag der DDG, einen Splitt für die im G-DRG-System Version 1.0 ungesplittete Basis-DRG J61 einzuführen, wurde in das G-DRG-System der Version 2004 implementiert. Zusätzlich wurde ein Alterssplitt bei einem Alter unter 18 Jahren eingeführt. Weitere Veränderungen dieser Basis-DRG betreffen die Diagnosezuordnungen. So wurde aufgrund eines Anpassungsvorschlags der DDG beispielsweise die Hauptdiagnose L88 (Pyoderma gangraenosum) von der Basis-DRG J64 in die Basis-DRG J61 verschoben.

Der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer betrug in der G-DRG Version 1.0 0,56, der Homogenitätskoeffizient des Aufwandäquivalentes 0,58. Beide Koeffizienten konnten im System 2004 für alle 3 abrechenbaren DRGs deutlich verbessert werden. Der gewichtete Homogenitätskoeffizient für die Basis-DRG J61 beträgt für die Verweildauer und für das Aufwandäquivalent jeweils 0,60.

Insgesamt wurden 51 Fälle in die G-DRG J61A, 621 Fälle in die G-DRG J61B und nur 19 Fälle (99 Fälle in der G-DRG-Kalkulationsstichprobe) der Projektstichprobe in die G-DRG J61C gruppiert. Eine Differenzierung des Aufwandäquivalentes und der Verweildauer gelingt durch die durchgeführten Splitts gut (Tabelle 3-6).

DRG	Projekt					G-DRG-Kalkulation	
	N	VWD	VWD IL	A	HK	VWD	RG
J61A	51	18,7	17,3	5.287	0,61	19,0	2,015
J61B	621	15,6	16,2	4.044	0,60	17,7	1,819
J61C	19	12,2	11,6	3.166	0,63	12,3	1,326

Tabelle 3-6 Basis-DRG J61, allgemeine Kennzahlen

Das mittlere Aufwandäquivalent der G-DRG J61C unterscheidet sich ebenso wie die mittlere Verweildauer deutlich von den G-DRGs J61A und J61B. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen in dieser G-DRG und der nur sehr eingeschränkt erfolgten Spezialisierung einzelner Krankenhäuser auf die Behandlung der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen (Abbildung 3-42) sollte in der nächsten Kalkulationsstichprobe gleichwohl überprüft werden, ob dieser Alterssplitt notwendig ist.

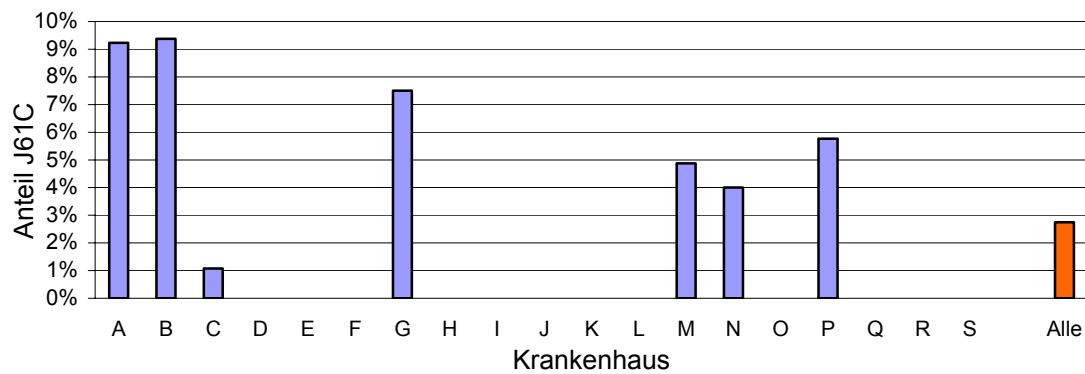


Abbildung 3-42 Anteil der Fälle in der G-DRG J61C (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter < 18 Jahre) in der Basis-DRG J61 nach Krankenhäusern

Die Basis-DRG J61 ist dominiert von Hauptdiagnosen aus der ICD-Gruppe L40 (Psoriasis) (80 % der Fälle). Der Anteil dieser Fälle schwankt jedoch klinikindividuell sehr deutlich zwischen 100 % (Krankenhäuser C, H) und 58 % (Klinik P) (Abbildung 3-43).

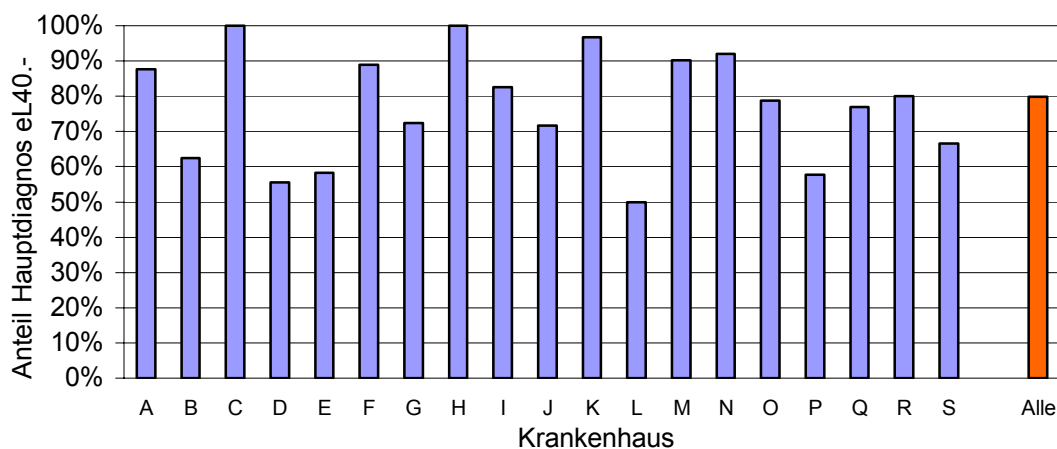


Abbildung 3-43 Anteil der Fälle mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-Gruppe L40 (Psoriasis) in der Basis-DRG J61 nach Krankenhäusern

Die Krankenhäuser mit einem hohen Anteil (>80 %) von Fällen mit diesen Hauptdiagnosen sind jedoch keineswegs nur Spezialkliniken. Hier scheinen lokale Versorgungsstrukturen ebenfalls eine Rolle zu spielen. Der mittlere Aufwand innerhalb der Basis-DRG J61 ist klinikindividuell sehr unterschiedlich (Beispiel J61B: Abbildung 3-43). Er schwankt um den Faktor 2,6 zwischen den Krankenhäusern mit dem niedrigsten mittleren Aufwandäquivalent und den



Krankenhäusern mit dem höchsten mittleren Aufwandäquivalent.

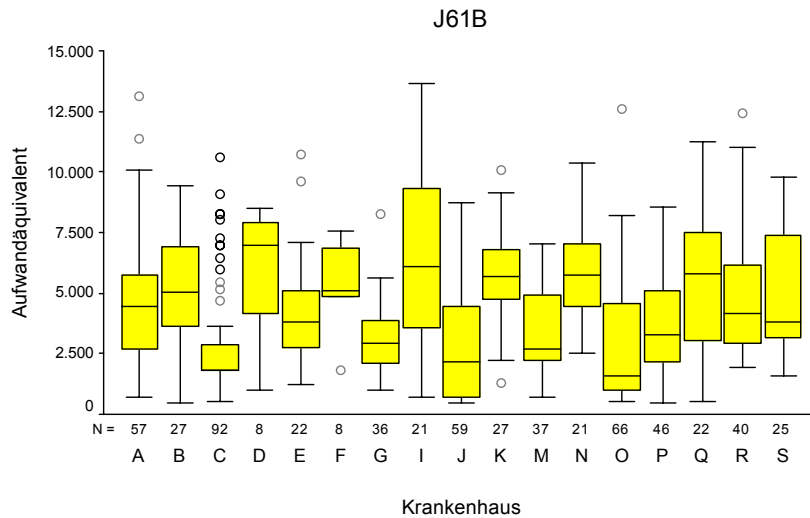


Abbildung 3-44 Aufwandäquivalentverteilung der Krankenhäuser in der G-DRG J61B

Eine eindeutiger Zusammenhang zwischen dem mittleren Aufwand und dem Anteil der Fälle mit der Hauptdiagnose Psoriasis konnte jedoch nicht nachgewiesen werden (Abbildung 3-45).

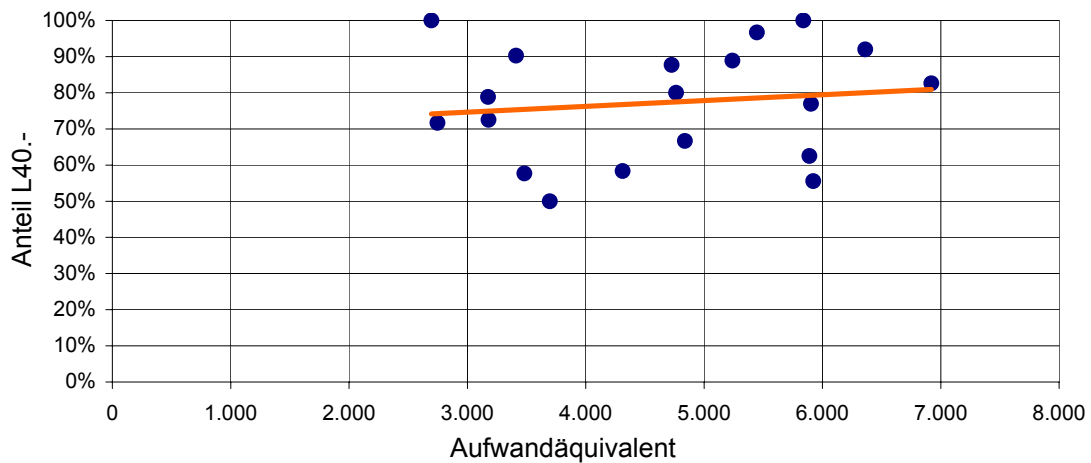


Abbildung 3-45 Zusammenhang zwischen Aufwand und dem Anteil der Diagnosegruppe L40 (Psoriasis) nach Krankenhaus (R=0,13)

Von besonderer Bedeutung für eine differenziertere Schweregradeinteilung der Basis-DRG J61 erscheint die Möglichkeit zur verfeinerten Abbildung der Schwere einer Psoriasis.

Einige sehr aufwendige Fälle können anhand der kodierten

schweregradsteigernden Nebendiagnosen identifiziert und sachgerechter vergütet werden (Tabelle 3-7).

ICD	Diagnosetext
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
J44.9	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz
R15	Stuhlinkontinenz
A49.0	Staphylokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet
A49.1	Streptokokkeninfektion, nicht näher bezeichnet
I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten

Tabelle 3-7 Schweregradsteigernde Nebendiagnosen in der G-DRG J61A

Das durchschnittliche Alter liegt in der G-DRG J61A bei 69,4 Jahren, in der G-DRG J61B bei 56,1 Jahren. Der Zusammenhang zwischen Aufwandäquivalent und Patientenalter ist zwar deutlich (Abbildung 3-46), ein Alterssplitt (z. B. bei 70 Jahren) würde jedoch keine bessere Falldifferenzierung ergeben.

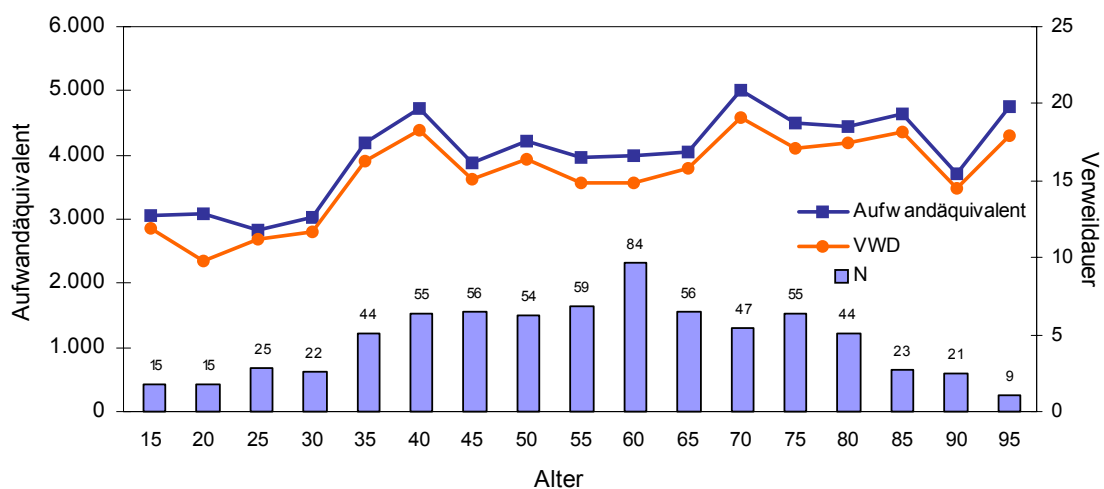


Abbildung 3-46 Zusammenhang zwischen der Verweildauer (dem Aufwandäquivalent) und dem Patientenalter in der Basis-DRG J61

Auffällig ist der in allen abrechenbaren DRGs erhöhte Anteil von unteren Verweildauerausreißern. Die nähere Analyse ergab keine Besonderheiten für spezifische Hauptdiagnosen, zeigte jedoch, dass der Anteil an unteren Ausreißern in zwei Krankenhäusern (J, O) deutlich erhöht ist (Abbildung 3-47). Neben krankenhausespezifischen Behandlungsrichtlinien und

Versorgungsstrukturen besteht hier auch die Möglichkeit, dass aufgrund mangelnder Datenqualität der Ausreißeranteil falsch berechnet wurde.

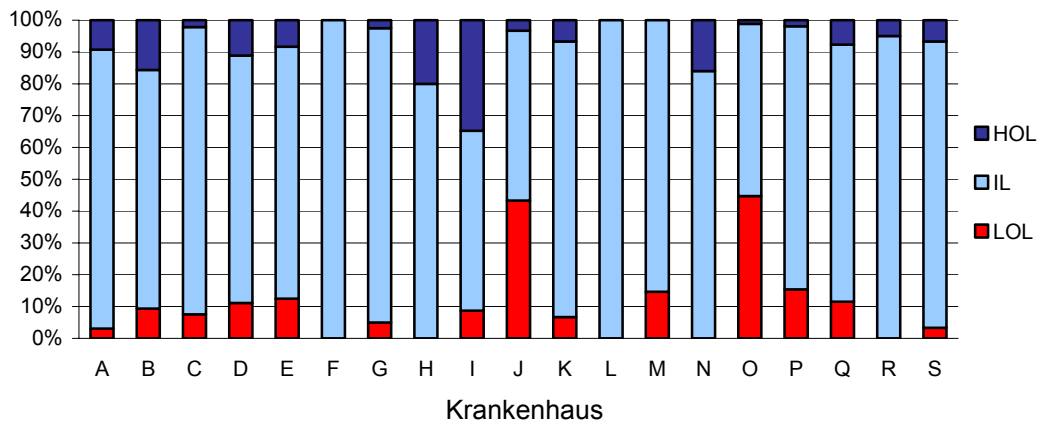


Abbildung 3-47 Anteile von Verweildauerausreißern in der Basis-DRG J61 nach Krankenhäusern

In den beiden abrechenbaren DRGs J61A und J61B besteht bei Fällen mit der Hauptdiagnose L88 (Pyoderma gangraenosum) ein deutlich erhöhtes Aufwandäquivalent (J61A: 29 %, J61B: 67 % über dem jeweiligen Durchschnitt; N=4 bzw. 18 Fälle). Diese Hauptdiagnose ist im G-DRG-System 2004 der Basis-DRG J61 (aus der Basis-DRG J64) hinzugefügt worden. Die Aufwandunterschiede waren bekannt und sind in der Basis-DRG J61 niedriger als in der Basis-DRG J64. Die Verteilung dieser Fälle auf die Krankenhäuser ist sehr unterschiedlich (Abbildung 3-48).

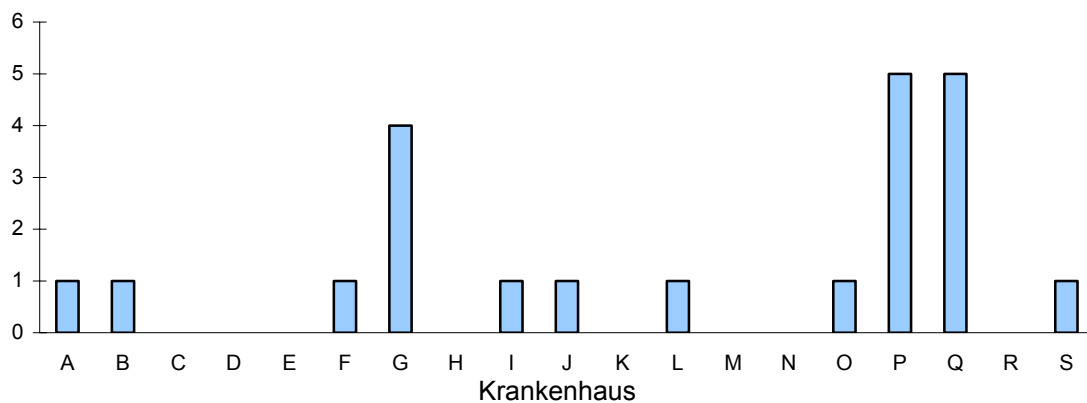


Abbildung 3-48 Verteilung der Fälle mit der Hauptdiagnose L88 (Pyoderma gangraenosum) nach Krankenhäusern

Hervorgerufen werden diese Aufwandunterschiede durch lange Verweildauern,

Aufenthalte auf der Intensivstation oder teure Medikation. Ein einzelner „Kostentreiber“ lässt sich nicht identifizieren.

### 3.2.2 J66Z

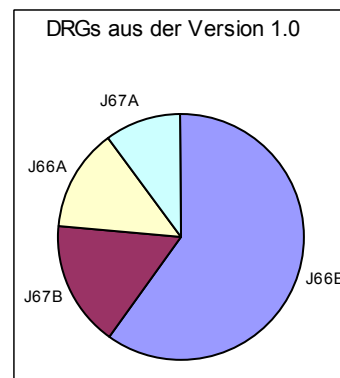
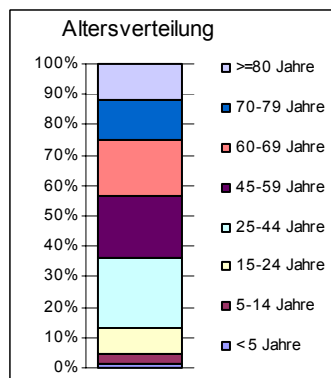
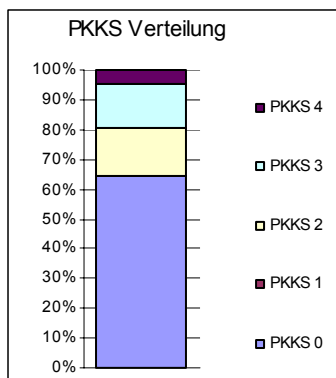
#### Mäßig schwere Hauterkrankungen

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,959	1. Tag Abschlag	2
			1. Tag Zuschlag	21

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	2.200	6.022
Fallzahl in %	15,1%	-
Alter	52,6	-
Anteil Frauen	55,1%	53,6%
Anteil Männer	44,9%	46,4%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	0,9	1,2
Mittlere PCCL	1,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	10,1	-
VWD IL	8,6	9,6
LOL	5,0%	7,8%
IL	85,5%	83,2%
HOL	9,5%	9,1%
HK (VWD)	0,55	0,64

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	2.742
Therapie	1,8%
Diagnostik	2,4%
Medikation	5,7%
Normalstation	90,0%
ITS	0,1%
HK (A)	0,55
HK (Kosten) InEK	0,62



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
L20.8	Sonstiges atopisches [endogenes] Ekzem	212	9,6%	9,3	2.409	0,7	32	8%
L27.0	Generalisierte Hauteruption durch Drogen oder Arzneimittel	142	6,5%	9,4	2.417	1,1	58	7%
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	142	6,5%	10,7	2.812	0,7	34	6%
B02.9	Zoster ohne Komplikation	127	5,8%	8,1	2.800	1,1	63	10%
L30.1	Dyshidrosis [Pompholyx]	108	4,9%	9,6	2.465	0,7	41	3%
L23.9	Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache	103	4,7%	10,6	2.655	0,9	55	4%
L30.8	Sonstige näher bezeichnete Dermatitis	100	4,5%	10,7	2.743	1	59	3%
L28.2	Sonstige Prurigo	98	4,5%	11,6	2.925	1,4	59	3%
L30.9	Dermatitis, nicht näher bezeichnet	95	4,3%	9,9	2.456	0,7	61	3%
L30.0	Nummuläres Ekzem	75	3,4%	11,1	2.796	0,9	59	2%

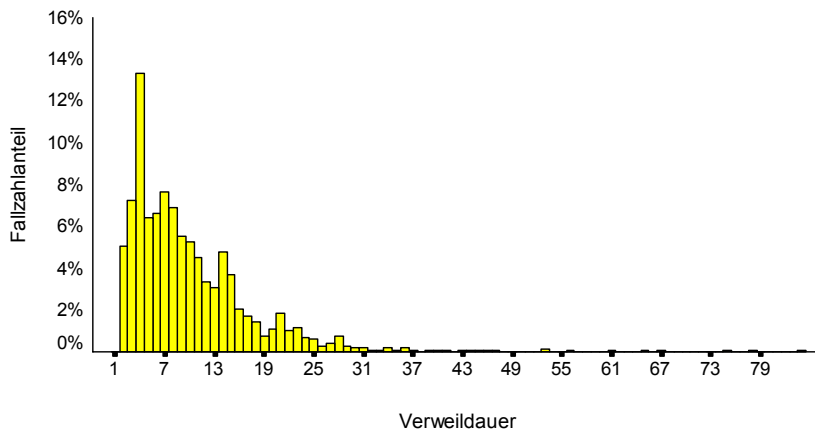
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	394	69		1306
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	175	45		337
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	76	80		228
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	76	70		155
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	64	50		158
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung	61	59		229
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	57	39		224
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	56	78	X	0
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	55	51		0
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	53	71		166

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	472	21,5%	0
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	370	16,8%	905
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	305	13,9%	439
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	232	10,5%	0
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	124	5,6%	117
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	79	3,6%	172
8-540.1	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Intravenös	75	3,4%	325
1-500.5	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberschenkel	69	3,1%	0
8-016	Applikation von Medikamenten und Nahrung: Parenterale Ernährung als medizinische Hauptbehandlung	64	2,9%	0
1-500.2	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberarm und Ellenbogen	62	2,8%	77

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Allergologische Testung Epikutan	219	10%
Allergologische Testung einfach	215	10%
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	208	9%
Zovirax i.v. 3x500mg (5d)	131	6%
Immunfluoreszenz	118	5%
Lymphknoten-Sonographie	98	4%
Lichttreppe	95	4%
Phlebologischer Status	64	3%
Intensive Lokalthherapie (Dauer >2h)	53	2%
Allergologische Expositionstestung	52	2%

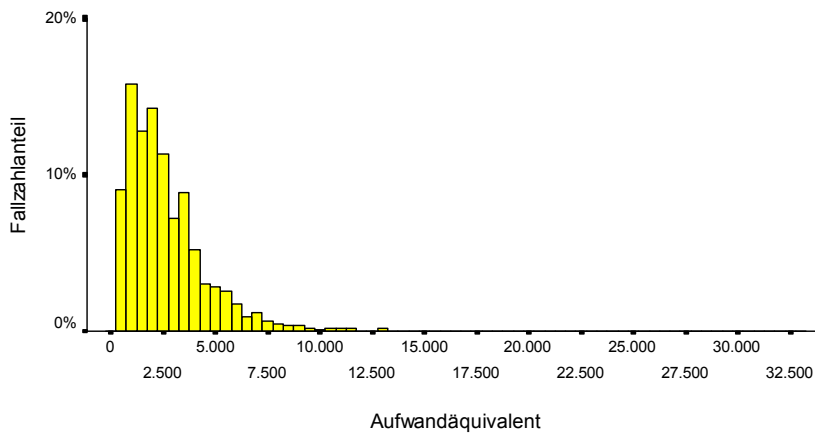
Verweildauerverteilung

DRG: J66Z



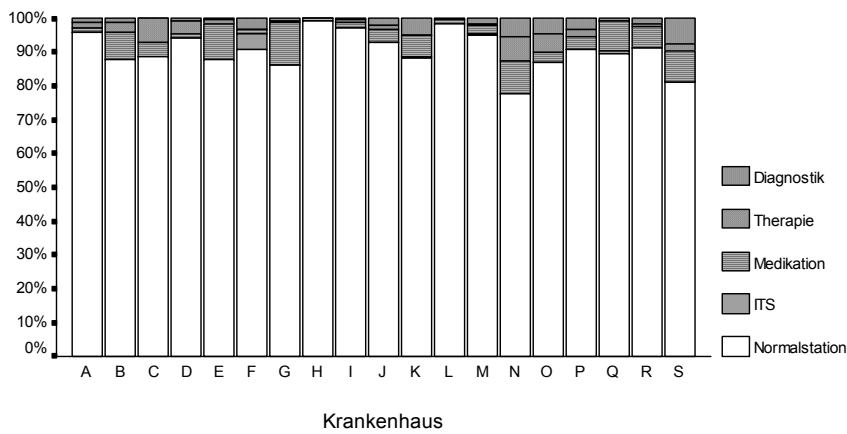
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J66Z



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J66Z



### 3.2.2.1 Auswertung

Der im G-DRG-System der Version 1.0 vorhandene Splitt der Basis-DRG J66 (PCCL-Splitt) wurde für das G-DRG-System 2004 verworfen. Das Diagnosespektrum der Basis-DRG J66 ist sehr heterogen. Dennoch sind die häufigsten Hauptdiagnosen hinsichtlich ihres Aufwandäquivalentes und hinsichtlich der Verweildauer recht homogen. Aufgrund der Vielfältigkeit der innerhalb dieser Basis-DRG vorkommenden Diagnosen (102 der 165 verschiedenen möglichen Hauptdiagnosen wurden kodiert) und der nicht vorhandenen Konzentration auf einzelne Hauptdiagnosen ist der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer bzw. des Aufwandäquivalentes mit jeweils 0,55 jedoch niedrig. Im Vergleich zum G-DRG-System der Version 1.0 haben sich die genannten Koeffizienten leicht erhöht.

Wäre der PCCL-Splitt der G-DRG Version 1.0 beibehalten worden, so würde sich der Unterschied zwischen Aufwandäquivalenten und mittleren Verweildauern in beiden Fallgruppen gut darstellen (Tabelle 3-8).

PCCL	N	VWD	Aufwand	SD A	SD VWD	HK VWD	HK A
>2 (A-DRG)	422	13,0	3552	1780	6,8	0,575	0,581
<3 (B-DRG)	1778	9,5	2549	1913	7,3	0,565	0,571

Tabelle 3-8 DRG-Kennzahlen der G-DRG J66Z bei Einführung eines PCCL-Splitts

Der direkte Vergleich der G-DRG Versionen 2004 und 1.0 zeigt, dass sich bei Anwendung des identischen Splittkriteriums die beiden Homogenitätskoeffizienten in beiden abrechenbaren DRGs deutlich erhöht hätten (Tabelle 3-9).

Splittkriterium	Version 2004		Version 1.0		Differenz	
	HK VWD	HK A	HK VWD	HK A	$\Delta$ HK VWD	$\Delta$ HK A
>2 (A-DRG)	0,575	0,581	0,543	0,556	0,032	0,025
<3 (B-DRG)	0,565	0,571	0,527	0,544	0,038	0,027

Tabelle 3-9 Vergleich der Kennzahlen der Basis-DRG J66

### Sekundäre bösartige Neubildungen

Fälle mit der Hauptdiagnose „Sekundäre bösartige Neubildungen der Haut“ (C79.2) werden in der medizinischen Partition im G-DRG-System 2004 in die Basis-DRG J62 (Bösartige Neubildungen der Mamma) gruppiert. Tagesfälle werden in dieser Partition in die G-DRG J62D (Bösartige Neubildungen der



Mamma, ein Belegungstag) gruppiert. In der chirurgischen Partition werden Fälle mit dieser Hauptdiagnose, abhängig von der durchgeführten Prozedur in die Basis-DRGs J06 (Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung), J07 (Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung), J12Z (Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung), J13 (Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung), J14 (Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung) oder J15 (Große Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung) gruppiert. Werden Hauttransplantationen durchgeführt, erfolgt die Eingruppierung in die Basis-DRG J08, die im DRG-Algorithmus vor den anderen genannten DRGs abgefragt wird (Tabelle 3-10).

N HD	N % HD	G-DRG	Bezeichnung	A HD	VWD HD	A (DRG)	VWD (DRG)
2	22,2%	J06Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung	2.849	10,5	5.017	16,2
5	2,0%	J08A	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC	4.733	13,8	4.438	15,3
11	2,6%	J08B	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC	4.311	14,7	3.963	13,6
39	1,5%	J08C	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC	3.718	11,5	2.620	8,8
1	2,1%	J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren CC	3.797	11,0	4.509	16,3
10	5,2%	J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit schweren CC oder CC	3.052	9,1	3.212	11,8
8	1,3%	J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	4.110	12,8	1.952	6,9
1	25,0%	J14Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung	5.206	21,0	4.389	16,8
56	94,9%	J62C	Bösartige Neubildungen der Mamma ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC	2.420	7,1	2.385	7,1
26	100%	J62D	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag	1.674	1,0	1.673	1,0

Tabelle 3-10 Eingruppierung der Fälle mit der Hauptdiagnose C79.2 (Sekundäre bösartige Neubildung der Haut); N=160

Aus medizinischer Sicht sollte jedoch eine Eingruppierung der Fälle mit der Hauptdiagnose „Sekundäre bösartige Neubildung der Haut“ gleichsam den primären Hauttumoren erfolgen, da sich die Behandlung in weiten Teilbereichen ähnelt.

In der medizinischen Partition sollte daher eine Eingruppierung in die Basis-DRG J66 (Mäßig schwere Hauterkrankungen) erfolgen. In diese werden die konservativ behandelten ICD-Gruppen C43 (Bösartiges Melanom der Haut) und C44 (sonstige bösartige Neubildungen der Haut) eingruppiert.

In der G-DRG J66Z liegt das im Projekt ermittelte mittlere Aufwandäquivalent bei 2.742, die mittlere arithmetische Verweildauer beträgt 10,1 Tage. Die mittlere Verweildauer der Inlier beträgt 8,6 Tage. Die mittlere Verweildauer der Inlier mit der Hauptdiagnose C79.2 beträgt 5,6 Tage, deren gesamte mittlere Verweildauer 7,1 Tage und deren mittleres Aufwandäquivalent 2.420. In der G-DRG-Kalkulationsstichprobe sind 87 Fälle (1,5 %) der Fälle der DRG J62C mit der Hauptdiagnose C79.2 vertreten.

Werden nur die Fälle mit einer malignen Hauptdiagnose betrachtet, so beträgt das mittlere Aufwandäquivalent in der G-DRG J66Z 2.426. Dies entspricht dem Aufwandäquivalent der Fälle mit der Hauptdiagnose C79.2 (2.420).

Würden die sehr teuren Leistungen (Aufwandäquivalent >500) sowie die im G-DRG-System 2004 über Zusatzentgelte finanzierten Leistungen ausgegliedert, so ergäbe sich für die Fälle mit einer malignen Hauptdiagnose innerhalb der G-DRG J66Z ein mittleres Aufwandäquivalent von 2.247. Unter dieser Annahme beträgt das mittlere Aufwandäquivalent der Fälle mit der Hauptdiagnose C79.2 in der G-DRG J62C 2.144.

Aufgrund der hohen Übereinstimmung der Kennzahlen erscheint die Eingruppierung der Fälle mit der Hauptdiagnose C79.2 in die Basis-DRG J66Z geboten.

Die Tagesfälle mit dieser Hauptdiagnose sollten korrespondierend in die Basis-DRG J68 (Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag) eingruppiert werden. Hier besteht allerdings ein erheblicher Unterschied im Aufwandäquivalent. Tagesfälle mit der Hauptdiagnose C79.2 haben ein mittleres Aufwandäquivalent von 1.674, das mittlere Aufwandäquivalent in der Tagesfall-DRG J68 beträgt hingegen 997. Innerhalb der Basis-DRG J68 besteht keine Differenzierung in maligne und benigne Erkrankungen. Das mittlere Aufwandäquivalent der Fälle mit einer malignen Hauptdiagnose innerhalb der DRG J68Z beträgt 1.114 und liegt damit deutlich näher an dem Aufwandäquivalent der Tagesfälle mit der Hauptdiagnose C79.2.

Da im Rahmen der konservativen Behandlung von Hauttumoren sehr teure Leistungen bzw. Chemotherapeutika wie die DC-Vakzinierung, das LEGHA-

Schema oder das McClay-Schema anfallen, die im G-DRG-System bisher nicht sachgerecht berücksichtigt werden, ist bei G-DRGs mit Mischungen aus Fällen mit malignen und benignen Hauptdiagnosen mit einer hohen Aufwandsstreuung zu rechnen. Bei Tagesfällen tritt diese Streuung aufgrund des hohen Aufwandanteils an dem Gesamtaufwand besonders deutlich hervor (Abbildung 3-49; Abbildung 3-50).

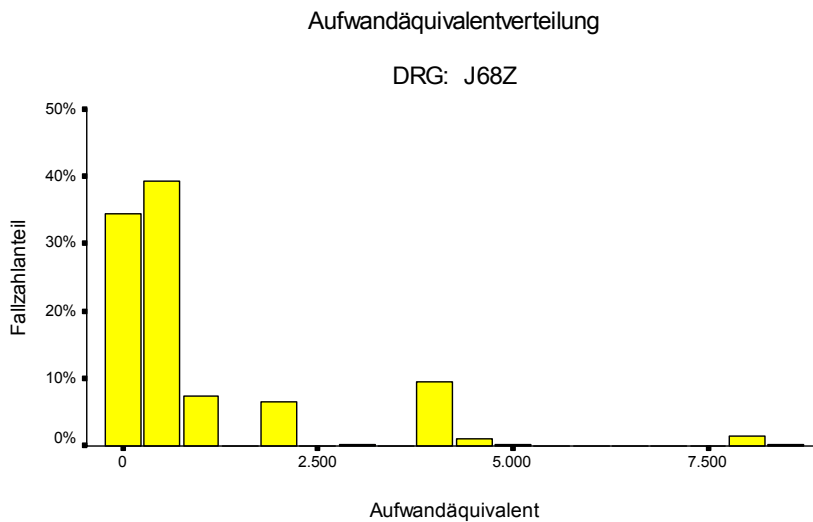


Abbildung 3-49 Aufwandäquivalentverteilung der G-DRG J68Z

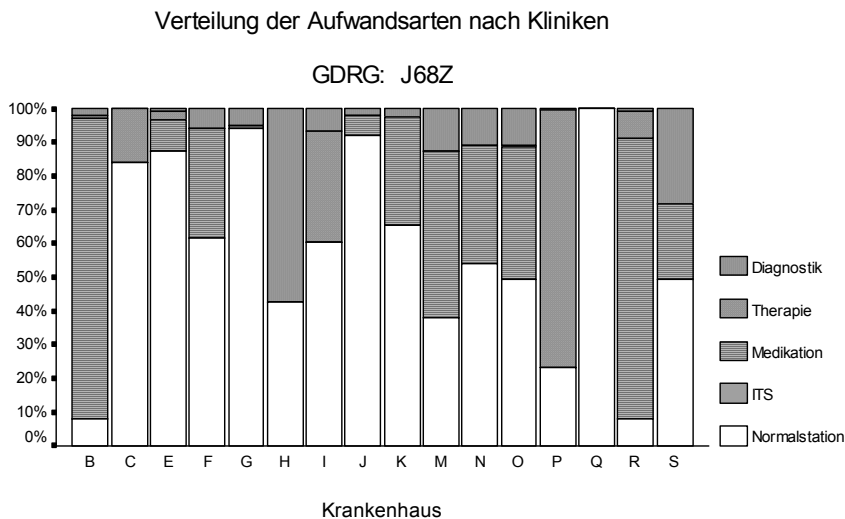


Abbildung 3-50 Verteilung der Aufwandsarten nach Krankenhäusern in der G-DRG J68Z

Würden die sehr teuren Leistungen (Aufwandäquivalent >500) sowie die im G-DRG-System 2004 über Zusatzentgelte finanzierten Leistungen ausgegliedert,

so ergäbe sich für die G-DRG J68Z ein mittleres Aufwandäquivalent von 342 (66 % des Aufwandes werden in der G-DRG J68Z durch teure oder zusatzentgeltfähige Leistungen verursacht). Die Fälle innerhalb dieser Tagesfall-DRG mit einer malignen Hauptdiagnose haben ein mittleres Aufwandäquivalent von 396 (N=287). Dies wäre in einem akzeptablen Umfang über dem durchschnittlichen Aufwand. Die Fälle ohne eine maligne Hauptdiagnose hätten ein mittleres Aufwandäquivalent von 272 (N=224).

Die Fälle mit der Hauptdiagnose C79.2 hätten unter diesen Annahmen ein mittleres Aufwandäquivalent von 411 (N=26). Dies entspricht annähernd dem Aufwandäquivalent der malignen Fälle in der G-DRG J68Z.

Es besteht daher neben der klinischen Begründung auch ökonomisch eine eindeutige Grundlage, die Tagesfälle mit der Hauptdiagnose C79.2 (Sekundäre bösartige Neubildungen der Haut) in die Basis-DRG J68 zu gruppieren, auch wenn z. Z. noch ein großer Aufwandäquivalentunterschied besteht.

In der operativen Partition stellt sich dieses Problem nicht dar, da die spezifischen DRGs, insbesondere Operation an der Mamma, nicht primär über Diagnosen, sondern über spezifische Prozeduren angesteuert werden. In den entsprechenden Diagnoselisten könnte daher der Diagnosekode C79.2 belassen werden, da diese DRGs nur angesteuert werden, falls eine entsprechende Prozedur durchgeführt wurde. In den anderen Fällen wird bei Vorliegen einer dermatologischen OR-Prozedur, die keiner spezifischen DRG zugeordnet wurde, die „Sammel-DRG“ J11 (Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma) angesteuert.

### 3.2.3 Basis-DRG J67

#### 3.2.3.1 J67A

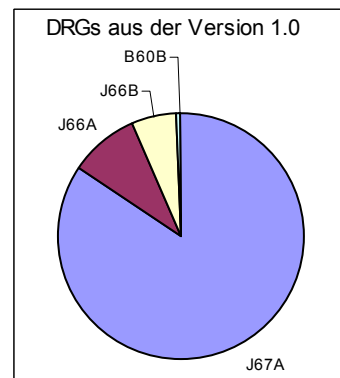
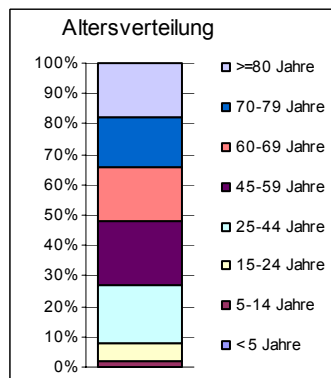
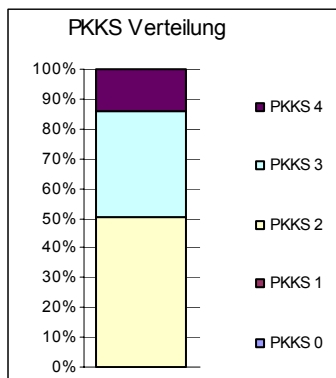
#### Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,949	1. Tag Abschlag	2
			1. Tag Zuschlag	20

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	236	1.076
Fallzahl in %	1,6%	-
Alter	57,8	-
Anteil Frauen	57,6%	58,7%
Anteil Männer	42,4%	41,3%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	2,6	2,6
Mittlere PCCL	2,6	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	10,2	-
VWD IL	8,9	8,9
LOL	5,1%	12,7%
IL	86,9%	79,7%
HOL	8,1%	7,6%
HK (VWD)	0,57	0,6449

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	2.660
Therapie	0,7%
Diagnostik	4,4%
Medikation	1,2%
Normalstation	93,7%
ITS	0,0%
HK (A)	0,58
HK (Kosten) InEK	0,60



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
B86	Skabies	36	15,3%	8,5	2.143	2,8	60	7%
L50.8	Sonstige Urtikaria	36	15,3%	11,8	3.193	2,5	51	15%
L50.9	Urtikaria, nicht näher bezeichnet	12	5,1%	12,4	3.200	2,5	46	5%
L29.9	Pruritus, nicht näher bezeichnet	8	3,4%	15,1	3.748	2,9	72	0%
L50.0	Allergische Urtikaria	7	3,0%	8,9	2.488	2,7	50	4%
B37.2	Kandidose der Haut und der Nägel	6	2,5%	7,5	1.841	3,2	81	2%
D03.3	Melanoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	6	2,5%	13,7	3.355	2,2	76	0%
L23.5	Allergische Kontaktdermatitis durch sonstige chemische Produkte	5	2,1%	14,8	3.643	2,6	57	0%
I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	5	2,1%	10,4	2.547	2,2	75	9%
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	5	2,1%	7,2	1.870	2,6	54	3%

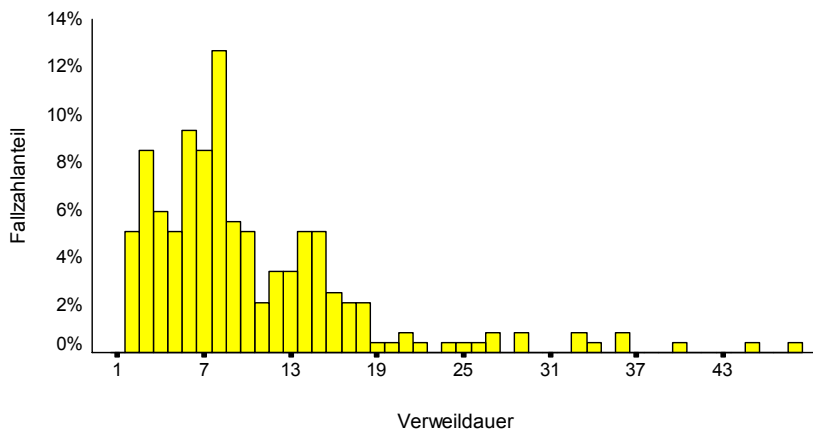
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	54	68		294
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	23	81		86
B37.88	Kandidose an sonstigen Lokalisationen	15	42		45
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	12	50		0
N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	11	65		66
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	10	52		51
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	10	76		51
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	9	62		45
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	8	48		0
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	8	87	X	31

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	34	14,4%	0
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	25	10,6%	0
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	19	8,1%	0
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	17	7,2%	38
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	15	6,4%	0
8-521.0	Strahlentherapie: Orthovoltstrahlentherapie: Bis zu 2 Bestrahlungsfelder	15	6,4%	0
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	13	5,5%	0
1-500.5	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberschenkel	6	2,5%	0
8-560.x	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Sonstige	5	2,1%	0
1-500.y	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: N.n.bez.	4	1,7%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Allergologische Testung einfach	33	14%
Physikalische Urtikariadiagnostik	24	10%
Allergologische Testung Epikutan	23	10%
Allergologische Expositionstestung	17	7%
Intensive Lokalthherapie (Dauer >2h)	16	7%
Lymphknoten-Sonographie	10	4%
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	9	4%
Immunfluoreszenz	5	2%
Rocephin-Erysipel i.v. 1x2g (10d)	4	2%
Lichttreppe	4	2%

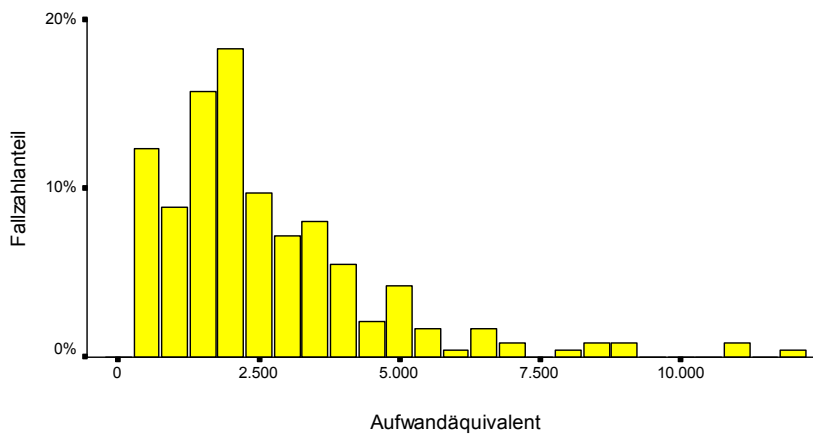
Verweildauerverteilung

DRG: J67A



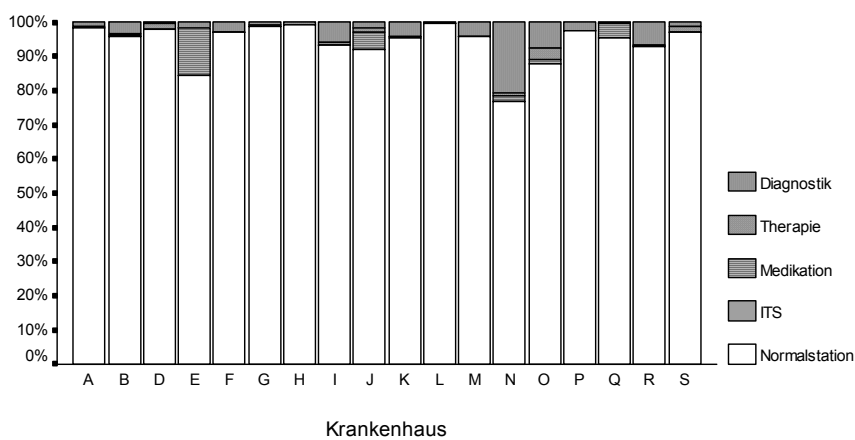
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J67A



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J67A



### 3.2.3.2 J67B

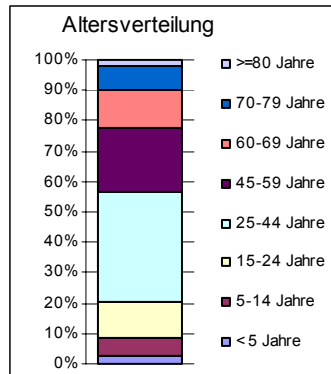
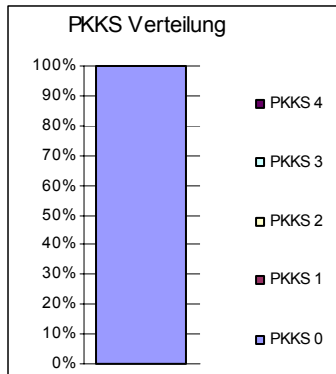
#### Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,569	1. Tag Abschlag	1
			1. Tag Zuschlag	13

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	691	2.822
Fallzahl in %	4,7%	-
Alter	42,1	-
Anteil Frauen	58,9%	56,7%
Anteil Männer	41,1%	43,3%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	0,0	0,0
Mittlere PCCL	0,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	7,9	-
VWD IL	6,0	5,4
LOL	0,0%	0,0%
IL	83,5%	90,0%
HOL	16,5%	10,0%
HK (VWD)	0,59	0,6067

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	2.068
Therapie	0,6%
Diagnostik	5,8%
Medikation	0,4%
Normalstation	93,2%
ITS	0,0%
HK (A)	0,59
HK (Kosten) InEK	0,61



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
L50.8	Sonstige Urtikaria	151	21,9%	10,7	2.821	0	39	15%
L50.9	Urtikaria, nicht näher bezeichnet	85	12,3%	5,4	1.397	0	40	8%
B86	Skabies	68	9,8%	5,5	1.360	0	44	8%
L50.0	Allergische Urtikaria	45	6,5%	6,4	1.752	0	39	4%
Q82.2	Mastozytose (angeboren)	33	4,8%	7,1	1.979	0	37	2%
L50.2	Urtikaria durch Kälte oder Wärme	15	2,2%	10,3	2.805	0	41	0%
R21	Hautausschlag und sonstige unspezifische Hauteruptionen	13	1,9%	7,0	1.828	0	46	1%
L50.1	Idiopathische Urtikaria	12	1,7%	7,7	2.239	0	38	1%
L29.8	Sonstiger Pruritus	11	1,6%	11,5	2.871	0	53	0%
L50.3	Urticaria factitia	10	1,4%	8,6	2.266	0	34	0%



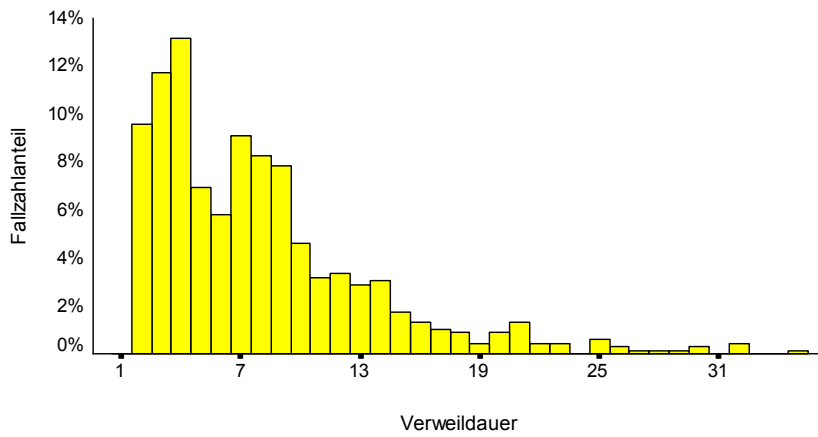
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	62	63		261
D22.9	Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet	41	31		68
L75.8	Sonstige Krankheiten der apokrinen Schweißdrüsen	33	30		69
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	32	42		67
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	31	42		112
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	26	44		79
T78.3	Angioneurotisches Ödem	20	39		99
L50.8	Sonstige Urtikaria	16	34		71
E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	15	45		39
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen	14	41		48

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	99	14,3%	0
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	50	7,2%	37
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	35	5,1%	0
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	30	4,3%	0
8-560.x	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Sonstige	21	3,0%	23
1-632	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes: Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	14	2,0%	64
1-440.1	Biopsien ohne Inz. an den Verdauungsorganen: Endoskopische Biopsie am oberen Verdauungstrakt und Pankreas: Magen	13	1,9%	49
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	13	1,9%	0
1-500.x	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Sonstige	12	1,7%	0
1-610.y	Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege: Diagnostische Laryngoskopie: N.n.bez.	12	1,7%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Allergologische Testung einfach	135	20%
Physikalische Urtikariadiagnostik	116	17%
Allergologische Expositionstestung	82	12%
Allergologische Testung Epikutan	56	8%
Urbason i.v. 500mg (3d)	24	3%
Phlebologischer Status	18	3%
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	16	2%
Lichttreppe	14	2%
Immunfluoreszenz	12	2%
Lymphknoten-Sonographie	9	1%

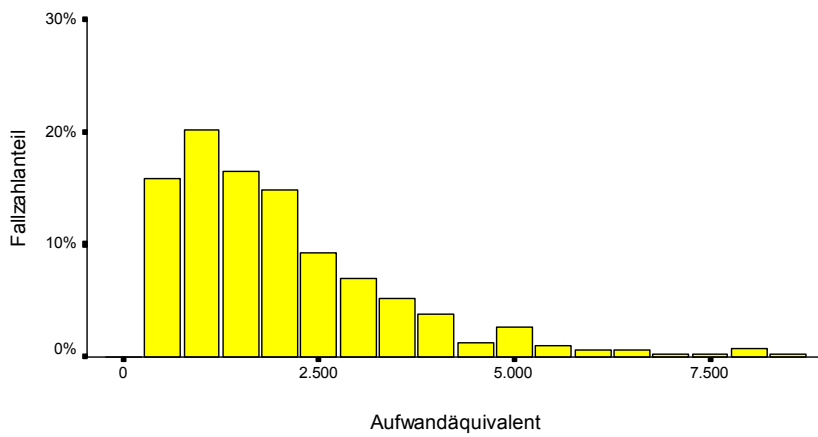
Verweildauerverteilung

DRG: J67B



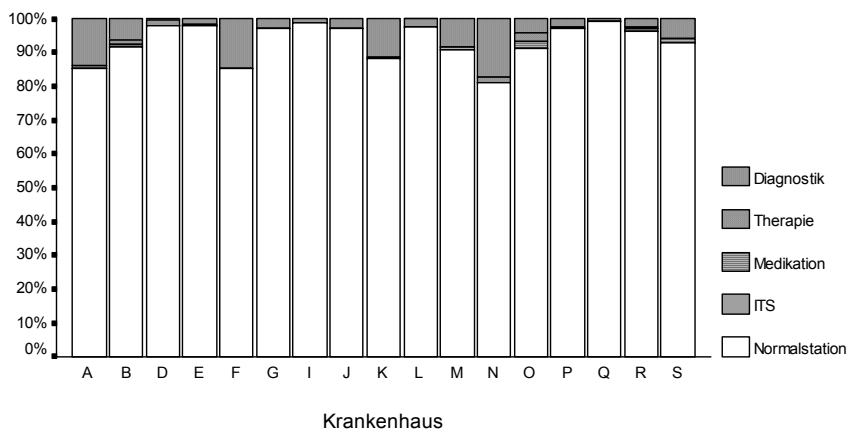
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J67B



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J67B



### 3.2.3.3 Auswertung

Der Anteil an unteren Verweildauerausreißern in der G-DRG J67A ist im Projekt mit 5,1 % im Vergleich zu der deutschen DRG-Kalkulationsstichprobe (12,7 %) deutlich niedriger. Hingegen ist der Anteil der oberen Verweildauerausreißer in der G-DRG J67B in dem DDG-Projekt mit 16,5 % höher als in der Kalkulationsstichprobe mit 10 %. Die Verteilung der oberen Verweildauerausreißer in der G-DRG J67B zeigt, dass hiervon überproportional Fälle mit bestimmten Hauptdiagnosen betroffen sind. So sind 100 % (N=7) der Fälle mit der Hauptdiagnose L90.0 (Lichen sclerosus et atrophicus) obere Verweildauerausreißer (Tabelle 3-11).

ICD	Titel	N HOL	N alle	% HOL
L90.0	Lichen sclerosus et atrophicus	7	7	100%
B35.4	Tinea corporis	4	6	67%
L29.9	Pruritus, nicht näher bezeichnet	5	8	63%
L50.8	Sonstige Urtikaria	48	151	32%
L29.8	Sonstiger Pruritus	3	11	27%
L50.2	Urtikaria durch Kälte oder Wärme	4	15	27%
Q82.2	Mastozytose (angeboren)	4	33	12%
L50.0	Allergische Urtikaria	3	45	7%
L50.9	Urtikaria, nicht näher bezeichnet	3	85	4%

Tabelle 3-11 Anteil an oberen Verweildauerausreißern in der G-DRG J67B für bestimmte Hauptdiagnosen

Die Verteilung der Verweildauerausreißer stellt sich auch für die Krankenhäuser sehr unterschiedlich dar. Einzelne Häuser haben einen Anteil oberer Ausreißer von bis zu 32 % ohne Auffälligkeiten bei den Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen aufzuweisen.

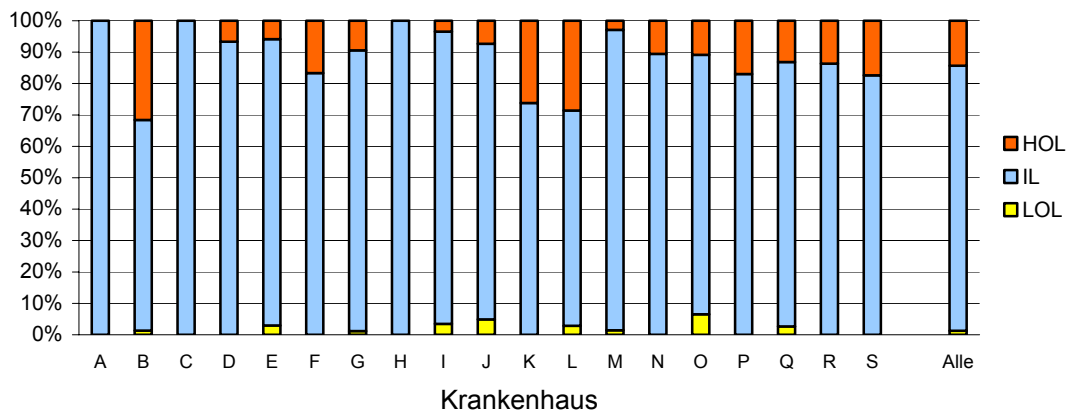


Abbildung 3-51 Verteilung der Verweildauerausreißer in der Basis-DRG J67 nach Krankenhäusern

### Kontaktdermatitis

Die Eingruppierung der verschiedenen Formen der Kontaktdermatitis erfolgt in die Basis-DRGs J66 (Mäßig schwere Hauterkrankungen) und J67 (Leichte bis moderate Hauterkrankungen). Die Allergische Kontaktdermatitis durch Farbstoffe sowie die Kontaktdermatitiden durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen werden in die Basis-DRG J66, alle anderen Formen der Kontaktdermatitis in die Basis-DRG J67 eingruppiert. Häufigste Kontaktdermatitis mit 107 Fälle (40 % der Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der Kontaktdermatitiden) ist die L23.9 (Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache) (Tabelle 3-12).

ICD	Titel	Basis-DRG	N
L23.0	Allergische Kontaktdermatitis durch Metalle	J67	2
L23.1	Allergische Kontaktdermatitis durch Klebstoffe	J67	2
L23.2	Allergische Kontaktdermatitis durch Kosmetika	J67	8
L23.3	Allergische Kontaktdermatitis durch Drogen oder Arzneimittel bei Hautkontakt	J67	11
L23.4	Allergische Kontaktdermatitis durch Farbstoffe	J66	2
L23.5	Allergische Kontaktdermatitis durch sonstige chemische Produkte	J67	13
L23.6	Allergische Kontaktdermatitis durch Nahrungsmittel bei Hautkontakt	J67	-
L23.7	Allergische Kontaktdermatitis durch Pflanzen, ausgenommen Nahrungsmittel	J67	8
L23.8	Allergische Kontaktdermatitis durch sonstige Agenzien	J66	33
L23.9	Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache	J66	107
L24.0	Toxische Kontaktdermatitis durch Detergenzien	J67	1
L24.1	Toxische Kontaktdermatitis durch Öle und Fette	J67	-
L24.2	Toxische Kontaktdermatitis durch Lösungsmittel	J67	-
L24.3	Toxische Kontaktdermatitis durch Kosmetika	J67	1

L24.4	Toxische Kontaktdermatitis durch Drogen oder Arzneimittel bei Hautkontakt	J67	3
L24.5	Toxische Kontaktdermatitis durch sonstige chemische Produkte	J67	-
L24.6	Toxische Kontaktdermatitis durch Nahrungsmittel bei Hautkontakt	J67	-
L24.7	Toxische Kontaktdermatitis durch Pflanzen, ausgenommen Nahrungsmittel	J67	-
L24.8	Toxische Kontaktdermatitis durch sonstige Agenzien	J66	-
L24.9	Toxische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache	J66	18
L25.0	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Kosmetika	J67	2
L25.1	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Drogen oder Arzneimittel bei Hautkontakt	J67	6
L25.2	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Farbstoffe	J66	1
L25.3	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch sonstige chemische Produkte	J67	4
L25.4	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Nahrungsmittel bei Hautkontakt	J67	-
L25.5	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch Pflanzen, ausgenommen Nahrungsmittel	J67	-
L25.8	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis durch sonstige Agenzien	J66	-
L25.9	Nicht näher bezeichnete Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache	J66	43

Tabelle 3-12 Eingruppierung und Anzahl der Hauptdiagnosen aus dem Bereich der Kontaktdermatitiden

Die erhobenen Aufwandsdaten zeigen, dass das mittlere Aufwandäquivalent der in die Basis-DRG J66 eingruppierten Fälle mit der Hauptdiagnose Kontaktdermatitis mit 2.777 dem Durchschnitt dieser Basis-DRG sehr exakt entspricht (Tabelle 3-13). In der Basis-DRG J67 weicht jedoch das mittlere Aufwandäquivalent der Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der Kontaktdermatitiden deutlich nach oben von dem ermittelten mittleren Aufwandäquivalent aller Fälle ab. Aus diesem Grund sollten alle Fälle aus dem Bereich der Kontaktdermatitiden in die Basis-DRG J66 gruppiert werden. Dies führt auch zu einer deutlich verbesserten klinischen Homogenität.

G-DRG	Kontaktdermatitis		Alle Fälle	
	N	A	N	A
J66Z	190	2.777	2.200	2.742
J67A	21	3.062	236	2.660
J67B	34	2.426	691	2.068
J68Z	8	487	511	997

Tabelle 3-13 Aufwandäquivalent der Fälle mit der Hauptdiagnose Kontaktdermatitis im Vergleich zu allen Fällen dieser DRGs

### 3.2.4 J68Z

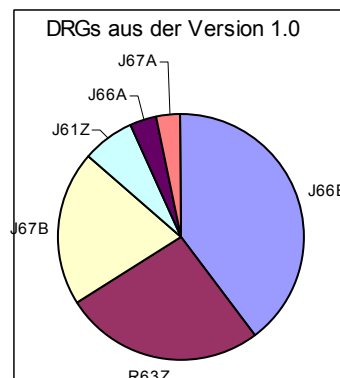
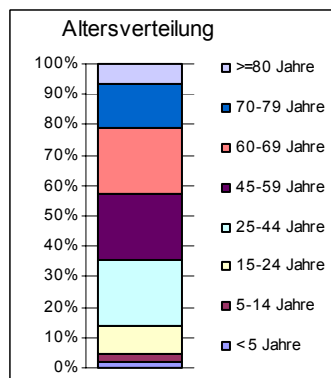
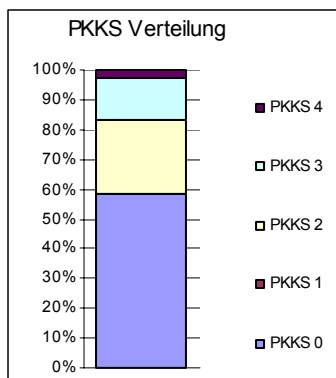
#### Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,202	1. Tag Abschlag	0
			1. Tag Zuschlag	0

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	511	1.838
Fallzahl in %	3,5%	-
Alter	51,6	-
Anteil Frauen	42,5%	48,6%
Anteil Männer	57,5%	51,4%
Tagesfälle	100,0%	-
Mehrtagesfälle	0,0%	-
Mittlere PCCL IL	1,0	0,8
Mittlere PCCL	1,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	1,0	-
VWD IL	1,0	1,0
LOL	0,0%	0,0%
IL	100,0%	100,0%
HOL	0,0%	0,0%
HK (VWD)	1,00	1

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	997
Therapie	12,0%
Diagnostik	4,3%
Medikation	59,3%
Normalstation	24,4%
ITS	0,0%
HK (A)	0,40
HK (Kosten) InEK	0,59



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	99	19,4%	1,0	1.545	1,5	59	8%
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	45	8,8%	1,0	1.121	1,6	58	6%
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	45	8,8%	1,0	765	1,4	57	5%
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	39	7,6%	1,0	1.195	1,8	60	3%
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	31	6,1%	1,0	1.460	0,4	33	0%
L50.9	Urtikaria, nicht näher bezeichnet	17	3,3%	1,0	251	0	38	4%
L50.8	Sonstige Urtikaria	16	3,1%	1,0	273	0,3	34	3%
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	16	3,1%	1,0	249	0,6	74	2%
B86	Skabies	14	2,7%	1,0	247	0,6	31	0%
L40.0	Psoriasis vulgaris	12	2,3%	1,0	283	0,2	50	0%

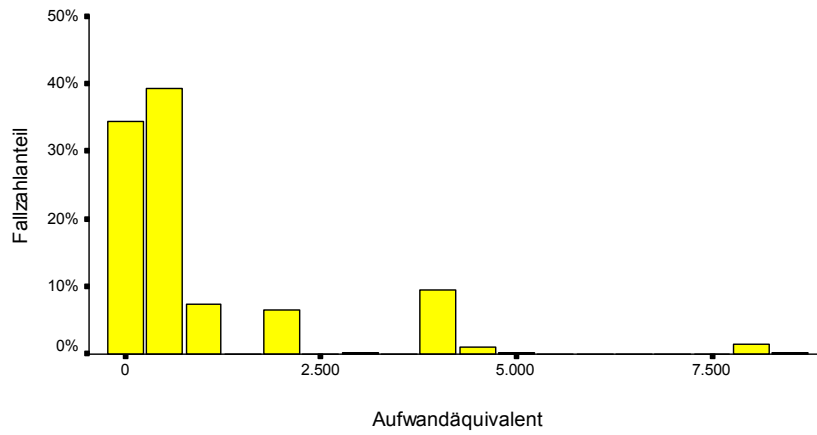
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung	180	58		200
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	56	68		218
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	15	62		0
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	15	47		50
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet	14	64		43
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	13	69		26
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	13	65		59
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen	12	64		0
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	11	49		50
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität	11	46		40

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-540.1	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Intravenös	112	21,9%	143
8-820	Plasmapherese und Immunadsorption: Therapeutische Plasmapherese	70	13,7%	0
3-222	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel: Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	27	5,3%	19
3-225	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel: Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	24	4,7%	20
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	19	3,7%	0
8-560.0	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Selektive Ultraviolettphototherapie (SUP)	18	3,5%	0
3-220	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel: Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	12	2,3%	0
3-705	Szintigraphie: Szintigraphie des Muskel-Skelettsystems	11	2,2%	0
3-226	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel: Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	10	2,0%	0
8-540.4	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Kombinierte Applikation	9	1,8%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Dacarbacin (DTIC) 1,5g	108	21%
Navoban 5 mg	99	19%
DC-Vakzinierung	53	10%
Roferon 3x3 Mio IE/Woche	49	10%
Lymphknoten-Sonographie	33	6%
Dacarbazin (DTIC) 700mg	30	6%
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	17	3%
Allergologische Testung einfach	9	2%
Hochdosis-Immunglobulin-Therapie 100g	9	2%
Fotemustin 100mg/m2 KOF	7	1%

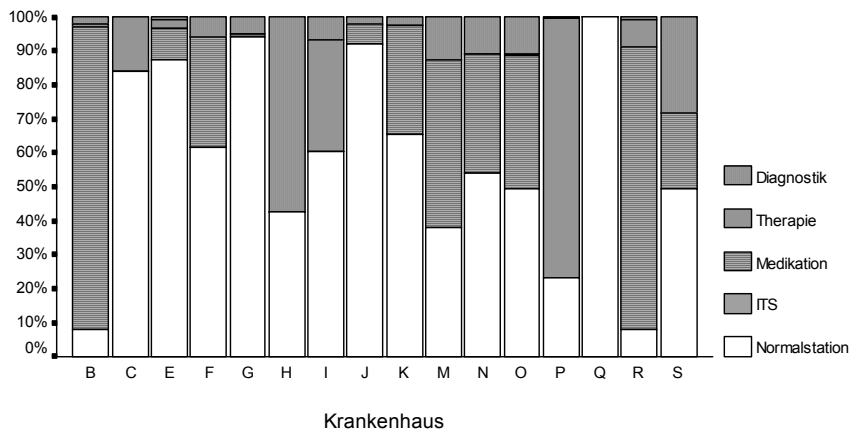
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J68Z



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J68Z





### 3.2.4.1 Auswertung

Die Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag werden im G-DRG-System 2004 in nahezu allen Hauptdiagnosekategorien in den medizinischen Partitionen in eine eigene DRG gruppiert. In der Hauptdiagnosekategorie 09 (Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma) der Version 2004 ist dies die G-DRG J68Z (Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag). Abbildung 3-52 zeigt die G-DRGs des G-DRG-Systems der Version 1.0, aus denen sich die neu geschaffene DRG J68Z rekrutiert.

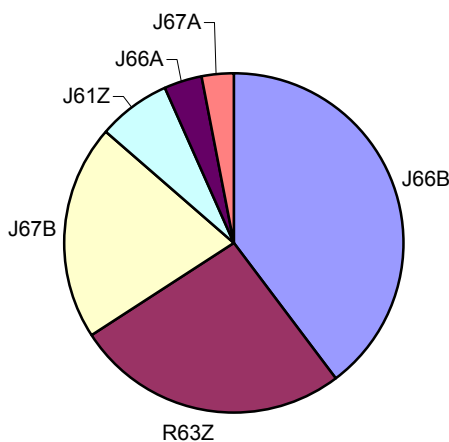


Abbildung 3-52 Herkunft der G-DRG J68Z (G-DRG-System 2004) aus den G-DRGs des G-DRG-Systems der Version 1.0

Die Basis-DRGs J60 (Hautulkus) und J64 (Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut) sind von dieser neu geschaffenen Tagesfall-DRG nicht betroffen. Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag werden hier nicht in die Tagesfall-DRG eingruppiert, sondern bleiben in diesen Basis-DRGs. Dies betrifft in den Projektdaten zwar nur 7 Fälle in der DRG J60Z und 5 Fälle in der DRG J64B. Die Fälle haben ein mittleres Aufwandäquivalent von 251 (Tabelle 3-14), dies entspricht annähernd dem Wert der nichtmalignen Fälle in der DRG J68, würden die teuren Leistungen (z. B. Chemotherapeutika) gesondert finanziert (Aufwandäquivalent: 271). Das mittlere Aufwandäquivalent aller Fälle in der DRG J68 beträgt jedoch 997 und liegt damit deutlich über dem ermittelten Aufwandäquivalent der Tagesfälle aus den Basis-DRGs J60 und J64.

DRG	Bezeichnung	N	N VWD=1	A VWD=1	A VWD>1
J60Z	Hautulkus	138	7	251	4.766
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC	685	5	251	3.201

Tabelle 3-14 Fälle mit einem Belegungstag in den Basis-DRGs J60 und J64

Im Hinblick auf eine klinisch verständliche Lösung und zukünftige Entwicklungen antizipierend sollte jedoch eine Eingruppierung dieser Fälle in die Basis-DRG J68 (Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag) erfolgen.

### Eingruppierung der Fälle mit einem Belegungstag in der operativen Partition

In der operativen Partition erfolgt im G-DRG-System Version 2004 keine Unterteilung in Fälle mit einem bzw. mehr als einem Belegungstag.

In der Projektstichprobe fanden sich insgesamt 219 Fälle mit einem Belegungstag in der operativen Partition der MDC 09 innerhalb der „dermatologisch orientierten“ DRGs. Hiervon befanden sich 45 % (N=98) in der G-DRG J08C (Andere Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC) und 32 % (N=71) in der G-DRG J11C (Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC) (Tabelle 3-15).

DRG	Bezeichnung	N	N VWD=1	A VWD=1	A VWD>1
J08A	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC	254	4	1314	4.488
J08B	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC	424	4	1378	3.987
J08C	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC	2.599	98	495	2.703
J09Z	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal	30	4	424	1.458
J10Z	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	216	27	465	2.027
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit schweren CC oder CC	192	8	443	3.332
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	640	71	431	2.141
J12Z	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	86	3	565	2.883
Σ		4.441	219	500	

Tabelle 3-15 Herkunft und Aufwandäquivalent der Fälle mit einem Belegungstag in der operativen Partition der MDC 09 innerhalb der „dermatologisch orientierten“ DRGs im Vergleich zu allen Fällen dieser DRGs

Diese Fälle hatten ein mittleres Aufwandäquivalent von 500. Die Standardabweichung des Aufwands betrug 468. Dies ergibt einen Homogenitätskoeffizienten von 0,516. Eine Ausgliederung dieser Fälle könnte durchweg die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer und des Aufwands aller beteiligten G-DRGs verbessern (Tabelle 3-16). So kann insbesondere in den (für diese Subgruppe) wichtigen G-DRGs J08C und J11C der Homogenitätskoeffizient des Aufwands von 0,57 auf 0,58 bzw. von 0,55 auf 0,58 verbessert werden.

DRG	Bezeichnung	HK VWD	HK A	HK VWD neu	HK A neu
J08A	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC	0,565	0,584	0,569	0,587
J08B	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC	0,555	0,570	0,558	0,571
J08C	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC	0,559	0,571	0,569	0,580
J09Z	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal	0,447	0,485	0,465	0,499
J10Z	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	0,549	0,557	0,581	0,583
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren CC	0,530	0,518	0,530	0,518
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit schweren CC oder CC	0,549	0,568	0,560	0,579
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	0,537	0,555	0,564	0,579

Tabelle 3-16 Veränderungen der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer (HK VWD) und des Aufwandäquivalents (HK A) bei Ausgliederung der Fälle mit einem Belegungstag (HK VWD neu) bzw. (HK A neu).

Die häufigsten Hauptdiagnosen in dieser Subgruppe sowie das mittlere Aufwandäquivalent dieser Fälle sind in Tabelle 3-17 dargestellt. Maligne und benigne Hauterkrankungen sind jeweils annähernd hälftig vertreten.

N	ICD	Titel	A	A neu
28	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	462	462
17	A63.0	Anogenitale (venerische) Warzen	335	335
16	D22.9	Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet	380	380
14	B07	Viruswarzen	384	384
13	D22.5	Melanozytennävus des Rumpfes	520	520
12	C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	431	431
8	D48.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Haut	536	536
8	C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	369	368
7	C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	474	474
7	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	496	496
7	B08.1	Molluscum contagiosum	472	472
6	C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	1726	510
6	C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	378	378
5	C44.8	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut, mehrere Teilbereiche überlappend	619	619
4	L98.0	Granuloma pediculatum [Granuloma pyogenicum]	338	338

Tabelle 3-17 Top 15 Hauptdiagnosen der operativen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag; mittleres Aufwandäquivalent dieser Hauptdiagnosen insgesamt (A) sowie ohne sehr aufwendige Leistungen (A neu)

Die Prozeduren dieser Subgruppe sind gekennzeichnet durch die OPS-Gruppen 5-894 (Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut) und 5-895 (Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut) (Tabelle 3-18).

N	OPS-Kode	Titel
44	5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken
16	5-894.1e	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Oberschenkel und Knie
16	5-895.34	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf
14	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf
12	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf
12	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf
11	5-894.17	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Oberarm und Ellenbogen
10	5-895.3a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken
10	8-900	Intravenöse Anästhesie
9	5-895.24	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf

Tabelle 3-18 Top 10 Prozeduren der operativen Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag

Da während der Aufenthalte der Fälle mit einer malignen Hauterkrankung, die in die operative Partition eingruppiert werden, nahezu keine Chemotherapien durchgeführt wurden, sind die Aufwandäquivalente der malignen und benignen Erkrankungen deutlich ähnlicher als bei den Fällen mit einem Belegungstag in der medizinischen Partition. Auch das mittlere Aufwandäquivalent ist mit 500 im Vergleich zu 997 in der G-DRG J68Z deutlich niedriger. Eine Zusammenfassung der medizinischen und operativen Fälle mit einem Belegungstag könnte somit nur bei Ausgliederung der teuren Leistungen (Chemotherapien) aus der DRG-Finanzierung möglich sein. Die Ausgliederung der operativen Ein-Belegungstag-Fälle ergibt jedoch trotz Mischung zwischen benignen und malignen Fällen eine recht homogene DRG. Die Auswirkungen auf das Gesamtsystem sollten in jedem Fall anhand größerer Datenmengen berechnet werden.

Der Vergleich der Vergütung für Eintagesfälle in Prozent der Bewertungsrelation zu dem mittleren Aufwandäquivalent der Eintagesfälle in

Prozent des mittleren Aufwandäquivalentes aller Fälle zeigt, dass der im Projekt ermittelte Aufwandsanteil durchweg deutlich geringer ist als der Anteil der Bewertungsrelation (Tabelle 3-19).

G-DRG	N	Effektives BR	BR	BR Anteil		A VWD=1	A VWD>1	A Anteil
J08A	4	0,628	1,943	32,3%		1314	4.488	29,3%
J08B	4	0,578	1,361	42,5%		1378	3.987	34,6%
J08C	98	0,497	0,965	51,5%		495	2.703	18,3%
J09Z	4	0,374	0,566	66,1%		424	1.458	29,1%
J10Z	27	0,594	0,82	72,4%		465	2.027	22,9%
J11B	8	0,505	1,017	49,7%		443	3.332	13,3%
J11C	71	0,432	0,646	66,9%		431	2.141	20,1%
J12Z	3	0,659	1,145	57,6%		565	2.883	19,6%

Tabelle 3-19 Vergleich der Vergütung für Eintagesfälle in Prozent der Bewertungsrelation zu dem mittleren Aufwandäquivalent der Eintagesfälle in Prozent des mittleren Aufwandäquivalentes aller Fälle

### **3.2.5 Weitere Problembereiche**

#### **3.2.5.1 Diagnosekodes der Kategorie O26**

Unter den Diagnosekodes der Kategorie O26 (Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind) befindet sich auch der Kode O26.4 (Herpes gestationis). Die Gruppierung erfolgt bei Aufnahme vor der Geburt hierbei in die Basis-DRG O65 (Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme). Dies erscheint aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll, da es sich bei der Diagnose Herpes gestationis (Pemphigoid gestationis) um eine seltene Autoimmundermatose in der Schwangerschaft handelt, die durch eine subepidermale Blasenbildung charakterisiert ist [37]. Aus medizinischer Sicht erscheint die Eingruppierung in die Basis-DRG J61 (Schwere Erkrankungen der Haut) sinnvoll, in die auch die übrigen Pemphigoidkrankheiten eingruppiert werden.

Im DDG DRG-Projekt wurde die Hauptdiagnose O26.4 nur einmal kodiert. Die Kennzahlen dieses Falles liegen in der Verweildauer als auch in dem Aufwandäquivalent deutlich niedriger als der Durchschnitt der Fälle in dieser Basis-DRG. Dies sollte jedoch an den Daten der G-DRG Kalkulationsstichprobe überprüft werden. Im Zweifel sollte der medizinischen Logik gefolgt werden, da eine ökonomische Relevanz dieser sehr seltenen Hauterkrankung nicht zu bestehen scheint.

Die anderen Diagnosen aus der Gruppe O26 (Tabelle 3-20) werden ebenfalls bei vorgeburtlicher Aufnahme in die Basis-DRG O65 gruppiert. Gegebenenfalls sollte auch hier eine Eingruppierung in die korrespondierenden DRGs der jeweiligen Hauptdiagnosekategorie erfolgen. Ein Konsens mit den beteiligten Fachgesellschaften ist anzustreben.

ICD-Kode	Titel
O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O26.0	Übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft
O26.1	Geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft
O26.2	Schwangerschaftsbetreuung bei Neigung zu habituellem Abort
O26.3	Schwangerschaft bei liegendem Intrauterinpeppar
O26.4	Herpes gestationis
O26.5	Hypotonie-Syndrom der Mutter
O26.6	Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O26.7	Subluxation der Symphysis (pubica) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
O26.8	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind
O26.81	Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden
O26.82	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft
O26.83	Periphere Neuritis während der Schwangerschaft
O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind
O26.9	Mit der Schwangerschaft verbundener Zustand, nicht näher bezeichnet

Tabelle 3-20 Diagnosen der ICD Kategorie O26 (Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind)

### 3.2.5.2 Sentinel-Lymphonodektomie

Die Sentinel-Lymphonodektomie wurde insgesamt 357-mal bei 301 Fällen angewandt. Die Exzision erfolgte am häufigsten axillär (N=167) (Tabelle 3-21).

OPS-Kode	Titel	N
5-401.01	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	46
5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	167
5-401.51	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	144

Tabelle 3-21 Kodierung der verschiedenen Lokalisation der Sentinel-Lymphonodektomie

Die Fälle mit Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie wurden vorwiegend in die Basis-DRGs J08 (Andere Hauttransplantation und / oder Debridement) und J11 (Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma) mit insgesamt 86 % (N=258) der Fälle eingruppiert (Tabelle 3-22).



N	Basis-DRG	DRG Bezeichnung
1	F20	Unterbindung und Stripping von Venen
1	G01	Rektumresektion
15	J04	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus
220	J08	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement
1	J10	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung
38	J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma
1	J12	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
11	R02	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren
5	R03	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren
8	R04	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren
301		

Tabelle 3-22 Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie nach Basis-DRGs

Das Aufwandäquivalent dieser Fälle in den beiden häufigsten Basis-DRGs lag hierbei durchschnittlich um 962 bzw. 37 % höher als der Durchschnitt der Fälle ohne Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie. Die Homogenitätskoeffizienten der 6 abrechenbaren DRGs verschlechterten sich jedoch bei Ausklammerung der Fälle mit Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie alle (Tabelle 3-23). Die Auswirkung auf das Gesamtsystem kann hier nicht simuliert werden. Eine Ausklammerung der Kosten der Sentinel-Lymphonodektomie aus der DRG-basierten Finanzierung (Zusatzentgelt) würde allerdings zu einer Zunahme des Homogenitätskoeffizienten des Aufwandäquivalentes in den abrechenbaren DRGs führen. Alternativ könnten auch die Fälle bei denen die Sentinel-Lymphonodektomie zur Anwendung kam über eine Prozedurenliste automatisch der höchstgewichteten abrechenbaren DRG innerhalb einer Basis-DRG zugewiesen werden. Die erhobenen Aufwandäquivalente zeigen jedoch, dass eine Höhergruppierung um einen Schritt (bei den dreifach-gespitteten Basis-DRGs J08 und J11) recht gute Näherungswerte ergibt, eine generelle Eingruppierung in die höchstbewertete DRG würde allerdings deren Differenzierung deutlich abschwächen.

N	Anteil	G-DRG	Bezeichnung	A (Sent.)	A	Δ A	HK A alt	HK A neu
12	4,7%	J08A	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC	5.867	4.367	1.500	0,584	0,580
24	5,7%	J08B	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC	4.369	3.939	430	0,570	0,569
184	7,1%	J08C	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC	3.666	2.540	1.126	0,571	0,566
1	2,1%	J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren CC	11.018	4.371	6.647	0,518	0,514
13	6,8%	J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit schweren CC oder CC	2.946	3.231	-285	0,568	0,564
24	3,8%	J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	2.553	1.928	625	0,555	0,551

Tabelle 3-23 Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie in den Basis-DRGs J08 und J11 mit ihrem durchschnittlichen Aufwandäquivalent im Vergleich zum Aufwandäquivalent innerhalb der abrechenbaren DRGs. Homogenitätskoeffizient des Aufwandäquivalentes vor und nach Ausgliederung der Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie .

Die Sentinel-Lymphonodektomie wurde in 85 % der Fälle bei der Hauptdiagnose bösartiges Melanom durchgeführt (Tabelle 3-24).

N	ICD	Titel
86	C437	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
85	C435	Bösartiges Melanom des Rumpfes
55	C436	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter
12	C433	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes
10	C439	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet
8	C434	Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses
7	C773	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
4	C449	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet
4	C779	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet
4	C774	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
3	C447	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
3	C851	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
2	C792	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
2	C432	Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges
2	C845	Sonstige und nicht näher bezeichnete T-Zell-Lymphome
2	C775	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten
2	C446	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der oberen Extremität, einschließlich Schulter

Tabelle 3-24 Hauptdiagnosen der Fälle mit Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie

Die Verteilung der Fälle auf die teilnehmenden Krankenhäuser zeigt jedoch, dass der Anteil der Fälle innerhalb der Basis-DRGs J08 und J11 mit Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie deutlich variiert. Klinik E beispielsweise führt 25 % der Fälle mit Sentinel-Lymphonodektomie durch. Andere Krankenhäuser verwenden dieses Verfahren nicht (Abbildung 3-53).

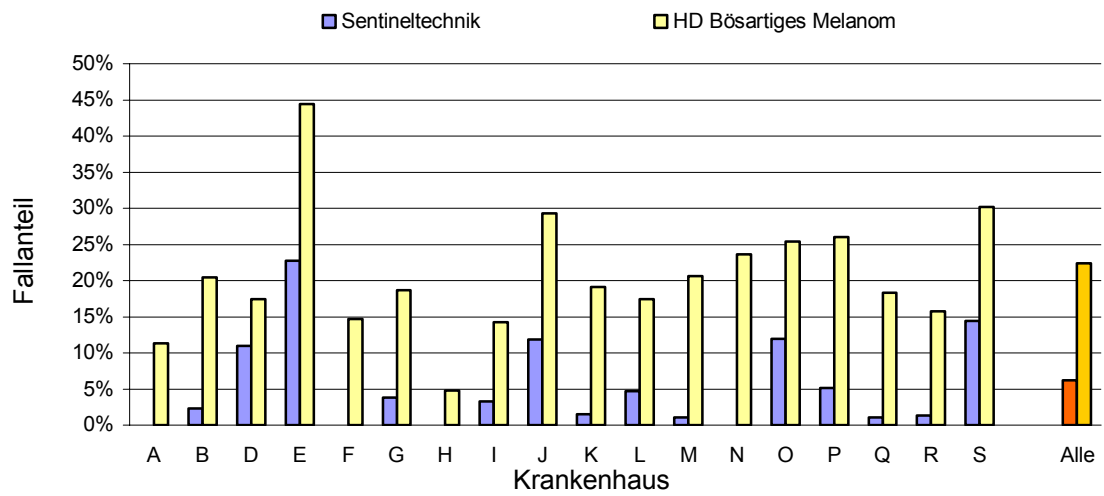


Abbildung 3-53 Anteil der Fälle mit Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie innerhalb der Basis-DRGs J08 und J11 und Anteil der Fälle in diesen Basis-DRGs mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe C43 (Bösartiges Melanom)

## 4 Diskussion

Die Einführung des G-DRG-Systems in Deutschland erfolgte vor dem Hintergrund steigender Beitragssätze zur GKV und der damit verbundenen Steigerung der Lohnnebenkosten. Der Gesetzgeber suchte nach einer Möglichkeit, die Entwicklung der Ausgabenseite der GKV besser und kontinuierlich steuern zu können [21].

Ziel des DRG-Klassifikationssystems ist, die stationäre Leistungserbringung sachgerecht abzubilden. Nur dann ist eine, auf diesem Klassifikationssystem basierende, sachgerechte Leistungsfinanzierung möglich [28][29].

Die erste, im Jahre 2003 gültige G-DRG Version (Version 1.0), war im Grunde eine Übersetzung des australischen DRG-Systems [27]. Die im Jahr 2004 gültige Version 2004 kann als erste eigenständige G-DRG Version bezeichnet werden. In großem Maße wurden, basierend auf einer umfangreichen Datenbasis, Anpassungen an die deutsche Behandlungsrealität durchgeführt.

Der Vergleich der G-DRG-Systeme der Version 1.0 und 2004 zeigt, dass der CMI der Projektkrankenhäuser durchschnittlich um 0,11 (12,3 %) auf 0,98 angestiegen ist. Der maximale CMI-Anstieg einer Klinik betrug 0,35 (32,1 %), der minimale CMI-Anstieg 0,08 (10,2 %). Keine Klinik verzeichnete einen CMI Rückgang.

Der maximale CMI-Anstieg einer Klinik ist auf eine deutliche Aufwertung der Bewertungsrelation der DRG J61B (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter > 17 Jahre ohne äußerst schwere CC) in Verbindung mit einer starken Leistungskonzentration auf diese DRG (75 % der Fälle und 90 % des CM entfielen auf diese DRG) zurückzuführen. Diese deutlichen Schwankungen zeigen, dass strategische Entscheidungen die Leistungsplanung betreffend, anhand der sich noch ändernden DRG Kataloge und der Bewertungsrelationen, nicht getroffen werden sollten.

Grund des allgemeinen CMI Zuwachses ist zunächst die vermehrte Teilnahme von Krankenhäusern der Maximalversorgung (insbesondere Universitätskliniken, die regelhaft eine Dermatologische Fachabteilung führen)

an der G-DRG Kalkulationsstichprobe. Hierdurch wurden vermehrt aufwendige dermatologische Fälle in die Stichprobe einbezogen.

Hinzu kommt eine verbesserte Abbildung dermatologischer Fälle im G-DRG-System 2004. Die Korrelation von Aufwandäquivalent und CMI der Krankenhäuser verbesserte sich von 0,76 im G-DRG-System 1.0 um 0,02 auf 0,78 im G-DRG-System 2004.

Ursache dieser verbesserten Fallabbildung sind insbesondere die zwölf Verbesserungsvorschläge der DDG, die in das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004 eingebracht und größtenteils berücksichtigt wurden [11][12][31]. Umgesetzt wurden insbesondere die Anpassungsvorschläge zum Splitt der Basis-DRG J61 (Schwere Erkrankungen der Haut), zum Splitt der Basis-DRG F20 (Venenstripping), zur Neugruppierung der Basis-DRGs J02-J05, sowie zur Neuordnung von Diagnosen innerhalb der Basis-DRGs J61, J66 und J67. Zusätzlich wurden einige Anpassungen (z. B. die Schaffung einer Eintagesfall-DRG) durch das InEK entwickelt und implementiert [15].

Zwar ist durch den Anstieg der Korrelation von Aufwandäquivalent und CMI die Verbesserung der sachgerechten Leistungsabbildung des G-DRG-Systems der Version 2004 im Vergleich zu der Version 1.0 belegt, ob jedoch eine für ein Vergütungssystem ausreichend hohe Korrelation zwischen tatsächlichem Aufwand und Bewertungsrelation (Erlös) besteht, erscheint weiterhin fraglich.

Zu einer Verbesserung dieser Korrelation könnte eine Anpassung der CCL Bewertungen der Nebendiagnosen beitragen. Diese wurde im G-DRG System 2004 jedoch nur geringfügig an deutsche Verhältnisse angepasst. Ein Zusammenhang zwischen CMI und PCCL ist in den Projektkrankenhäusern nicht nachweisbar ( $R=0,08$ ). Um eine sachgerechte, auf dem PCCL basierende, Differenzierung der Fallschwere innerhalb einer Basis-DRG zu gewährleisten, muss die CCL Bewertung zügig angepasst werden. Da die Datengrundlage der DRG Kalkulation für eine datengetriebene Anpassung nicht ausreicht, sollte hier

ein bedachter pragmatischer Ansatz verfolgt werden. So ist beispielsweise die Linksherzinsuffizienz nach den Stadien der New York Heart Association differenziert, alle Stadien (Linksherzinsuffizienz ohne Beschwerden bis Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe) sind jedoch mit einem CCL von Null gewichtet.

Möglicherweise ist auch eine Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien notwendig, die in der Version 2004 eine Kodierung von Nebendiagnosen beispielsweise bei Fortsetzung einer medikamentösen Therapie einer Erkrankung vorgeben. Hierdurch wurde die Anzahl der zu kodierenden Nebendiagnosen deutlich erweitert. Eine Fallschwereunterscheidung zwischen aufwendiger Diagnostik und Therapieeinleitung, und der einfachen Therapiefortführung ist hierdurch nicht möglich. Der schweregradsteigernde Effekt dieser Nebendiagnosen geht dadurch verloren [25].

Zu einer deutlichen Verbesserung der Korrelation von Aufwandäquivalent und CMI würde auch die gesonderte Finanzierung von teuren Medikamenten und besonderen Leistungen beitragen (Medikation und Leistungen mit einem Kostenvolumen über 500 €). Durch eine solche zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen bestehende Finanzierung dieser Leistungen könnte der Korrelationskoeffizient von Aufwandäquivalent und CMI um 0,06 auf 0,84 erhöht werden.

Eine unabhängig von der DRG-Pauschale gewährte Finanzierungsform ist vom Gesetzgeber jedoch nur in begründeten Ausnahmefällen vorgesehen. Deren Implementierung wird restriktiv gehandhabt [Anlage 3 der KFPV 2004].

In der KFPV 2004 wurden 25 Zusatzentgelte definiert, die mit Ausnahme der Dialyse krankenhausesindividuell verhandelt werden müssen. Eine exakte Analyse dieser und weiterer Leistungen kann jedoch durch das InEK nur erfolgen, wenn die Kosten durch die Krankenhäuser fallbezogen zugeordnet werden. Hier sind seitens der an der G-DRG Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser noch Mängel zu erwarten. Weiterhin muss eine solche Leistung eindeutig durch den OPS identifizierbar sein. Dies betrifft besonders teure

Medikamente. Erst seit 2004 können einige medikamentöse Therapien (z. B. die intravenöse Chemotherapie) differenziert kodiert werden.

Am Beispiel der Sentinel-Lymphonodektomie lassen sich mögliche Auswirkungen einer gesonderten Finanzierung darstellen.

Die Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie erhöht den Aufwand eines Falles um 37 %. Eine Gruppierungsrelevanz für die Anwendung dieser Operationstechnik besteht derzeit nicht. Eine gesonderte Finanzierungsform besteht z. Z. ebenso nicht.

Unter zunehmendem Wettbewerbsdruck spielen in Zukunft ökonomische Kriterien eine immer stärkere Rolle [33]. Dies bedeutet, dass bei einer Mischkalkulation von Fällen mit und ohne Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie in einer DRG diejenigen Krankenhäuser zwangsläufig ökonomisch profitieren, die diese Technik nicht anwenden bzw. unterproportional anwenden, da sie die Behandlungsfälle kostengünstiger behandeln können. Dies könnte dazu führen, dass solche Verfahren in Zukunft, sofern sie nicht gesondert finanziert werden, aufgrund der ökonomischen Restriktionen kaum noch verwendet werden [34]. Im Extremfall könnte dies zu einem Verschwinden solcher Techniken führen, da mittelfristig sogar das Wissen um die Anwendung eines solchen Verfahrens verschwindet.

Dem ist entgegenzusetzen, dass parallel zur Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems durch den Gesetzgeber das externe und interne Qualitätsmanagement deutlich gestärkt wurde. Durch einen ökonomisch und qualitativ geführten Wettbewerb erhofft sich der Gesetzgeber, die durch Einführung des ökonomischen Prinzips erwarteten negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung abzumildern bzw. sogar die Versorgung zu verbessern. Wie sich das Niveau der Gesundheitsversorgung verändern wird, muss kurzfristig evaluiert werden, da wie oben geschildert, Versorgungsstrukturen durchaus kurzfristig (und durch die bundesweite Einführung des DRG-Systems auch bundesweit) abgebaut werden könnten, deren Wiederaufbau, wenn überhaupt möglich, Jahre dauern würde.



Eine DRG-unabhängige Finanzierung der Sentinel-Lymphonodektomie würde jedoch abhängig von der Vergütungshöhe möglicherweise zu einem Anreiz zur Leistungsausweitung führen, die vom Gesetzgeber nicht gewünscht ist. Eine eigene DRG ist aufgrund des DRG-Systemkonzeptes mit einer Beschränkung auf eine handhabbare Anzahl DRGs ebenso nicht beabsichtigt.

Aufgrund der erheblichen Aufwandunterschiede und des eindeutigen Qualitätsvorteils bei Anwendung der Sentinel-Lymphonodektomie sollte jedoch über eine zusätzliche Finanzierung der Sentinel-Lymphonodektomie rasch entschieden werden. Der ökonomische Wettbewerb schreitet deutlich schneller und umfangreicher voran als der Qualitätswettbewerb. Dies könnte in Zukunft trotz qualitativer Vorteile zu einem Absinken der Untersuchungszahlen und zu einer Abnahme der Qualität der Patientenversorgung führen.

Durch die Implementierung von Zusatzentgelten kann die Aufwandshomogenität innerhalb der G-DRGs, wie oben gezeigt, deutlich verbessert werden. Zu diskutieren ist, ob die Möglichkeit der Abrechenbarkeit insbesondere von teuren Medikamenten, möglicherweise aber auch von weiteren Leistungen, an einen Ausbildungsstandard (Facharzt, Fachabteilung) zu knüpfen ist.

Eine Verbesserung der Abbildungsqualität im G-DRG-System könnte auch durch eine veränderte Ausreißervergütung erzielt werden.

Durch Schaffung von Ein-Belegungstag-DRGs werden Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag in gesonderte DRGs gruppiert.

In diese DRGs werden jedoch Fälle mit sehr unterschiedlichen Diagnose- und insbesondere Behandlungsspektren gruppiert. Hierdurch weist die G-DRG J68Z (Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag) den mit 0,40 geringsten Homogenitätskoeffizienten des Aufwandäquivalentes aller untersuchten DRGs auf. Die Mischung von Fällen mit malignen (56 %) und benignen Hauptdiagnosen ist hierbei ebenso von Bedeutung wie der sehr hohe Anteil am Aufwand für Medikation (59 %) und Therapie (12 %).

Zu diskutieren ist, ob durch eine Neudefinition der Berechnung der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer die Vergütung sachgerechter erfolgen kann als durch die Einführung von Ein-Belegungstag-DRGs.

Durch die lineare Berechnung der Abschläge wird nicht berücksichtigt, dass sehr kurze Verweildauern häufig auch mit unterdurchschnittlich aufwendigen Prozeduren verbunden sind, so dass eine lineare Abschlagsregelung zu einer deutlichen Überfinanzierung solcher Tagesfälle führt.

In der G-DRG J08C beträgt der Anteil der effektiven Bewertungsrelation für Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag durchschnittlich 51 % der Bewertungsrelation. Der Aufwandäquivalentanteil beträgt bei diesen Fällen (N=98) jedoch nur 18 % des durchschnittlichen Aufwandäquivalentes. Eine deutliche Überfinanzierung ist die Folge.

Bei Langliegern verhält es sich umgekehrt. Die linearen Langliegerzuschläge berücksichtigen nicht, dass Fälle mit einer sehr langen Verweildauer auch regelmäßig einen überdurchschnittlichen Ressourceneinsatz erfordern. Innerhalb aller in die MDC 09 eingruppierten Fälle (N=9.934) betrug das mittlere Aufwandäquivalent pro CM-Punkt bei den unteren Verweildauerausreißern 1.087 (N=755), bei den Standardfällen 2.715 (N=8157) und bei den oberen Verweildauerausreißern 4.795 (N=1.022).

Bei einer sachgerechten Finanzierung müssten die Aufwandäquivalente pro CM-Punkt für die betrachteten Patientengruppen ähnlich sein. Die Vergütung ist im Vergleich zu den Standardfällen für untere Verweildauerausreißer jedoch um 150 % höher und für obere Verweildauerausreißer um 44 % niedriger.

Ursache dieser großen Vergütungsdifferenz ist die Methodik der Berechnung der Zu- und Abschläge für Überschreitung bzw. Unterschreitung der oberen bzw. unteren Grenzverweildauer. Basierend auf allen Fällen wird zunächst die mittlere Verweildauer berechnet. Ausgehend hiervon werden obere und untere Grenzverweildauer bestimmt. Basierend auf den so ermittelten Inliern erfolgt dann die Berechnung der endgültigen mittleren Verweildauern und der Bewertungsrelationen. Basis der Ermittlung der Zu- und Abschläge sind nur die

Kosten der Inlier. Dies ist ein methodisches Problem, dass zu einer Unterfinanzierung der oberen Verweildauerausreißer und einer Überfinanzierung der unteren Verweildauerausreißer führt. Dies bedingt tendenziell eine Unterfinanzierung der Kliniken, in denen sich schwere Fälle mit Überschreitung der oberen Grenzverweildauer häufen. In der Projektstichprobe besteht zwar kein Unterschied zwischen den Anteilen an oberen bzw. unteren Verweildauerausreißern, in Universitätskliniken im Vergleich zu nicht universitären Einrichtungen. Dies könnte jedoch darauf zurückzuführen sein, dass alle teilnehmenden Kliniken spezialisierte Einrichtungen der Dermatologie sind und ein ähnliches Fallspektrum aufweisen. Dafür spricht der hohe Anteil an Fällen mit Überschreitung der oberen Grenzverweildauer (11,2 %).

Die jetzige Methodik der Kalkulation der Zu- und Abschläge kann nicht zu einer sachgerechten Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen führen [25]. Vor diesem Hintergrund ist eine differenziertere Abschlagsregelung zu fordern, die durch das InEK schnellstmöglich erarbeitet und in das G-DRG-System implementiert werden muss.

Im G-DRG-System der Version 2004 wurden vielfach neue Splittkriterien aufgrund von Standardberechnungen durch das InEK eingeführt [17]. Grundsätzlich sind diese Analysen zu befürworten. Allerdings sind solche Standardkonstellationen (Alterssplitts und PCCL-Splitts) nur bedingt geeignet, das G-DRG-System langfristig sachgerecht weiterzuentwickeln. Insbesondere das „Ein-Klinik-Modell“ (die Kostendaten aus allen an der DRG-Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern werden zusammengelegt, als ob sie alle aus einem einzigen Krankenhaus stammen würden) der G-DRG-Kalkulation führt einerseits zu solchen möglicherweise nicht unbedingt notwendigen Differenzierungen, andererseits aber auch zu einer nicht sachgerechten Abbildung von Spezialisierungen und unterschiedlichen Versorgungsstufen. So weist die G-DRG J64B (Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC) in der G-DRG Kalkulationsstichprobe einen deutlich höheren Anteil von Hauptdiagnosen der ICD-Gruppe L02.- (Hautabszeß) auf als

die Projektstichprobe. Diese Fälle haben eine um zwei Tage geringere mittlere Verweildauer als alle Fälle innerhalb der DRG. Auf der anderen Seite ist der Anteil von Fällen mit der Hauptdiagnose Erysipel in der Projektstichprobe mit 73 % um 26 % höher als in der G-DRG Kalkulationsstichprobe. Diese Fälle haben eine Verweildauer, die einen Tag über der durchschnittlichen Verweildauer aller Fälle liegt.

Die spezialisierten Kliniken der Projektstichprobe werden innerhalb dieser DRG daher im Vergleich zu Krankenhäusern der Regelversorgung aufgrund ihres Fallspektrums systematisch unterfinanziert. Hieraus leitet sich die Notwendigkeit von interklinischen Vergleichen ab.

In die neu geschaffene G-DRG J61C (Schwere Erkrankungen der Haut, Alter < 18 Jahre) wurden so beispielsweise 99 Fälle der G-DRG-Kalkulationsstichprobe gruppiert (Projektstichprobe: 19 Fälle). Unterschiede in Aufwandäquivalent und auch Verweildauer zu den anderen beiden abrechenbaren DRGs innerhalb der Basis-DRGs sind zwar signifikant, (das Aufwandäquivalent beträgt für G-DRG J61A 5.287, die J61B 4.044 und die J61C 3.166) die ökonomische Relevanz ist jedoch aufgrund der niedrigen Fallzahl und der geringen Differenzen der Bewertungsrelationen (J61A: 2,015; J61B: 1,819; J61C: 1,326) minimal.

Hinzu tritt die in dieser DRG nur sehr eingeschränkt erfolgte Spezialisierung einzelner Krankenhäuser auf die Behandlung der Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen. In sieben der 19 Projektkliniken wurden Fälle in die G-DRG J61C gruppiert. Der Anteil an Fällen innerhalb der Basis-DRG J61 lag maximal bei 9,3 %. Daher sollte in der nächsten Kalkulationsstichprobe überprüft werden, ob dieser Alterssplitt gerechtfertigt ist. Anhand der vorliegenden Daten des DDG-Projektes erscheint dies nicht notwendig. Subgruppen, wie sie beispielsweise Kinder und Jugendliche darstellen, die in dem hier vorliegenden Beispiel einen deutlich niedrigeren Aufwand als das Mittel der Fälle innerhalb der Basis-DRG haben, sollten ausschließlich dann in eine eigene DRG gruppiert werden, wenn es seitens der Krankenhäuser Spezialisierungen gibt (bzw. diese

möglicherweise auch als Reaktion auf das G-DRG-System entstehen), die eine solche Differenzierung rechtfertigen.

Der differenzierten Darstellung der Fälle in der Basis-DRG J61 könnte eine verbesserte Abbildung der Schwere der Psoriasis dienen. 80 % der Fälle in der Basis-DRG J61 haben eine Hauptdiagnose aus der ICD-Gruppe L40.- (Psoriasis). Eine Abbildung des Schweregrades dieser Erkrankung ist jedoch z. Z. nicht durch die Kodierung von Nebendiagnosen möglich, da in der ICD-10 Version 2004 keine entsprechenden Codes zur Verfügung stehen. Hierzu könnte die Kodierung der betroffenen Körperoberfläche oder die Kodierung bestimmter Lokalisationen benutzt werden. Eine solche Differenzierung erscheint aufgrund der deutlich differierenden Verweildauern und Aufwandäquivalente der einzelnen Krankenhäuser dringend geboten und sollte beim DIMDI als Vorschlag zur Klassifikationsverbesserung eingebracht werden. Nur hierdurch kann langfristig der Patientenselektion in diesem Bereich entgegengewirkt werden. Die mittleren Aufwandäquivalente schwanken in den Krankenhäusern innerhalb der G-DRG J61B zwischen 2.700 und 6.800, die mittleren Verweildauern zwischen 10 und 25 Tagen.

Es sollte nicht davon ausgegangen werden, dass Aufwandsunterschiede bei der Leistungserbringung innerhalb derselben DRG lediglich Folge von Struktur- oder Effektivitätsunterschieden sind, die medizinisch nicht begründet werden können [27].

Der für das G-DRG-System 2004 von der DDG eingebrachte und auch implementierte Splittvorschlag, Fälle mit einem PCCL von 4 in eine eigenständige abrechenbare G-DRG (J61A) zu gruppieren, ist diesbezüglich als Zwischenlösung sehr hilfreich, darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich hierdurch die spezifischen Aufwandunterschiede der Behandlung der Psoriasis nicht darstellen lassen. Einige sehr aufwendige Fälle können jedoch anhand der kodierten schweregradsteigernden Nebendiagnosen identifiziert und sachgerechter vergütet werden.

Der Homogenitätskoeffizient für die Verweildauer als auch das Aufwandäquivalent konnten durch Einführung der Splittkriterien um 0,04 bzw.

0,02 auf jeweils 0,60 verbessert werden.

Neben der Einführung neuer Splittkriterien wurde andererseits der im G-DRG-System der Version 1.0 vorhandene Splitt der Basis-DRG J66 für das System 2004 abgeschafft.

Der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer bzw. des Aufwandäquivalentes ist mit jeweils 0,55 für die G-DRG J66Z (Mäßig schwere Hauterkrankungen) relativ niedrig. Im Vergleich zum G-DRG-System der Version 1.0 haben sich die genannten Koeffizienten jedoch leicht erhöht (gewichteter Homogenitätskoeffizient der Verweildauer: 0,53, gewichteter Homogenitätskoeffizient des Aufwandäquivalentes: 0,55). Der Verweildauerkoeffizient hat sich insbesondere durch den im G-DRG-System 1.0 hohen Anteil von Eintagesfällen (10 %), die im G-DRG-System 2004 in die G-DRG J68 gruppiert werden, verbessert. Die Aufwandhomogenität blieb unverändert. Wäre der Splitt beibehalten worden, zeigt sich allerdings, dass der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer der Fälle mit einer PCCL > 2 mit 0,575 bzw. der Fälle mit einer PCCL < 3 mit 0,565 deutlich angestiegen wäre (die PCCL Grenzen entsprechen den Splittkriterien für die Basis-DRG J66 in der G-DRG Version 1.0). Ebenso deutlich hätten sich die Homogenitätskoeffizienten des Aufwandäquivalentes erhöht (Fälle mit einer PCCL > 2 : 0,581 bzw. Fälle mit einer PCCL < 3 : 0,571).

Ursachen sind neben der Einführung einer DRG mit Fällen mit einem Belegungstag, die durch die Vorschläge der DDG initiierten Neuerungen in der Diagnosezuordnung. So wurde beispielsweise die Hauptdiagnose B86 (Skabies) von der Basis-DRG J66 in die Basis-DRG J67 und die Hauptdiagnose L40.1 (Generalisierte Psoriasis pustulosa) von der Basis-DRG J66 in die Basis-DRG J61 eingegliedert. Die Hauptdiagnose L28.1 wurde von der Basis-DRG J67 in die Basis-DRG J66 aufgenommen. Aufgrund dieser eindeutigen Kennzahlen und der hohen Fallzahlen (2.200 Fälle in der Basis-DRG) ist die Aufhebung des Splitts anhand der Projektdaten nicht reproduzierbar.

Zu diskutieren ist abschließend welcher Anteil am Volkseinkommen in das Gesundheitssystem investiert werden soll und welche Leistungen für notwendig erachtet werden. Hier sollte langfristig versucht werden, einen gesellschaftlichen Konsens herzustellen, auch wenn dies aufgrund der vielen unterschiedlichen Interessen, der starken Interessengruppen und der Komplexität der Variablen im Gesundheitswesen besonders schwierig ist. Die einfache Nichtbeachtung von Problembereichen im Finanzierungssystem ist zwar ein politisch durchaus gangbarer Weg, diese Diskussion zu umgehen. Es besteht jedoch die große Gefahr, dass hiervon Leistungsbereiche betroffen sind, die in den Präferenzen der Bevölkerung dominant sind. Eine (so) nicht gewünschte Reduzierung des Leistungsangebotes in Deutschland wäre die Folge.

Auch das G-DRG-System 2004 muss noch umfassend angepasst werden, wenn es die Basis für ein pauschalierendes Preissystem sein soll, welches weitgehend auf Zusatzentgelte und Ausnahmeregelungen verzichtet und keine willkürliche Leistungsreduktion zur Folge haben soll.

Basierend auf dieser Arbeit wurden daher Anpassungsvorschläge für das G-DRG-System 2005 erarbeitet und von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft fristgerecht in das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005 eingebracht.

## 5 Literaturverzeichnis

- 1 Arnold M (2001) Die Zukunft des Akutkrankenhauses. In: Salfeld R, Wettke J, Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens: Perspektiven und Konzepte. Springer, Berlin, S 3-12
- 2 Commonwealth Department of Health and Aged Care (1998) Australian Refined Diagnosis Related Groups version 4.1 Definitions Manuals Volume 1-3, Canberra
- 3 Deutsche Dermatologische Gesellschaft, DRG-Research-Group (2003) Kodierleitfaden Dermatologie – Ein Leitfaden für die Praxis, Schüling, Münster
- 4 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2002) ICD-10-SGB V. Kohlhammer, Köln
- 5 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2002) Operationsschlüssel nach § 301 SGB V. Kohlhammer, Köln
- 6 DKG, GKV, PKV, InEK gGmbH (2002) Deutsche Kodierrichtlinien Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren Version 2002 (verfügbar unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)), Siegburg
- 7 DKG, GKV, PKV, InEK gGmbH (2004) Deutsche Kodierrichtlinien Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren Version 2004 (verfügbar unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)), Siegburg
- 8 Fetter R (1980) Case-Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. Medical Care 18, No 2 (Suppl): S 1-53
- 9 Fetter R (1991) DRGs their design and development. Health Administration Press, Ann Arbor
- 10 Fischer W (2001) Grundzüge von DRG Systemen In: Arnold M et al,



- Krankenhaus-Report 2000, Schattauer, Stuttgart, S 13-31
- 11 Fürstenberg T (2003) DRG-Evaluationsprojekt Dermatologie –  
Abbildungsqualität stationärer dermatologischer Therapien und  
Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems, Schüling, Münster.
  - 12 Fürstenberg T, Rompel R, Gollnick H, Sterry W, Luger TA, Hensen P,  
Roeder N (2004) DRGs in der Dermatologie Ergebnisse des DRG-  
Evaluationsprojektes der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.  
JDDG 2: S 24-30
  - 13 Heimig F, Bauder D (2003) Aktueller Stand der Umsetzung und  
Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im InEK. f&w Vol 4: 350-352
  - 14 Hensen P, Fiori W, Juhra C, Irps S, Bunzemeier H, Schwarz T, Luger T,  
Roeder N (2003) DRGs in der Dermatologie Erlösoptimierung durch  
Sicherung der Kodierqualität. JDDG Vol 1: 36-45
  - 15 Hensen P, Fürstenberg T, Irps S, Grabbe S, Schwarz T, Luger TA, Rompel  
R, Roeder N (2004) G-DRG Version 2004 Veränderungen aus Sicht der  
Dermatologie. JDDG 2: S 15-23
  - 16 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2002) G-DRG German  
Diagnosis Related Groups Version 1.0 Definitions-Handbuch Band 1-5,  
(verfügbar unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)), Siegburg
  - 17 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2003) Abschlussbericht  
Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004 Band I-II,  
(verfügbar unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)), Siegburg
  - 18 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2003) G-DRG German  
Diagnosis Related Groups Version 2003/2004 Definitions-Handbuch Band  
1-5, (verfügbar unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)), Siegburg
  - 19 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2003) G-DRG German  
Diagnosis Related Groups Version 2004 Definitions-Handbuch Band 1-5,  
(verfügbar unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)), Siegburg
  - 20 Lauterbach K, Lungen M (2001) DRG-Fallpauschalen Eine Einführung,

Schattauer, Stuttgart

- 21 Nederegger, G et al (2001) Zukunft des gesetzlichen Krankenkassenwesens in Deutschland Von der Budgetierung zur wert- und leistungsorientierten Gesundheitsversorgung. In: Salfeld R, Wettke J, Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens Perspektiven und Konzepte. Springer, Berlin, S 77-94
- 22 Neubauer G (1999) Formen der Vergütung von Krankenhäusern und deren Weiterentwicklung. In: Braun G (Hrsg) Handbuch Krankenhausmanagement Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. Schaeffer-Poeschel, Stuttgart, S 19-34
- 23 Rau F (2003) Ersatzvornahme für das DRG-Fallpauschalensystem 2004. das Krankenhaus 10: 766-771
- 24 Rochell B, Roeder N (2001) DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa. In: Arnold M. et al, Krankenhaus-Report 2000, Schattauer, Stuttgart
- 25 Roeder N (2004) Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005 Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. <http://www.dkgev.de/>
- 26 Roeder N, Bunzemeier H, Loskamp N, Fürstenberg T, Fiori W, Sitterlee C (2003) DRG-Transparenz durch klinische Profile. das Krankenhaus Vol 4: 289-292
- 27 Roeder N, Rochell B (2003) Überarbeitung des Fallpauschalenkatalogs 2003 Ergebnisse der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster. f&w Vol 3: 222-227
- 28 Roeder N, Rochell B, Glocker S (2002) Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung (I). das Krankenhaus Vol 9: 702-709
- 29 Roeder N, Rochell B, Glocker S (2002) Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung (II). das Krankenhaus Vol 10: 794-800
- 30 Rompel R (2000) GR-DRG – das stationäre Entgeltsystem ab 2003.: Hautarzt Vol 51: S 715-727

- 
- 31 Rompel R (2003) Überarbeitung des Fallpauschalenkataloges: Ergebnisse des DRG-Evaluationsprojektes für das Fachgebiet Dermatologie. f&w 2003 Vol 3: 220-221
  - 32 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung Nutzerorientierung und Qualität Gutachten 2003, Nomos, Baden-Baden
  - 33 Simon M (2000) Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang (Diskussionspapier des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung), Berlin
  - 34 Sloan F A (1991) Erfahrungen mit dem diagnosespezifischen Entgelt von Krankenhausleistungen in den USA. In: Neubauer G, Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung. Bleicher, Gerlingen, S 177-205
  - 35 Statistisches Bundesamt (2001) Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Metzler-Poeschel, Stuttgart
  - 36 Statistisches Bundesamt (2003) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. <http://www.gbe-bund.de>
  - 37 Sterry W, Paus R (2000): Checkliste Dermatologie. Thieme, Stuttgart
  - 38 Verband der Angestellten-Krankenkassen e V (2003) Basisdaten des Gesundheitswesens 2003. <http://www.vdak-aev.de>
  - 39 Woll, A (2000) Allgemeine Volkswirtschaftslehre. 13. Aufl, Vahlen, München

## 6 Verzeichnis der Gesetze und Rechtsverordnungen

Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG) vom 23.04.2002 BGBl (2002): Teil I, S. 1412-1437

Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz – FPÄndG) vom 17.07.2003 BGBl (2003): Teil I, S. 1461-1470

Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004) vom 13. 10 2003 BGBl (2003): Teil I, S. 1995-2069.

Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) vom 19.09.2002 BGBl (2002): Teil I, S. 3674-3726.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung -(SGB V) vom 20.12.1988 BGBl (1988): Teil I, S. 2477-2482 zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022).

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. 12. 1999 BGBl (1999): Teil I, S. 2626-2656

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG) vom 26. September 1994 BGBl (1994): Teil I, S. 2750ff), zuletzt geändert durch das Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002.

## **7 Lebenslauf**

## 8 Anhang

### 8.1 Anhang A – Strukturdaten des Gesundheitswesens

Die gesamten Gesundheitsausgaben stiegen in Deutschland zwischen 1992 und 2001 um 38 % von 163 Mrd. € auf 226 Mrd. €. Im gleichen Zeitraum wuchs das Bruttoinlandsprodukt (BIP) um 29 %. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP vergrößerte sich in diesem Zeitraum von 10,11 % auf maximal 11,07 % und lag im Jahre 2001 bei 10,90 % (Abbildung 8-1). Der Anteil der Krankenhausausgaben an den Gesundheitsausgaben blieb in diesem Zeitraum mit 28 % nahezu konstant.

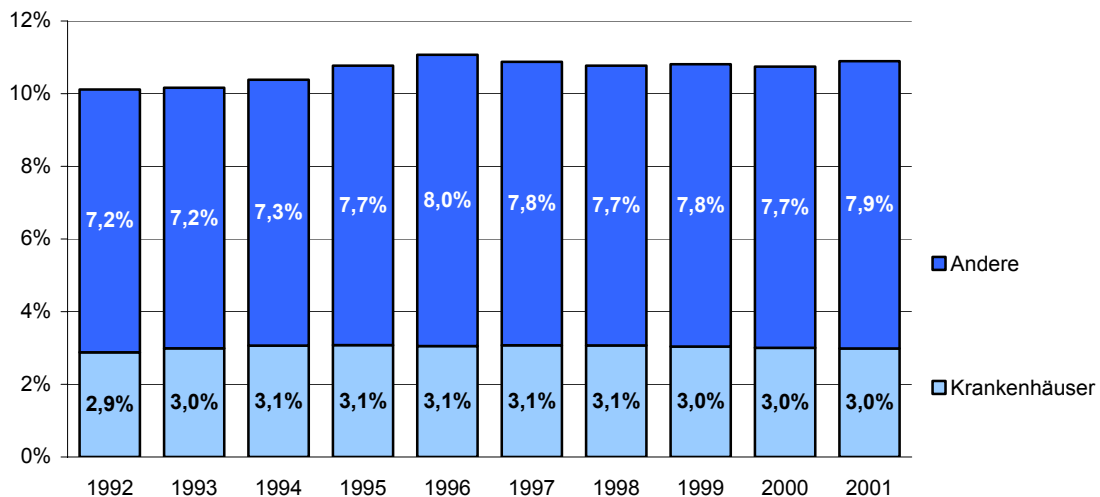


Abbildung 8-1 Entwicklung der Gesundheitsausgaben: Anteil der anderen Gesundheitsausgaben sowie Anteil der Krankenhausausgaben am BIP [Quelle: Statistisches Bundesamt]

Der Krankenhausesektor verursachte in Deutschland im Jahr 2001 Kosten in Höhe von 62,0 Mrd. € oder 27,4 % der Gesundheitsausgaben. 2.240 Krankenhäuser mit 552.680 Betten versorgten 16,6 Mill. Patienten. Die durchschnittliche Krankenhausgröße betrug 247 Betten, die durchschnittliche Verweildauer 9,8 Tage. Die Zahl der Krankenhäuser, die Bettenzahl und die Verweildauer nahmen in den letzten Jahren kontinuierlich ab, wohingegen die Anzahl der behandelten Patienten zunahm.

## 8.2 Anhang B – Beitragssatzstabilität

Der Gesetzgeber postuliert in § 71 SGB V den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, den Krankenkassen und Leistungserbringer bei ihren Vereinbarungen und Regelungen beachten sollen. Eine Festlegung auf einen bestimmten Beitragssatz erscheint jedoch aus folgenden Gründen problematisch:

- Jede gewählte Beitragshöhe ist willkürlich und muss nicht die Präferenzen der Versicherten für die gewünschte Ausgabenhöhe für Gesundheitsleistungen widerspiegeln.
- Gesundheitsleistungen sind personalintensive Dienstleistungen, deren Preissteigerungsraten (aufgrund geringerer Substitutionsmöglichkeiten menschlicher Arbeitskraft durch Maschinen als im industriellen Sektor) über der allgemeinen Steigerungsrate aller Lohneinkommen liegen.
- Eine Festschreibung der Beitragssätze führt zu einer zunehmenden bürokratischen Regulierung, die tendenziell einer Rationierung Vorschub leisten kann.
- Arbeitslosigkeitsbedingte Einnahmeschwäche der GKV schlagen voll auf die Finanzierung der Gesundheitsleistungen durch.

Trotz dieses Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und zahlreicher sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen, die primär das Ziel stabiler Beitragssätze anstrebten, nahm der durchschnittliche GKV-Beitragssatz von 12,5 % im Jahre 1992 auf 14,4 % im Jahre 2003 zu.

Aufgrund der lohnabhängigen Finanzierung der GKV nehmen deren Einnahmen nicht linear mit dem wirtschaftlichen Wachstum zu. Insbesondere eine sinkende Lohnquote (die Lohnquote bezieht die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit auf das Volkseinkommen; zwischen 1980 und 1998 sank die Lohnquote von 75,8 % auf 69,7 %) bewirkt, dass die Beitragssätze zur GKV selbst bei einem fallenden Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ansteigen können

---

[39].

Die Versuche, die Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmenentwicklung zu schließen und einem weiteren Anstieg der Beitragssätze vorzubeugen, konzentrierten sich dabei nahezu ausschließlich auf die Ausgabenseite. Die Einnahmenseite, als den anderen Teil des fiskalischen Problems, behandelte der Gesetzgeber mehr als stiefmütterlich.

Im Zusammenhang mit der derzeitigen „Finanzierungskrise“ des Gesundheitswesens muss also hinterfragt werden, ob die Einnahmenseite der GKV gestärkt werden kann (z. B. durch Aufnahme weiterer Einkommensarten in die beitragspflichtigen Einkommensarten) und ob die Festlegung auf einen bestimmten Beitragssatz den wirklichen Präferenzen der Bevölkerung entspricht [32].



### 8.3 Anhang C – Weitere DRG-Profile

#### 8.3.1 Basis-DRG J08

##### 8.3.1.1 J08A

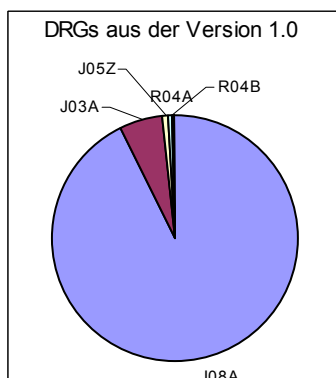
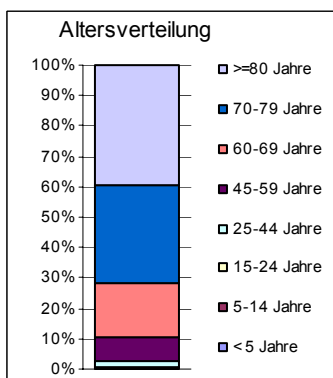
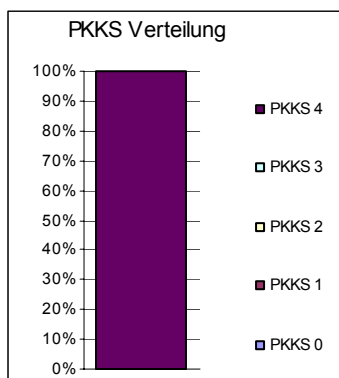
Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit äußerst schweren CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	1,943	1. Tag Abschlag	5
			1. Tag Zuschlag	34

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	254	853
Fallzahl in %	1,7%	-
Alter	74,7	-
Anteil Frauen	49,2%	49,2%
Anteil Männer	50,8%	50,8%
Tagesfälle	1,6%	-
Mehrtagesfälle	98,4%	-
Mittlere PCCL IL	4,0	4,0
Mittlere PCCL	4,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	15,3	-
VWD IL	14,5	16,9
LOL	13,0%	13,4%
IL	79,9%	70,9%
HOL	7,1%	15,8%
HK (VWD)	0,56	0,6733

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	4.438
Therapie	12,3%
Diagnostik	1,7%
Medikation	1,8%
Normalstation	83,4%
ITS	0,9%
HK (A)	0,58
HK (Kosten) InEK	0,59



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	101	39,8%	12,6	3.714	4	79	20%
A46	Erysipel [Wundrose]	13	5,1%	31,7	8.430	4	75	5%
C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	13	5,1%	12,8	4.343	4	74	3%
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	11	4,3%	14,5	4.450	4	72	3%
C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	10	3,9%	13,0	3.827	4	77	3%
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	8	3,1%	10,3	3.042	4	72	3%
C44.0	Sonstige bösartige Neubildungen: Lippenhaut	8	3,1%	15,6	4.146	4	76	1%
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	7	2,8%	16,9	4.906	4	70	11%
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	7	2,8%	8,9	2.798	4	64	1%
C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	7	2,8%	13,0	4.103	4	77	2%

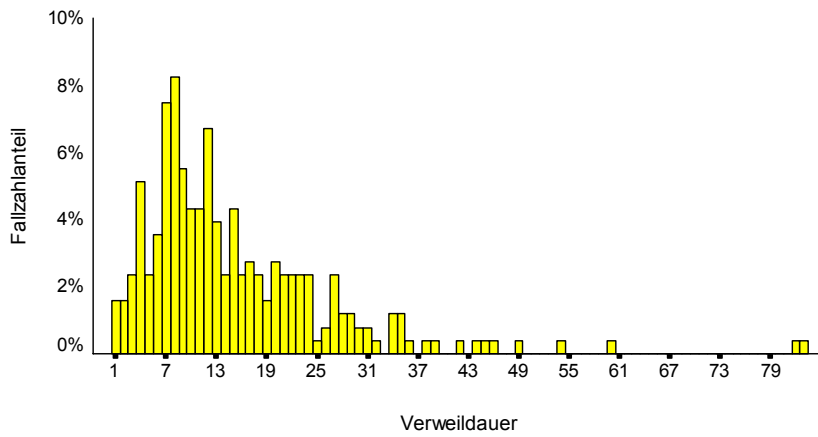
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	100	79		229
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	88	76		320
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	41	78		77
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	28	79	X	96
L57.0	Aktinische Keratose	27	79		108
I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	27	77		45
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	21	71		95
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	19	80		71
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	16	78	X	0
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	15	74		58

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
5-895.14	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	104	40,9%	161
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	73	28,7%	63
5-895.34	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	66	26,0%	80
5-903.54	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	63	24,8%	83
5-903.64	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	52	20,5%	65
5-212.1	OPs an der Nase: Exz. und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exz. an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	51	20,1%	34
5-894.14	OPs an Haut und Unterhaut: Lokale Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exz., lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	34	13,4%	40
5-895.04	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	30	11,8%	49
5-895.3a	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	29	11,4%	0
5-903.04	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	28	11,0%	32

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Lymphknoten-Sonographie	37	15%
Immunhistochemie	12	5%
Intensive Lokalthherapie (Dauer >2h)	11	4%
Phlebologischer Status	10	4%
Immunfluoreszenz	8	3%
Allergologische Testung einfach	6	2%
Allergologische Testung Epikutan	6	2%
Spizef i.v. 4x1g (10d)	5	2%
Sobelin i.v. 3x600mg (10d)	4	2%
Augmentan 3x1,2g (10d)	4	2%

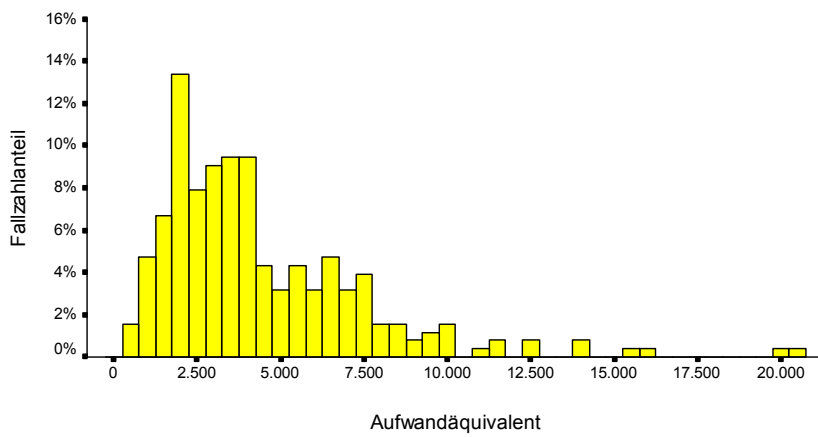
Verweildauerverteilung

DRG: J08A



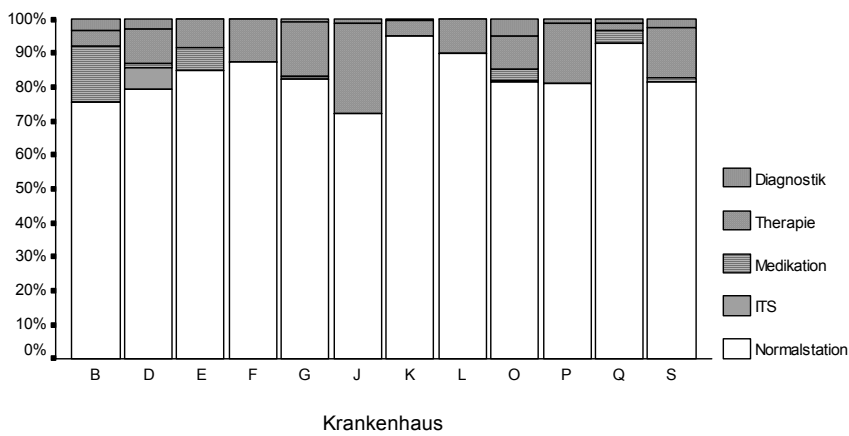
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J08A



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J08A



### 8.3.1.2 J08B

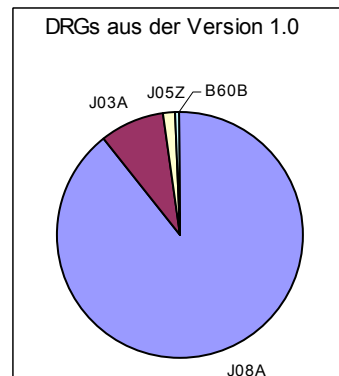
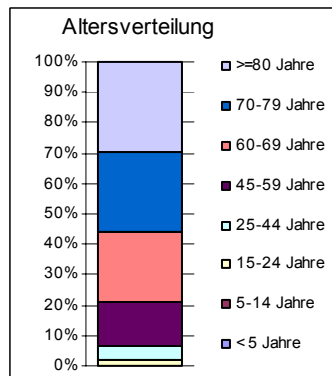
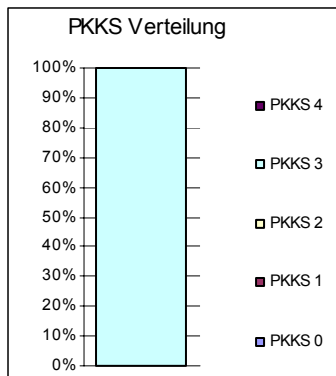
#### Andere Hauttransplantation und / oder Debridement mit schweren CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	1,361	1. Tag Abschlag	3
			1. Tag Zuschlag	25

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	424	1.351
Fallzahl in %	2,9%	-
Alter	69,6	-
Anteil Frauen	52,6%	49,3%
Anteil Männer	47,4%	50,7%
Tagesfälle	0,9%	-
Mehrtagesfälle	99,1%	-
Mittlere PCCL IL	3,0	3,0
Mittlere PCCL	3,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	13,6	-
VWD IL	11,1	11,6
LOL	9,0%	11,6%
IL	77,4%	77,0%
HOL	13,7%	11,4%
HK (VWD)	0,56	0,648

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	3.963
Therapie	13,3%
Diagnostik	1,4%
Medikation	1,9%
Normalstation	83,2%
ITS	0,2%
HK (A)	0,57
HK (Kosten) InEK	0,60



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	161	38,0%	12,6	3.860	3	73	23%
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	30	7,1%	12,5	3.995	3	63	3%
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	18	4,2%	7,2	2.285	3	63	3%
C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	15	3,5%	14,4	3.935	3	77	3%
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	13	3,1%	12,4	3.401	3	77	11%
C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	13	3,1%	11,3	3.307	3	68	1%
A46	Erysipel [Wundrose]	12	2,8%	31,4	8.574	3	75	2%
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	11	2,6%	14,7	4.311	3	72	0%
C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	11	2,6%	14,2	3.993	3	78	4%
C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	10	2,4%	12,9	3.559	3	73	2%

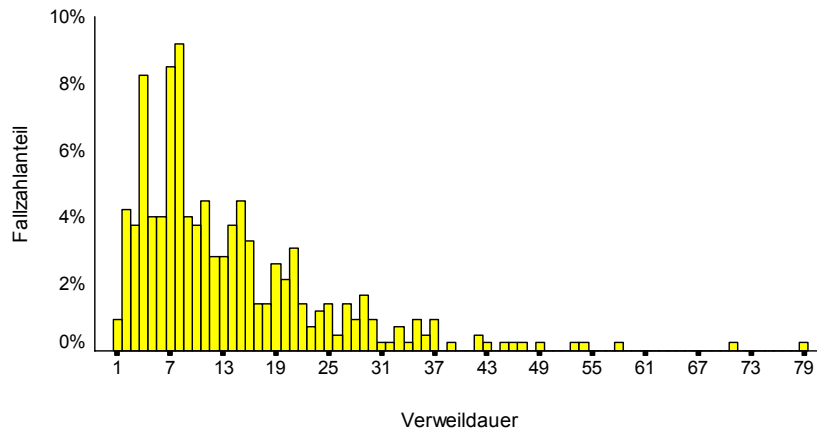
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	131	73		445
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	59	79		170
L57.0	Aktinische Keratose	39	78		109
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	31	77		71
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	23	79		55
L82	Seborrhoische Keratose	21	74		45
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	21	65		92
I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	21	74		0
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	20	78		56
Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese	16	74		0

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
5-895.14	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	177	41,7%	260
5-895.34	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	89	21,0%	111
5-903.54	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	86	20,3%	113
5-903.04	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	69	16,3%	75
5-212.1	OPs an der Nase: Exz. und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exz. an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	66	15,6%	80
5-894.14	OPs an Haut und Unterhaut: Lokale Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exz., lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	58	13,7%	62
5-903.64	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Verschiebe-Rotationsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	56	13,2%	118
5-916.24	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	50	11,8%	78
5-895.04	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	49	11,6%	81
5-930.0	Angaben zum Transplantat: Art der Transplantation: Autogen	44	10,4%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Lymphknoten-Sonographie	65	15%
Immunhistochemie	12	3%
Spizel i.v. 4x1g (10d)	9	2%
Phlebologischer Status	8	2%
Allergologische Testung Epikutan	6	1%
Intensive Lokalthherapie (Dauer >2h)	5	1%
Roferon 3x3 Mio IE/Woche	5	1%
Hautersatz	3	1%
Immunfluoreszenz	3	1%
Staphylex i.v. 3x1g (10d)	3	1%

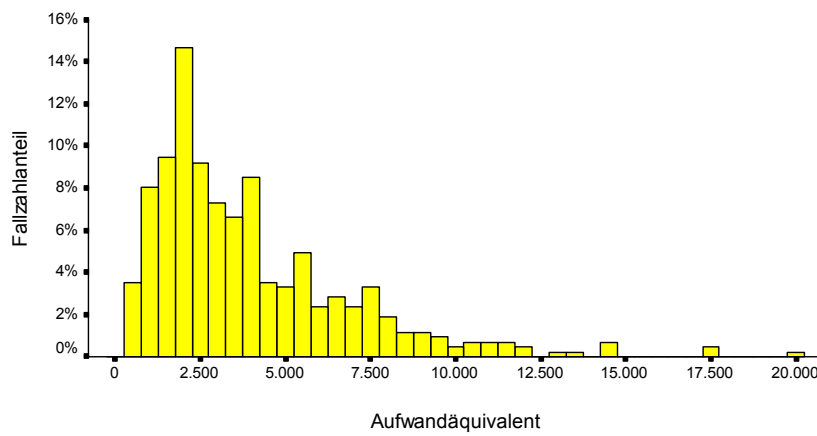
Verweildauerverteilung

DRG: J08B



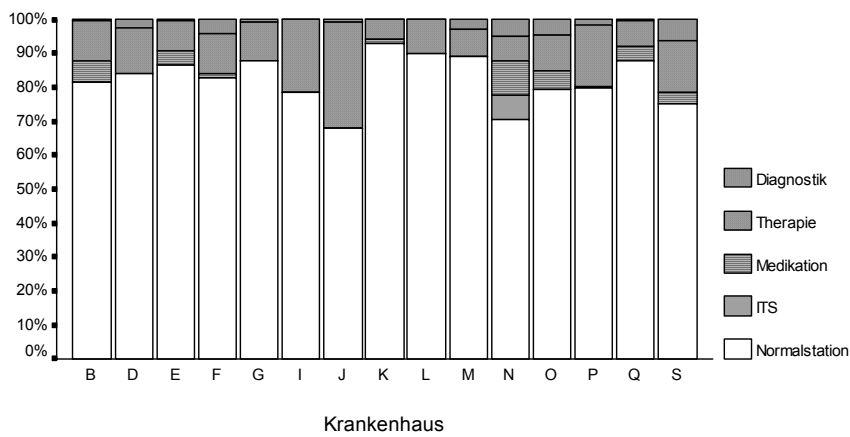
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J08B



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J08B



## J08C

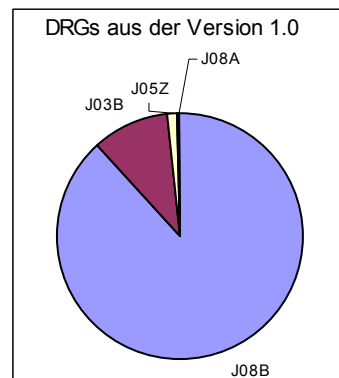
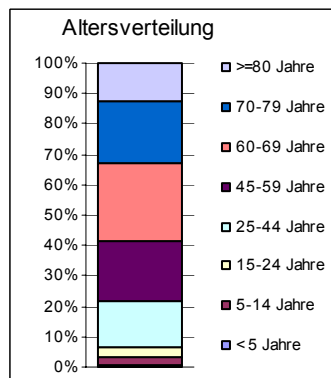
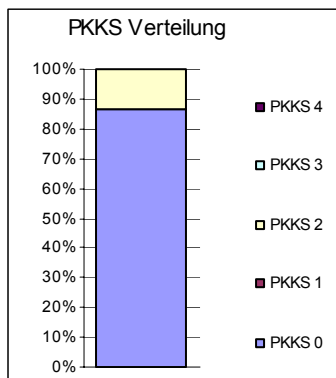
## Andere Hauttransplantation und / oder Debridement ohne äußerst schwere oder schwere CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,965	1. Tag Abschlag	2
			1. Tag Zuschlag	19

Allgemeines	Projekt	Katalog
Fallzahl	2.599	6.154
Fallzahl in %	17,9%	-
Alter	59,0	-
Anteil Frauen	50,6%	47,8%
Anteil Männer	49,4%	52,2%
Tagesfälle	3,8%	-
Mehrtagesfälle	96,2%	-
Mittlere PCCL IL	0,3	0,3
Mittlere PCCL	0,3	-

Verweildauer	Projekt	Katalog
VWD	8,8	-
VWD IL	8,0	8,3
LOL	10,5%	13,8%
IL	81,3%	77,7%
HOL	8,2%	8,5%
HK (VWD)	0,56	0,6336

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	2.620
Therapie	15,9%
Diagnostik	1,5%
Medikation	0,7%
Normalstation	81,9%
ITS	0,0%
HK (A)	0,57
HK (Kosten) InEK	0,62



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	894	34,4%	9,4	2.831	0,3	68	22%
C43.5	Bösartiges Melanom des Rumpfes	215	8,3%	7,5	2.336	0,2	52	6%
C43.7	Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	206	7,9%	10,6	3.131	0,4	51	4%
C43.6	Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter	116	4,5%	7,2	2.218	0,3	57	3%
C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	112	4,3%	9,2	2.749	0,2	70	3%
C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	93	3,6%	9,8	2.838	0,2	71	3%
C43.3	Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	66	2,5%	9,7	2.822	0,3	64	2%
L73.2	Hidradenitis suppurativa	63	2,4%	10,2	2.768	0,2	35	2%
C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	57	2,2%	6,6	2.063	0,3	67	1%
C44.7	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	51	2,0%	11,4	3.366	0,3	68	1%

Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	561	69		1536
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	156	66		169
L57.0	Aktinische Keratose	149	74		353
C43.9	Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet	88	56		0
C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	86	69		372
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	85	71		153
D22.9	Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet	76	44		216
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	73	74		155
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	65	71		171
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	62	67		211

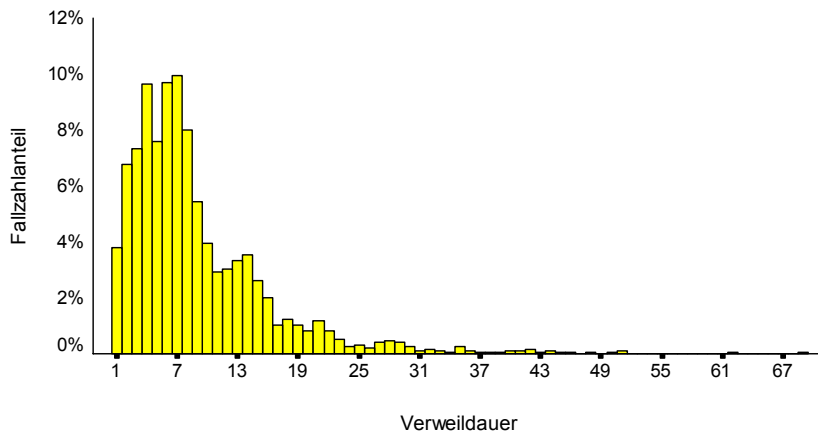
Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
5-895.14	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	1059	40,7%	830
5-916.24	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	410	15,8%	414
5-895.34	OPs an Haut und Unterhaut: Radikale und ausgedehnte Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	388	14,9%	427
5-903.04	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	334	12,9%	329
5-212.1	OPs an der Nase: Exz. und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exz. an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	333	12,8%	380
5-903.54	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	322	12,4%	504
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	290	11,2%	0
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	247	9,5%	0
5-930.0	Angaben zum Transplantat: Art der Transplantation: Autogen	223	8,6%	0
5-903.5a	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	216	8,3%	401

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Lymphknoten-Sonographie	454	17%
Immunhistochemie	96	4%
Haut-Sonographie	41	2%
Phlebologischer Status	37	1%
Roferon 3x3 Mio IE/Woche	13	1%
Allergologische Testung einfach	11	0%
Intensive Lokalthherapie (Dauer >2h)	11	0%
Allergologische Testung Epikutan	10	0%
Antigen-Mapping	10	0%
Sobelin i.v. 3x600mg (10d)	9	0%



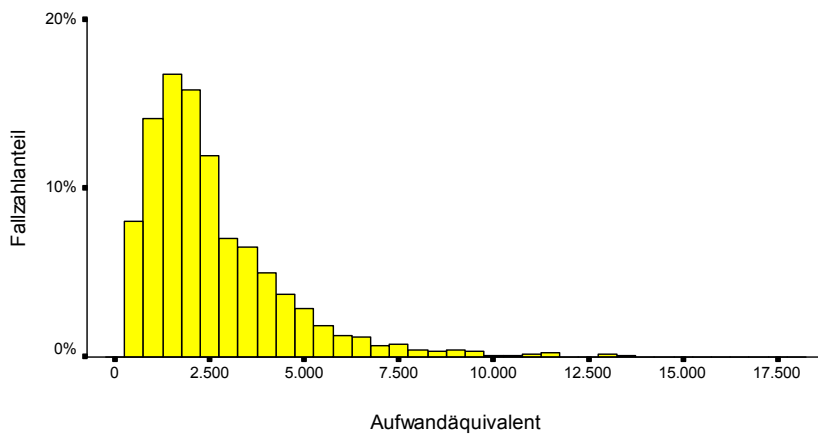
Verweildauerverteilung

DRG: J08C



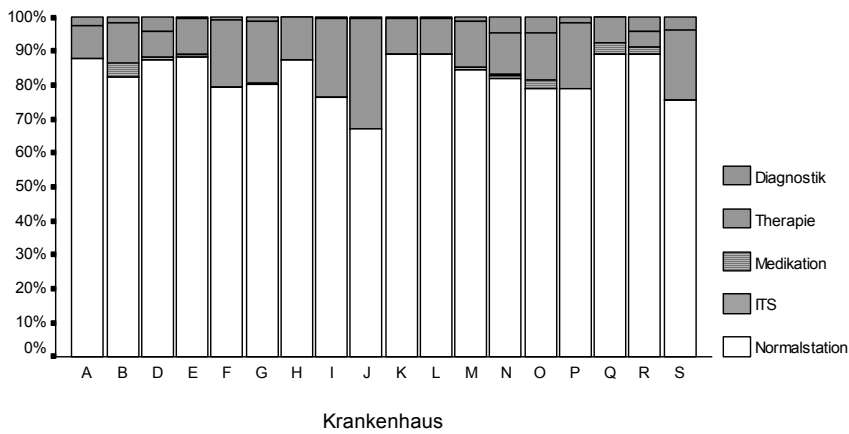
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J08C



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J08C



### 8.3.2 Basis-DRG J10

#### 8.3.2.1 J10Z

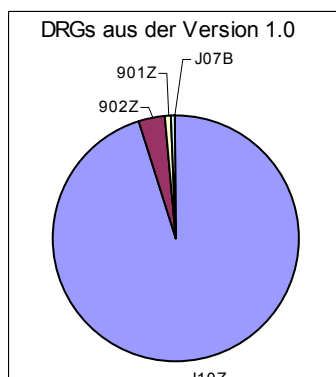
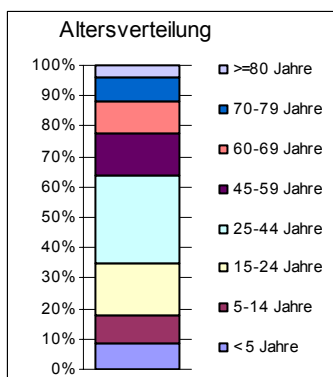
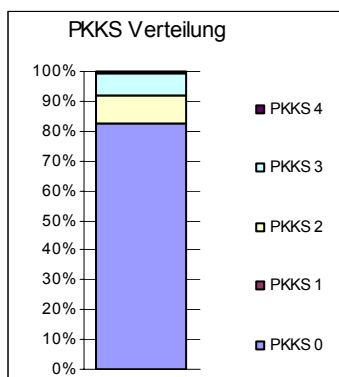
#### Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,820	1. Tag Abschlag	1
			1. Tag Zuschlag	14

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	216	1.257
Fallzahl in %	1,5%	-
Alter	37,0	-
Anteil Frauen	41,7%	59,0%
Anteil Männer	58,3%	41,1%
Tagesfälle	12,5%	-
Mehrtagesfälle	87,5%	-
Mittlere PCCL IL	0,4	0,5
Mittlere PCCL	0,4	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	6,4	-
VWD IL	5,7	5,2
LOL	12,5%	13,0%
IL	77,3%	81,8%
HOL	10,2%	5,1%
HK (VWD)	0,55	0,5843

Aufwandsäquivalent	
Aufwandsäquivalent	1.832
Therapie	13,4%
Diagnostik	0,5%
Medikation	0,4%
Normalstation	84,0%
ITS	1,8%
HK (A)	0,56
HK (Kosten) InEK	0,62



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
A63.0	Anogenitale (venerische) Warzen	36	16,7%	4,1	1.078	0,4	35	7%
B07	Viruswarzen	35	16,2%	3,7	1.067	0,3	25	5%
L71.1	Rhinophym	23	10,6%	8,9	2.441	0,5	64	5%
L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	12	5,6%	7,3	2.217	0,3	32	14%
L56.8	Sonstige näher bezeichnete akute Hautveränderungen durch Ultraviolettstrahlen	11	5,1%	7,0	1.940	0,8	62	0%
R61.0	Hyperhidrose, umschrieben	9	4,2%	3,2	1.164	0	30	3%
D18.00	Hämangiom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation	8	3,7%	8,8	2.429	1,2	24	2%
B08.1	Molluscum contagiosum	8	3,7%	2,0	834	0	11	2%
D22.5	Melanozytennävus des Rumpfes	6	2,8%	4,8	2.268	0,5	7	0%
Q82.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Haut	6	2,8%	9,3	3.084	0,8	37	5%

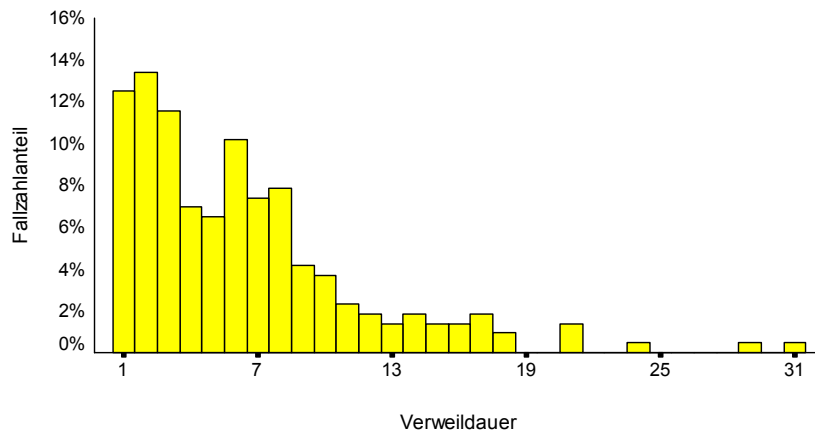
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	14	61		171
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	7	64		0
B07	Viruswarzen	4	39		0
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	4	70	X	0
R63.3	Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung	4	36		0
N40	Prostatahyperplasie	4	65		0
J44.8	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung	4	44		0
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	4	20		0
B35.3	Tinea pedis	4	54		0
L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	3	26		55

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
5-212.0	OPs an der Nase: Exz. und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exz. an der äußeren Nase	25	11,6%	64
5-915.4c	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Elektrokaustik, großflächig: Leisten- und Genitalregion	20	9,3%	38
5-913.8g	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Entf. oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entf. mit scharfem Löffel), großflächig: Fuß	18	8,3%	30
8-900	Allgemeinanästhesie: Intravenöse Anästhesie	15	6,9%	0
5-913.64	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Entf. oberflächlicher Hautschichten: Hochtourige Dermabrasion, großflächig: Sonstige Teile Kopf	14	6,5%	36
5-913.a4	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Entf. oberflächlicher Hautschichten: Laserbehandlung, großflächig: Sonstige Teile Kopf	12	5,6%	27
5-908.2	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Plastische OP an Lippe und Mundwinkel: Plastische Rekonstruktion der Unterlippe	11	5,1%	0
5-913.89	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Entf. oberflächlicher Hautschichten: Exkochleation (Entf. mit scharfem Löffel), großflächig: Hand	10	4,6%	0
5-915.4g	Andere OPs an Haut und Unterhaut: Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Elektrokaustik, großflächig: Fuß	8	3,7%	0
5-894.14	OPs an Haut und Unterhaut: Lokale Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exz., lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	8	3,7%	44

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Intensive Lokaltherapie (Dauer >2h)	8	4%
Haut-Sonographie	3	1%
Lymphknoten-Sonographie	3	1%
Allergologische Testung einfach	3	1%
Phlebologischer Status	2	1%
Staphylex i.v. 3x1g (10d)	2	1%
Allergologische Testung Epikutan	1	0%
Antigen-Mapping	1	0%
Augmentan 3x2,2g (10d)	1	0%
Bade-PUVA/Sole-Photo-Therapie	1	0%

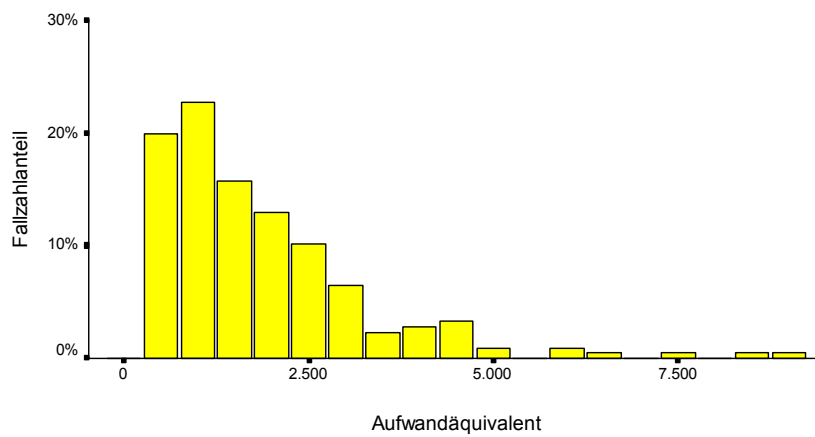
Verweildauerverteilung

DRG: J10Z



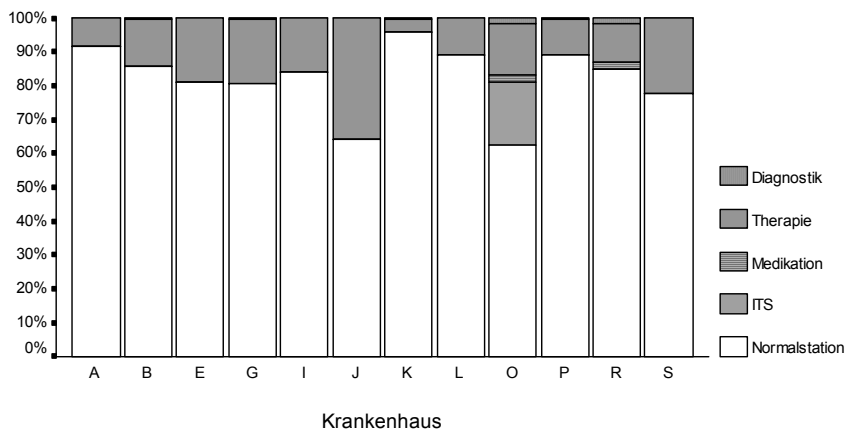
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J10Z



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J10Z



### 8.3.3 Basis-DRG J64

#### 8.3.3.1 J64A

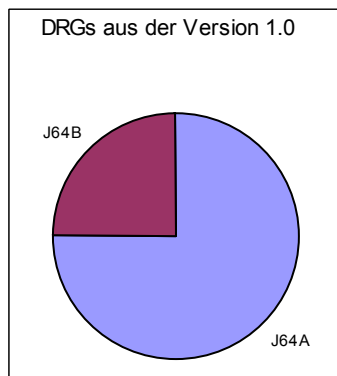
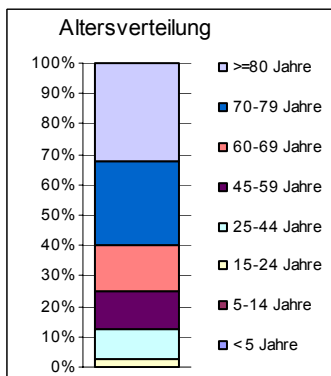
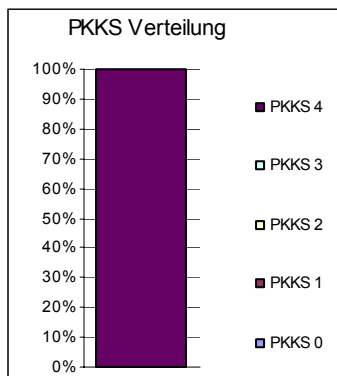
#### Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	1,450	1. Tag Abschlag	4
			1. Tag Zuschlag	29

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	40	547
Fallzahl in %	0,3%	-
Alter	68,3	-
Anteil Frauen	75,0%	60,5%
Anteil Männer	25,0%	39,5%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	4,0	4,0
Mittlere PCCL	4,0	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	15,9	-
VWD IL	15,0	14,4
LOL	12,5%	9,3%
IL	77,5%	82,4%
HOL	10,0%	8,3%
HK (VWD)	0,60	0,6857

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	4.544
Therapie	1,6%
Diagnostik	1,0%
Medikation	7,7%
Normalstation	83,7%
ITS	6,0%
HK (A)	0,60
HK (Kosten) InEK	0,59

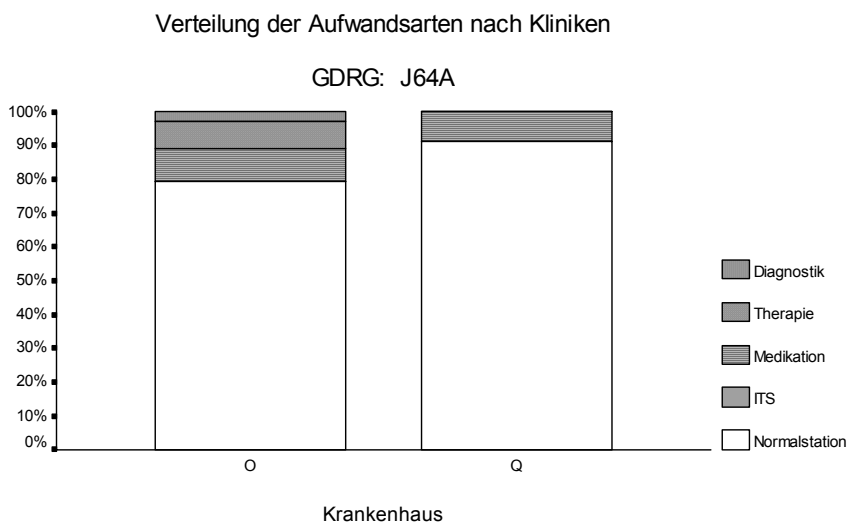
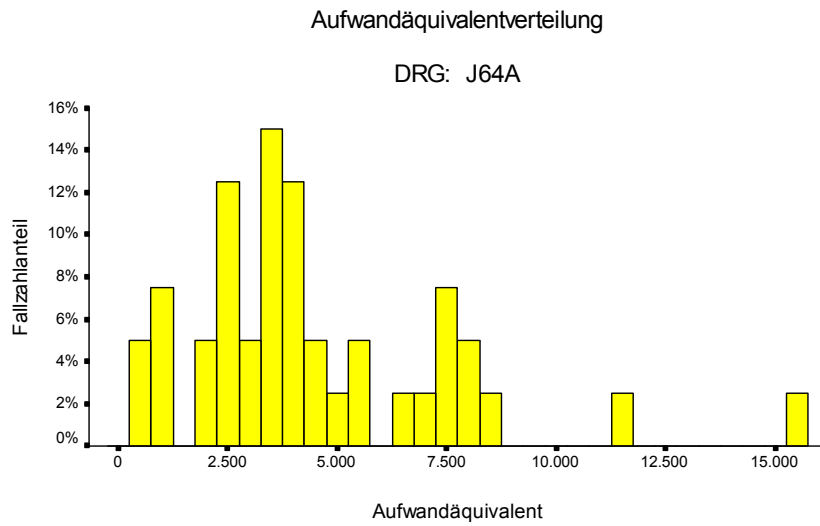
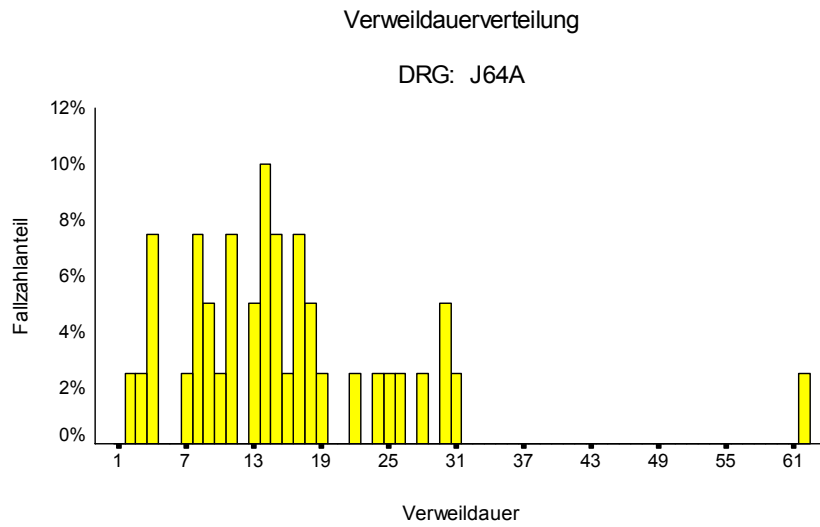


Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
A46	Erysipel [Wundrose]	35	87,5%	16,4	4.747	4	71	68%
L08.8	Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	3	7,5%	18,7	4.636	4	51	1%
L01.0	Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]	1	2,5%	3,0	730	4	21	1%
L01.1	Sekundäre Impetiginisation anderer Dermatosen	1	2,5%	4,0	973	4	72	1%

Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	17	78		162
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	12	77		209
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	8	72	X	140
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	6	67		45
E79.0	Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis oder tophischer Gicht	6	73		41
B35.3	Tinea pedis	5	74		0
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	5	76		0
J44.9	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet	5	75		43
I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnetes Gefäß	5	79		74
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	4	68	X	50

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	28	70,0%	0
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	19	47,5%	7
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	3	7,5%	0
1-500.6	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Unterschenkel	2	5,0%	0
3-225	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel: Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	2	5,0%	14
8-929	Neurologisches Monitoring: Anderes neurologisches Monitoring	2	5,0%	0
3-705	Szintigraphie: Szintigraphie des Muskel-Skelettsystems	2	5,0%	8
1-266.x	Untersuchungen der elektrophysiologischen Aktivität des Herzens: Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Sonstige	1	2,5%	0
1-480.0	Biopsie ohne Inz. an Knochen und Gelenken: Perkutane (Nadel-)Biopsie an Knochen: Skapula, Klavikula, Rippen und Sternum	1	2,5%	0
1-490.7	Biopsie ohne Inz. an anderen Organen und Geweben: Biopsie ohne Inz. an Haut und Unterhaut: Fuß	1	2,5%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Intensive Lokaltherapie (Dauer >2h)	8	20%
Allergologische Testung Epikutan	5	13%
Augmentan 3x1,2g (10d)	5	13%
Phlebologischer Status	5	13%
Sobelin i.v. 3x600mg (10d)	5	13%
Spizef i.v. 4x1g (10d)	5	13%
Tazobac i.v. 3x4,5g (10d)	3	8%
Spezialbett (Antidekubitusbett/Clinitron)	2	5%
Rocephin-Erysipel i.v. 1x2g (10d)	2	5%
Staphylex i.v. 3x1g (10d)	2	5%



### 8.3.3.2 J64B

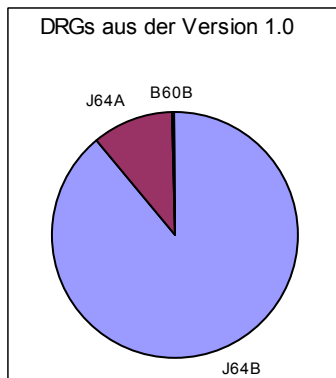
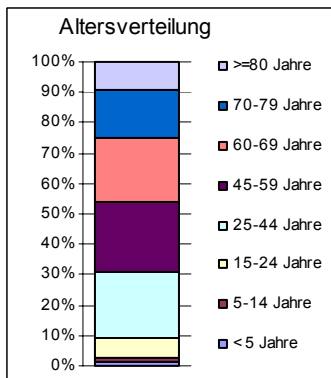
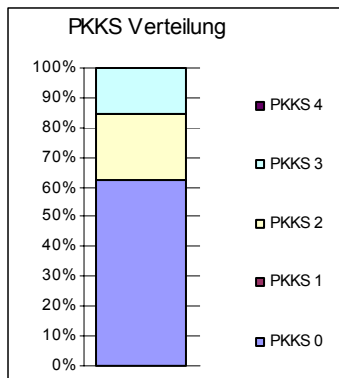
#### Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,728	1. Tag Abschlag	2
			1. Tag Zuschlag	17

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	685	7.884
Fallzahl in %	4,7%	-
Alter	54,4	-
Anteil Frauen	49,1%	43,5%
Anteil Männer	50,9%	56,5%
Tagesfälle	0,7%	-
Mehrtagesfälle	99,3%	-
Mittlere PCCL IL	0,8	0,9
Mittlere PCCL	0,9	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	11,8	-
VWD IL	9,5	7,9
LOL	3,1%	14,1%
IL	79,9%	78,1%
HOL	17,1%	7,8%
HK (VWD)	0,61	0,6583

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	3.180
Therapie	0,7%
Diagnostik	0,8%
Medikation	8,2%
Normalstation	90,2%
ITS	0,1%
HK (A)	0,61
HK (Kosten) InEK	0,60



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
A46	Erysipel [Wundrose]	503	73,4%	12,5	3.373	1	59	47%
L08.8	Sonstige näher bezeichnete lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	34	5,0%	14,8	3.873	1,1	54	0%
L01.0	Impetigo contagiosa [jeder Erreger] [jede Lokalisation]	25	3,6%	6,0	1.585	0,3	21	2%
L01.1	Sekundäre Impetiginisation anderer Dermatosen	24	3,5%	11,7	2.939	0,4	42	1%
L02.9	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel, nicht näher bezeichnet	22	3,2%	7,9	2.105	0,4	38	3%
L02.0	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel im Gesicht	22	3,2%	7,1	1.959	0,5	42	4%
L02.4	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	10	1,5%	9,2	3.180	0,9	48	6%
L08.0	Pyodermie	7	1,0%	12,1	3.468	0,4	49	1%
L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	7	1,0%	11,1	3.045	0,7	46	8%
L02.2	Hautabszeß, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	5	0,7%	9,4	2.367	0,4	57	4%



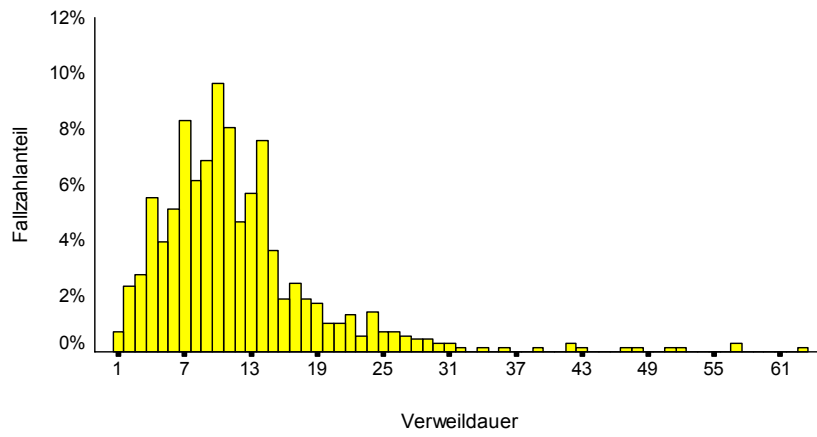
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	146	66		1485
B35.3	Tinea pedis	67	55		310
I89.0	Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert	42	64		180
E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet	37	58		353
E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	27	69		254
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	26	67	X	0
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	25	54		0
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	24	52		181
L20.9	Atopisches [endogenes] Ekzem, nicht näher bezeichnet	24	32		0
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	24	64		177

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	335	48,9%	0
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	306	44,7%	153
5-92a.1y	OPs an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen: Verband bei Verbrennungen: Fettgazeverband: N.n.bez.	16	2,3%	0
1-500.6	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Unterschenkel	14	2,0%	0
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	11	1,6%	0
5-92a.0y	OPs an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen: Verband bei Verbrennungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: N.n.bez.	7	1,0%	0
8-560.1	Physikalisch-therapeutische Einzelmaßnahmen: Lichttherapie: Photochemotherapie (PUVA)	7	1,0%	0
1-500.5	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberschenkel	6	0,9%	0
5-892.0f	OPs an Haut und Unterhaut: Andere Inz. an Haut und Unterhaut: Ohne weitere Maßnahmen: Unterschenkel	5	0,7%	56
3-209	Computertomographie (CT), nativ: Andere native Computertomographie	4	0,6%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Phlebologischer Status	60	9%
Spizef i.v. 4x1g (10d)	57	8%
Allergologische Testung Epikutan	51	7%
Staphylex i.v. 3x1g (10d)	46	7%
Sobelin i.v. 3x600mg (10d)	43	6%
Rocephin-Erysipel i.v. 1x2g (10d)	42	6%
Augmentan 3x2,2g (10d)	31	5%
Tazobac i.v. 3x4,5g (10d)	30	4%
Augmentan 3x1,2g (10d)	23	3%
Allergologische Testung einfach	21	3%

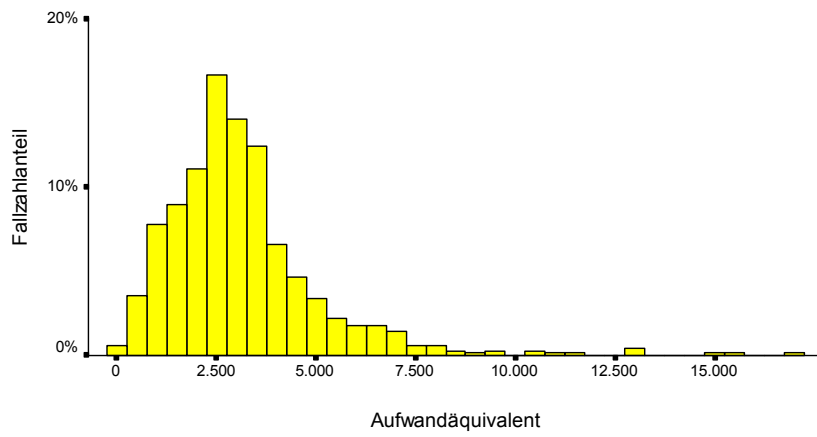
Verweildauerverteilung

DRG: J64B



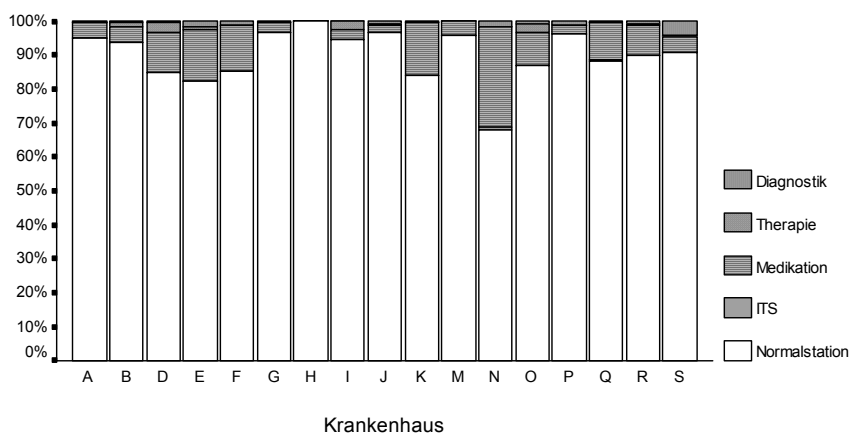
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: J64B



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: J64B



### 8.3.4 Basis-DRG F20

#### 8.3.4.1 F20A

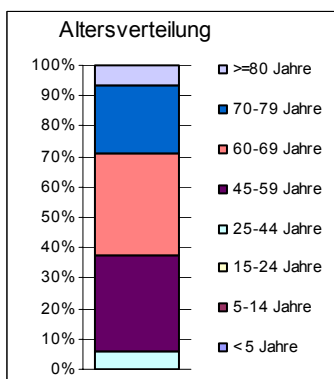
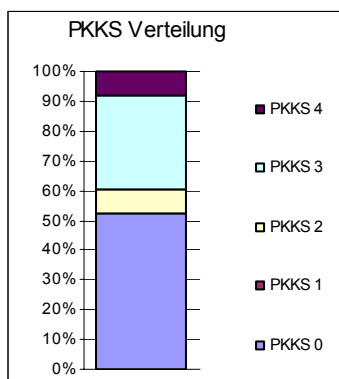
Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	1,008	1. Tag Abschlag	2
			1. Tag Zuschlag	19

Allgemeines	Projekt Katalog	
	Fallzahl	48
Fallzahl in %	0,3%	-
Alter	63,1	-
Anteil Frauen	68,8%	60,3%
Anteil Männer	31,3%	39,7%
Tagesfälle	0,0%	-
Mehrtagesfälle	100,0%	-
Mittlere PCCL IL	1,3	2,6
Mittlere PCCL	1,4	-

Verweildauer	Projekt Katalog	
	VWD	15,7
VWD IL	6,4	7,5
LOL	4,2%	17,0%
IL	64,6%	71,4%
HOL	31,2%	11,6%
HK (VWD)	0,48	0,5814

Aufwandsäquivalent	
Aufwandsäquivalent	4.364
Therapie	11,4%
Diagnostik	1,2%
Medikation	0,0%
Normalstation	87,4%
ITS	0,0%
HK (A)	0,50
HK (Kosten) InEK	0,64



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	19	39,6%	22,0	6.030	0,9	65	16%
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	12	25,0%	17,8	4.684	0,2	66	11%
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	9	18,8%	4,6	1.677	3,1	58	52%
I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	6	12,5%	10,8	3.155	3,2	65	10%
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Mit Ulzeration	1	2,1%	11,0	3.070	0	56	1%
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	1	2,1%	4,0	1.588	3	42	2%

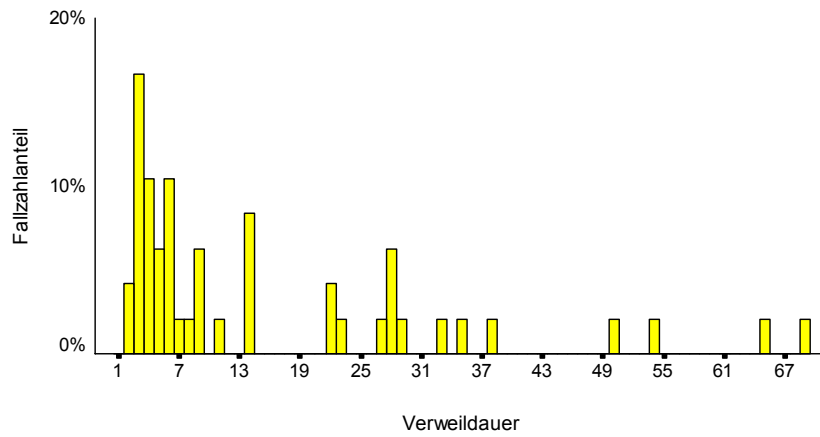
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	13	67		232
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	6	65		82
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	6	68	X	41
I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	5	67		34
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	4	70		0
E66.0	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr	3	69		65
I49.9	Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	3	68		0
I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	3	60		42
I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	3	57		48
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	3	59		156

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	49	102,1%	0
5-385.70	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna, einseitig	27	56,3%	498
5-385.4	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	16	33,3%	99
5-892.1c	OPs an Haut und Unterhaut: Andere Inz. an Haut und Unterhaut: Drainage: Leisten- und Genitalregion	9	18,8%	0
5-385.2	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Lokale Exz.	7	14,6%	148
5-385.96	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize, einseitig	6	12,5%	68
5-385.74	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Vv. saphena magna et parva, einseitig	5	10,4%	30
8-900	Allgemeinanästhesie: Intravenöse Anästhesie	4	8,3%	0
5-894.1a	OPs an Haut und Unterhaut: Lokale Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exz., lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	3	6,3%	0
5-385.72	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva, einseitig	3	6,3%	54

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Phlebologischer Status	16	33%
Allergologische Testung Epikutan	5	10%
Allergologische Testung einfach	2	4%
Hautersatz	1	2%

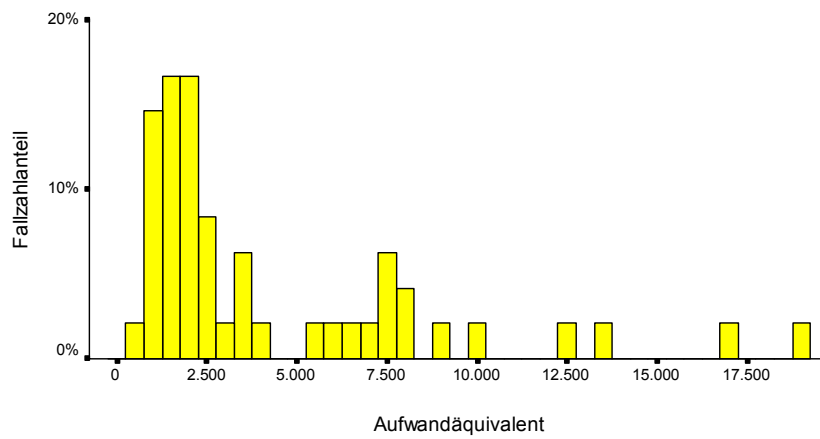
Verweildauerverteilung

DRG: F20A



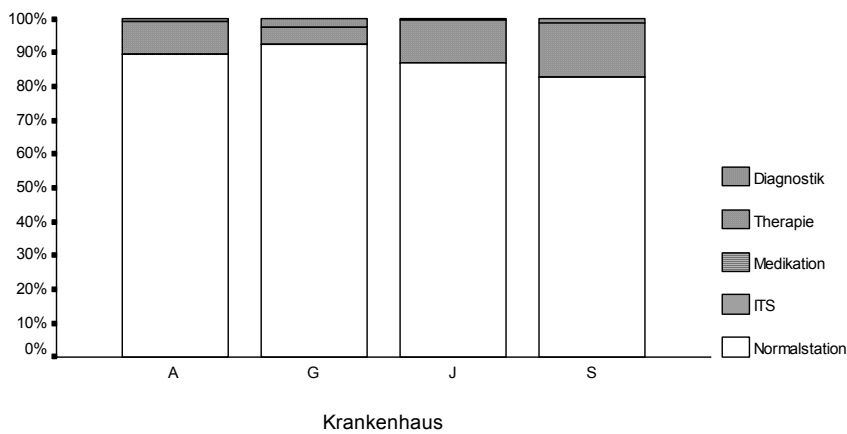
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: F20A



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: F20A



### 8.3.4.2 F20B

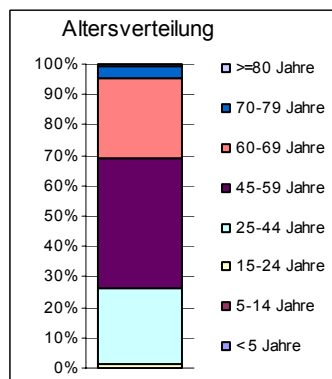
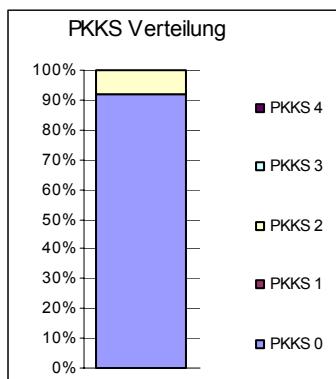
Unterbindung und Stripping von Venen ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,673	1. Tag Abschlag	1
			1. Tag Zuschlag	7

Allgemeines	Projekt		Katalog
	Fallzahl	Fallzahl in %	Alter
Fallzahl	271	1,9%	52,3
Fallzahl in %	-	-	-
Alter	71,6%	68,5%	-
Anteil Frauen	28,4%	31,5%	-
Anteil Männer	2,2%	-	-
Tagesfälle	97,8%	-	-
Mehrtagesfälle	0,2	0,1	-
Mittlere PCCL IL	0,2	-	-
Mittlere PCCL	-	-	-

Verweildauer	Projekt		Katalog
	VWD	VWD IL	LOL
VWD	4,3	3,9	2,2%
VWD IL	-	3,5	6,3%
LOL	87,8%	86,3%	-
IL	10,0%	7,4%	-
HOL	0,70	0,7	-
HK (VWD)	-	-	-

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	1.568
Therapie	31,6%
Diagnostik	2,3%
Medikation	0,0%
Normalstation	66,0%
ITS	0,0%
HK (A)	0,74
HK (Kosten) InEK	0,68

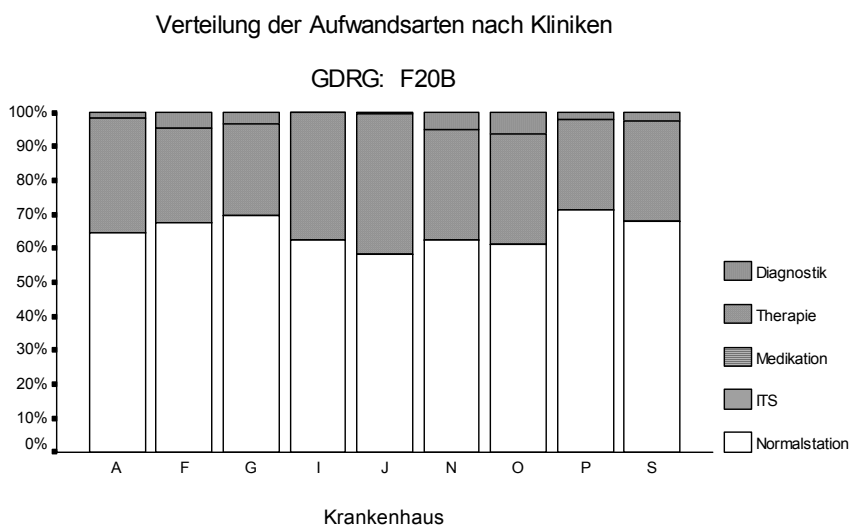
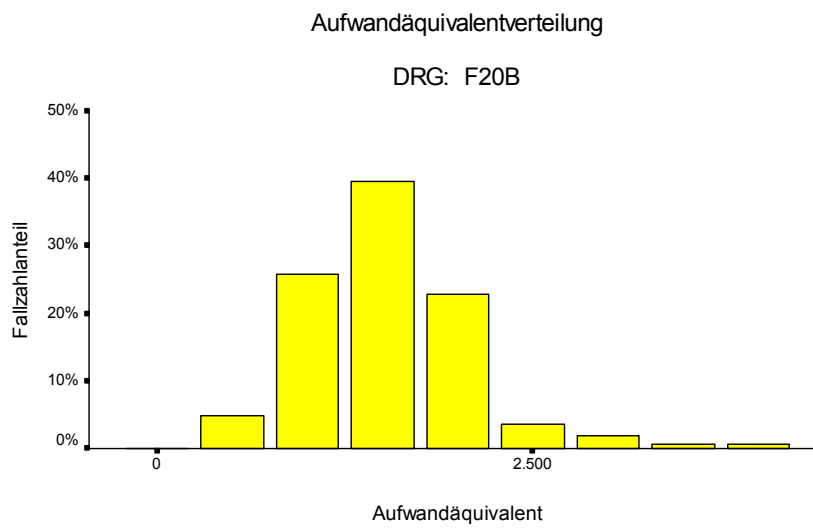
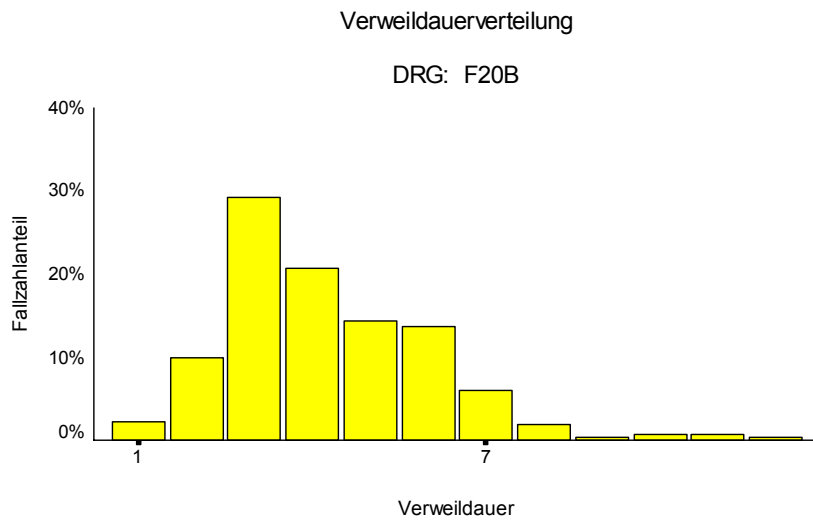


Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	208	76,8%	4,6	1.649	0,2	51	91%
I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	63	23,2%	3,3	1.301	0,2	55	7%

Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	45	58		1078
I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	13	54		466
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	11	60		77
L40.0	Psoriasis vulgaris	8	60		0
I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	8	54		1461
F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch	7	53		122
E78.0	Reine Hypercholesterinämie	7	56		103
E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet	7	51		330
L23.9	Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache	5	53		0
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	5	58		85

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
5-385.70	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna, einseitig	214	79,0%	5662
5-385.4	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	64	23,6%	527
5-385.2	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Lokale Exz.	47	17,3%	1022
8-900	Allgemeinanästhesie: Intravenöse Anästhesie	31	11,4%	0
5-892.1c	OPs an Haut und Unterhaut: Andere Inz. an Haut und Unterhaut: Drainage: Leisten- und Genitalregion	26	9,6%	0
5-385.96	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize, einseitig	25	9,2%	813
5-385.74	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: Vv. saphena magna et parva, einseitig	17	6,3%	194
5-385.72	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva, einseitig	16	5,9%	700
5-385.90	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna, einseitig	9	3,3%	144
5-385.80	Inz., Exz. und Verschuß von Blutgefäßen: Unterbindung, Exz. und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna, einseitig	8	3,0%	494

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Phlebologischer Status	70	26%
Lymphknoten-Sonographie	3	1%
Allergologische Testung Epikutan	2	1%
Allergologische Testung einfach	1	0%





### 8.3.5 X61Z

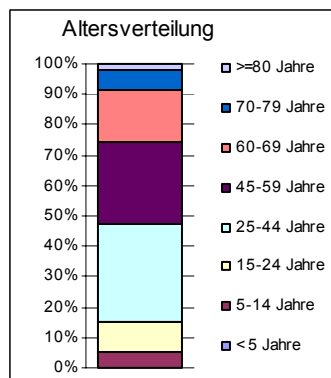
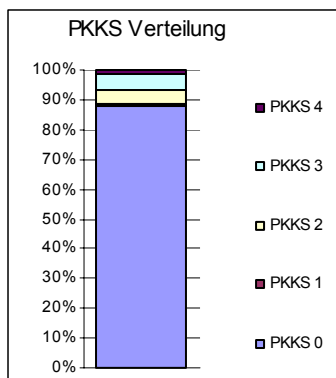
#### Allergische Reaktionen

<b>Kennzahlen:</b>	Bewertungsrelation	0,485	1. Tag Abschlag	1
			1. Tag Zuschlag	11

Allgemeines		
	Projekt	Katalog
Fallzahl	647	1.306
Fallzahl in %	4,4%	-
Alter	45,5	-
Anteil Frauen	58,3%	59,9%
Anteil Männer	41,7%	40,1%
Tagesfälle	33,4%	-
Mehrtagesfälle	66,6%	-
Mittlere PCCL IL	0,4	0,6
Mittlere PCCL	0,3	-

Verweildauer		
	Projekt	Katalog
VWD	4,0	-
VWD IL	4,1	4,7
LOL	33,4%	46,1%
IL	58,9%	48,4%
HOL	7,7%	5,5%
HK (VWD)	0,48	0,6438

Aufwandäquivalent	
Aufwandäquivalent	1.263
Therapie	14,2%
Diagnostik	9,2%
Medikation	0,1%
Normalstation	76,2%
ITS	0,2%
HK (A)	0,51
HK (Kosten) InEK	0,62



Top Hauptdiagnosen								
ICD	Diagnosetext	N	N %	VWD	A	PCCL	Alter	InEK
T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	470	72,6%	3,2	1.104	0,2	44	42%
T78.3	Angioneurotisches Ödem	143	22,1%	6,7	1.882	0,7	51	40%
T78.2	Anaphylaktischer Schock, nicht näher bezeichnet	28	4,3%	3,2	922	0,6	47	13%
T78.0	Anaphylaktischer Schock durch Nahrungsmittelunverträglichkeit	4	0,6%	1,3	304	0	52	1%
T88.6	Anaphylaktischer Schock als unerwünschte Nebenwirkung eines indikationsgerechten Arzneimittels oder einer indikationsgerechten Droge bei ordnungsgemäßer Verabreichung	2	0,3%	3,5	1.106	0	50	3%

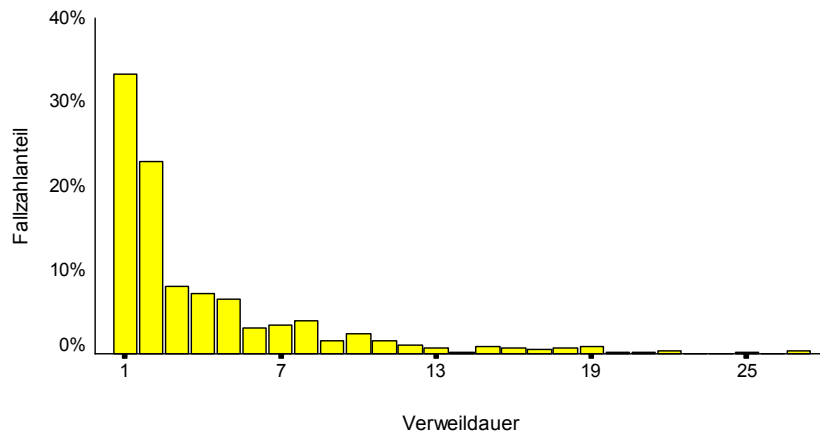
Top Nebendiagnosen					
ICD	Diagnosetext	N	Alter	CCL	InEK
Z51.6	Desensibilisierung gegenüber Allergenen	137	42		135
Z01.5	Diagnostische Haut- und Sensibilisierungstestung	108	45		70
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	76	62		293
D22.9	Melanozytennävus, nicht näher bezeichnet	59	41		48
T78.8	Sonstige unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	45	42		0
L75.8	Sonstige Krankheiten der apokrinen Schweißdrüsen	38	45		31
T88.7	Nicht näher bezeichnete unerwünschte Nebenwirkung eines Arzneimittels oder einer Droge	35	47		94
J30.1	Allergische Rhinopathie durch Pollen	29	34		39
J30.4	Allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet	26	42		0
L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	25	48		0

Top Prozeduren				
OPS	Bezeichnung	N	N %	N InEK
8-839.x	Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße: Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	27	4,2%	0
8-020.x	Therapeutische Injektion: Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe: Sonstige	16	2,5%	45
1-500.4	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Rumpf	11	1,7%	9
5-894.1a	OPs an Haut und Unterhaut: Lokale Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exz., lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	6	0,9%	0
5-894.1b	OPs an Haut und Unterhaut: Lokale Exz. von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exz., lokal, mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	6	0,9%	0
1-440.1	Biopsien ohne Inz. an den Verdauungsorganen: Endoskopische Biopsie am oberen Verdauungstrakt und Pankreas: Magen	4	0,6%	14
8-540.0	Chemotherapie: Applikation von Chemotherapeutika: Oral	4	0,6%	0
1-500.5	Biopsie an Haut, Mamma, Knochen und Muskeln durch Inz.: Biopsie an Haut und Unterhaut durch Inz.: Oberschenkel	4	0,6%	0
1-632	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes: Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	3	0,5%	16
1-634	Diagnostische Endoskopie des oberen Verdauungstraktes: Diagnostische Duodenoskopie	3	0,5%	0

Top Leistungen		
Leistung	N	N %
Allergologische Expositionstestung	220	34%
Schnellhyposensibilisierung Wespe	147	23%
Allergologische Testung einfach	128	20%
Schnellhyposensibilisierung Biene	39	6%
Allergologische Testung Epikutan	23	4%
Physikalische Urtikariadiagnostik	19	3%
Urbason i.v. 500mg (3d)	7	1%
Immunfluoreszenz	6	1%
Phlebologischer Status	5	1%
Allergologische Testung bei teuren Medikamenten	4	1%

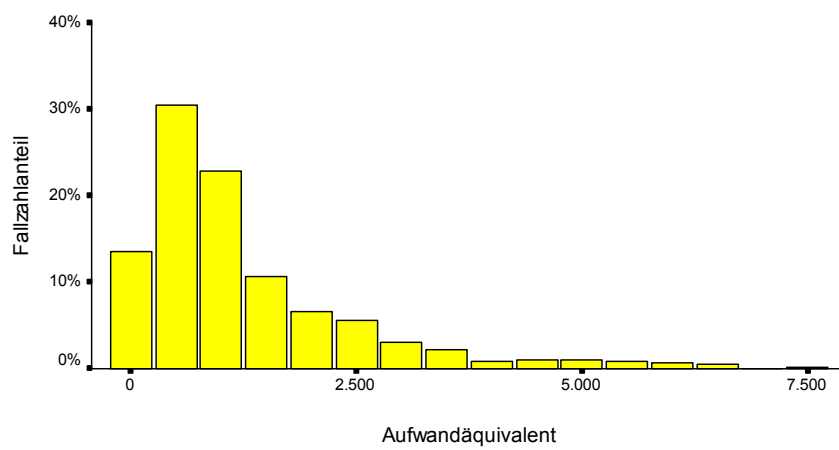
Verweildauerverteilung

DRG: X61Z



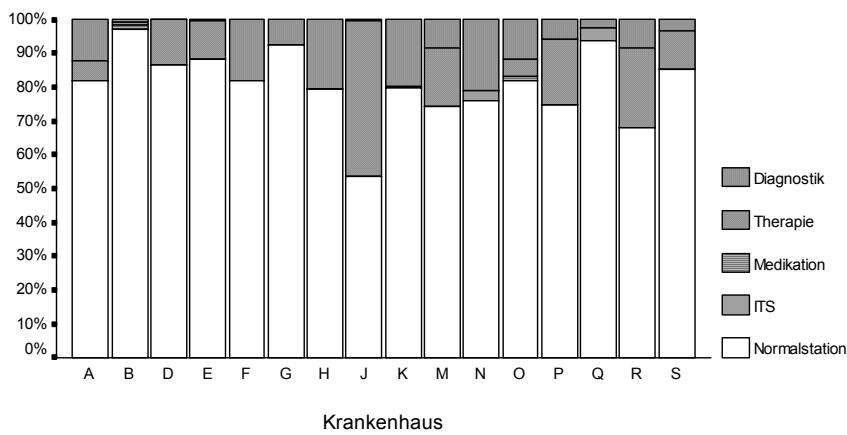
Aufwandäquivalentverteilung

DRG: X61Z



Verteilung der Aufwandsarten nach Kliniken

GDRG: X61Z



## 8.4 Anhang D – Schnittstellenbeschreibung

Die Schnittstelle besteht aus 5 Dateien

Basisdaten	Basis.csv
Diagnosen	Diagnosen.csv
Prozeduren	Prozeduren.csv
Episoden	Episoden.csv
Sonderentgelte/Fallpauschalen	SEFP.csv

Formaterläuterungen:

9 = Zahl      Beispiel 99 kann enthalten 01, aber nicht ab

# = alphanumerisches Zeichen (kann eine Zahl oder ein Buchstabe sein)

! = Grossbuchstabe

Pflicht – Dieses Feld muss geliefert werden.

### 8.4.1 Aufbau der Datei

Ein Datensatz bildet immer eine Zeile in der Schnittstellendatei. Nach jeder Zeile muss ein Zeilenumbruch erfolgen. Die Datenfelder müssen durch ein Semikolon voneinander getrennt werden. Es müssen immer alle Daten zum Aufenthalt des Patienten berücksichtigt und exportiert werden. Die DRG bezieht sich immer auf den gesamten stationären Aufenthalt, unabhängig von der Fachabteilung.

Bei teilstationären Behandlungen ist darauf zu achten, dass jeder Besuch ein Fall ist. Viele Systeme legen einen Fall mit 1-n Besuchen an. Hier müssen die Daten entsprechend konvertiert werden, damit aus jedem Besuch ein Fall wird (z. B. Fallnummer + Besuchsdatum = Eindeutiges Fallkennzeichen)

### Basisdaten

Hier werden die Basisdaten zum Behandlungsfall übergeben

Beschreibung	Item Nr.	Format	Pflicht
Klinik Nummer	1	999	X
Fallnummer	2	#####	X
Pat. Alter in Tagen Nur wenn Pat-Alter < Jahr	3	999	X
Pat. Alter in Jahren	4	999	X
Pat. Geschlecht M - männlich	5	!	X

W – weiblich U – unbekannt			
Prästationäre Behandlung 1= Ja, oder auch Anzahl der Tage (z. B. 3) 0=Nein	6	99	
Aufnahmedatum (Datum der Aufnahme in das Krankenhaus, Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] Uhrzeit optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	7	TT.MM.JJJJ 99:99:99	X
Haupt OP Datum	8	TT.MM.JJJJ 99:99:99	
Entlassungsdatum (Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus, Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] Uhrzeit optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	9	TT.MM.JJJJ 99:99:99	X
Aufnahmegrund nach § 301 (Schlüssel nach Schlüsselliste im Anhang)	10	9999	X
Entlassungsgrund QS Herzchirurgie (optional) (nur für herzchirurgische Projekte)	11	#####	
Entlassungsart nach § 301 (Schlüssel nach Schlüsselliste im Anhang)	12	999	X
Verweildauer prä. OP in Tagen (Tage von Aufnahme ins Krankenhaus bis Hauptop wenn OP)	13	9999	
Verweildauer post OP in Tagen (Tage von Hauptop bis Entlassung aus Krankenhaus wenn OP)	14	9999	
Verweildauer Intensiv in Tagen (Gesamtverweildauer auf Intensivstationen, kumuliert)	15	9999	
Verweildauer Intensivobservation in Tagen (Gesamtverweildauer auf Intensivobservationen wenn besondere Station für Observation vorhanden, kumuliert). Mit Observation ist auch eine besondere Wachstation gemeint, auf der nicht beatmet wird. Wenn die Patienten die nur überwacht werden mit den beatmeten auf der selben Station liegen, ist es die Intensivstation.	16	9999	
Verweildauer Pflegestation in Tagen (Gesamtverweildauer auf Normalstationen, kumuliert)	17	9999	
Beatmungszeit in Stunden (Beatmungszeit kumuliert wie Kodierrichtlinien)	18	9999	X
Beatmungszeit in Tagen (Beatmungszeit kumuliert wie Kodierrichtlinien <a href="http://www.dgkev.de">http://www.dgkev.de</a> )	19	9999	X
Aufnahmegewicht in Gramm (Nur bei Säuglingen, Alter <= 1 Jahr)	20	999999	X
Patientenstatus 1 = stationär 2 = teilstationär 3 = ambulant 4 = vorstationär 5 = nachstationär 6 = aufgenommene Begleitperson	21	9	X
Geburtsdatum (optional)	22	TT.MM.JJJJ	
Name des Patienten (optional)	23		
Vorname des Patienten (optional)	24		
Personenstamnummer (Pflichtfeld in einigen Projekten)	25		X

## Diagnosen

Hier werden alle Diagnosen zum Fall übergeben. Jede Diagnose ist ein Datensatz. Bei 3 Diagnosen werden also 3 Datensätze übergeben. Die gesamte Datei enthält alle Diagnosen zu allen Patienten im definierten

**Zeitraum.**

Beschreibung	Item Nr.	Format	Pflicht
Kliniknummer	1	999	X
Fallnummer	2	#####	X
ICD-Kode (offizielles ICD10-Format)	3	###.##	X
Version des ICD (1.3,2.0)	4	9.9	X
Diagnose Datum / Zeit (Datum und Uhrzeit der Diagnosestellung wenn vorhanden. Wenn kein Datum vorhanden, bitte auf Entlassungsdatum setzen. , Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] Uhrzeit optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	5	TT.MM.JJJJ 99:99:99	X
Fachabteilungskode nach § 301 (Schlüssel nach Schlüsseliste im Anhang)	6	9999	X
Fachabteilungsschlüssel des Hauses (Station / Fachabteilung wie Hausschlüssel)	7	#####	X
Diagnose Typ H-Hauptdiagnose N-Nebendiagnose D-DRG-Hauptdiagnose (eine pro Fall ist notwendig!)	8	#	X
Diagnose Art Aufnahme / Entlassung etc. AUF-Aufnahme VER-Verlegung ENT-Entlassung	9	###	X

**Prozeduren**

Hier werden alle OPS-Kodes zum Fall übergeben. Jeder OPS-Kode ist ein Datensatz. Bei 3 OPS-Kodes werden also 3 Datensätze übergeben. Die gesamte Datei enthält alle OPS-Kodes zu allen Patienten im definierten Zeitraum.

Beschreibung	Item Nr.	Format	Pflicht
Kliniknummer	1	999	X
Fallnummer	2	#####	X
OPS-301 Kode (offizielles ICD10-Format)	3	# ###.##	X
OPS-301 Version (1.1,2.0,2.1)	4	9.9	X
Datum / Zeit der Leistungserbringung (Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung. Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] Uhrzeit optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	5	TT.MM.JJJJ 99:99:99	X
Fachabteilungskode nach 301 (Schlüssel nach Schlüsseliste im Anhang)	6	####	X
Fachabteilungsschlüssel des Hauses (Station / Fachabteilung wie Hausschlüssel)	7	#####	X

**Episoden**

Hier werden alle Fachabteilungsaufenthalte zum Fall übergeben. Eine Episode geht von Aufnahme bis Entlassung in eine Fachabteilung. Jede Episode ist ein Datensatz. Bei 3 Episoden werden also 3 Datensätze übergeben. Die gesamte

Datei enthält alle Episoden zu allen Patienten im definierten Zeitraum.

Auch die Beurlaubung muss als Episode aufgeführt sein !

Beschreibung	Item Nr.	Format	Pflicht
Kliniknummer	1	999	X
Fallnummer	2	#####	X
Fachabteilungskode nach 301 (Schlüssel nach Schlüsseliste im Anhang)	3	###	X
Fachabteilungsschlüssel des Hauses (Station / Fachabteilung wie Hausschlüssel)	4	#####	X
1 = Normalstation (normale Pflegestation) 2 = Intensivobservation (wenn als extra Station vorhanden) 3 = Intensivtherapie (	5	#	X
Aufnahmedatum Datum und Uhrzeit der Aufnahme in die Fachabteilung Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] Uhrzeit optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	6	TT.MM.JJJJ 99:99:99	X
Entlassungsdatum Datum und Uhrzeit der Entlassung aus der Fachabteilung Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	7	TT.MM.JJJJ 99:99:99	X
Verweildauer in der Episode in Tagen (in vollen Tagen angegeben)	8	999	
Verweildauer in der Episode in Stunden (auf volle Stunden gerundet)	9	999	

### Sonderentgelte / Fallpauschalen

Hier werden alle abgerechneten Fallpauschalen / Sonderentgelte zum Fall übergeben. Jedes abgerechnete Entgelt ist ein Datensatz. Bei 3 abgerechneten Sonderentgelten werden also 3 Datensätze übergeben. Die gesamte Datei enthält alle abgerechneten Entgelte zu allen Patienten im definierten Zeitraum.

Beschreibung	Item Nr.	Format	Pflicht
Kliniknummer	1	999	X
Fallnummer	2	#####	X
SE oder FP SON = Sonderentgelt FP = Fallpauschale	3	###	
SE/FP (Ziffer des Sonderentgeltes bzw. der Fallpauschale wie Katalogziffer mit führenden Nullen bei einstelligen SE/FP, z. B. 01.01)	4	99.999	
Leistungsdatum (Datum der Leistungserbringung + Uhrzeit, wenn vorhanden) Uhrzeit [Stunde:Minute: Sekunde – Beispiel: 07:10:02] Uhrzeit optional, kann ganz wegbleiben, wenn nicht vorhanden)	5	TT.MM.JJJJ 99:99:99	

### 8.4.2 Schlüssel

#### Schlüssel 1: Aufnahmegrund

1. u. 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	- frei -
	07	Wiederaufnahme wegen Komplikationen (Fallpauschale)
	08	- frei -
	09	- frei -
3. u. 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
	05	- frei -
	06	Kriegsbeschädigten-Leiden / BVG-Leiden
	07	Notfall
Bei Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers: 21 bis 27 anstelle 01 bis 07		

### Schlüssel 5: Entlassungs-/Verlegungsgrund

1. u. 2. Stelle	
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 (§ 14 Abs. 5 Satz 2)
09	Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10	Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11	Entlassung in ein Hospiz
12	interne Verlegung
3. Stelle	
1	arbeitsfähig entlassen
2	arbeitsunfähig entlassen
9	keine Angabe

### Schlüssel 6: Fachabteilungen (BPfIV)

1. bis 4. Stelle	
0100	Innere Medizin
0200	Geriatric
0300	Kardiologie
0400	Nephrologie
0500	Hämatologie und internistische Onkologie
0600	Endokrinologie
0700	Gastroenterologie
0800	Pneumologie
0900	Rheumatologie
1000	Pädiatrie
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatalogie
1300	Kinderchirurgie
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde
1500	Allgemeine Chirurgie
1600	Unfallchirurgie



---

1700	Neurochirurgie
1800	Gefäßchirurgie
1900	Plastische Chirurgie
2000	Thoraxchirurgie
2100	Herzchirurgie
2200	Urologie
2300	Orthopädie
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500	Geburtshilfe
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700	Augenheilkunde
2800	Neurologie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3400	Dermatologie
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600	Intensivmedizin
	Ergänzung
2425	Frauenheilkunde
3700	Sonstige Fachabteilung
Hinweis: Der Fachabteilungsschlüssel wird bei Bedarf fortgeschrieben	

## Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten

Sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V zwischen den Vertragsparteien vereinbart wurde, können die Fachabteilungen wie folgt verschlüsselt werden:

1. bis 4. Stelle	Fachabteilungen
0102	Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
0103	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
0104	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
0105	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
0106	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
0107	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
0108	Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
0109	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
0114	Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0151	Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
0152	Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
0153	Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
0154	Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
0156	Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
0224	Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0260	Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0261	Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0607	Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610	Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0706	Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0910	Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1004	Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005	Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006	Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007	Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009	Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012	Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014	Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028	Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050	Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051	Langzeitbereich Kinder
1136	Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie

1516	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523	Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536	Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz)
1550	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
2021	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2120	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz)
2150	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2309	Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315	Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2402	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406	Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856	Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
2928	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952	Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2960	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2961	Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3060	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061	Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3233	Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3305	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350	Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3460	Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3601	Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603	Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618	Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621	Intensivmedizin/Schwerpunkt Herzchirurgie
3622	Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624	Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626	Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628	Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650	Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651	Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652	Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3750	Angiologie
3751	Radiologie
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung

3755	Wirbelsäulenchirurgie
9999	Kode für Beurlaubung

### Fachabteilungen ohne Differenzierung nach Schwerpunkten oder mit sonstigen Spezialisierungen

1. und 2. Stelle	=	1. und 2. Stelle des Fachabteilungsschlüssels (01 bis 37)
3. und 4. Stelle	a) b) c) d)	'00' '90' '91' '92'
	Beispiele:	
	0100	Innere Medizin A
	0190	Innere Medizin B
	(0191	Innere Medizin C)
	(0192	Innere Medizin D)
	1500	Chirurgie I
	1590	Chirurgie II
	(1591	Chirurgie III)
	(1592	Chirurgie IV)

#### Hinweis:

Zusätzlich zu '00' kann in der 3. und 4. Stelle '90' bis '92' individuell genutzt werden, um spezialisierte Fachabteilungen zu verschlüsseln, für die kein bundeseinheitlicher Fachabteilungsschlüssel vorgesehen ist. Bei dieser Differenzierung von Fachabteilungen kommt es im Rahmen der Datenübermittlung nicht auf die exakte Benennung der Art der Spezialisierung oder des Schwerpunktes der Fachabteilung an. Voraussetzung für das Verfahren ist, dass die Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam die oben beschriebene Festlegung der Fachabteilungsschlüssel vornehmen. Fachabteilungsschlüssel, bei denen 50 % APS-intensiv abgerechnet werden kann und deren Abteilungspflegesätze bei gleichzeitiger Abrechnung eines Sonderentgeltes nicht um 20% zu ermäßigen sind:

1136	Kinderkardiologie/Intensivmedizin
1536	Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz)
2021	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036	Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050	Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2120	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136	Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz)
2150	Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
36xx	Intensivmedizin