DRG-Evaluationsprojekt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Abbildungsqualität stationärer Therapien der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems

Eine prospektive Untersuchung der DRG-Research-Group,

Universitätsklinikum Münster

Dominik Franz
Norbert Roeder
Jürgen Alberty

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

Berufsverband Deutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte e. V.

Franz, Dominik:

DRG Evaluationsprojekt Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie: Abbildungsqualität stationärer Therapien der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems / Dominik Franz, Norbert Roeder, Jürgen Alberty – Münster, Schüling Verlag, 2005

ISBN: 3-86523-035-0

Dr. med. Dominik Franz
Prof. Dr. med. Norbert Roeder
DRG-Research-Group
Universitätsklinikum Münster
der Westfälischen-Wilhelms-Universität
Domagkstr. 20, 48129 Münster
http://www.drg-research.de

Priv.-Doz. Dr. med. J. Alberty
Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde
Universitätsklinikum Münster
der Westfälischen-Wilhelms-Universität
Kardinal-von-Galen-Ring 10
48129 Münster

Münster 2005

SCHÜLING VERLAG

ISBN 3-86523-035-0

Danksagung

Den Mitgliedern der wissenschaftlichen Fachgesellschaft, des Berufsverbandes sowie der Vereinigungen der HNO-Ordinarien und -Chefärzte sei für die Unterstützung des Projektes ebenso herzlich gedankt wie den Kollegen und sonstigen Mitarbeitern der teilnehmenden Kliniken für ihre engagierte Mitarbeit bei der Erhebung der Daten.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 1

1.1 Notwendigkeit des DRG-Evaluationsprojektes ... 2
1.2 DRG-Projekt mit Daten aus deutschen Krankenhäusern ... 2
1.3 Projektziele ... 3
1.4 Projektträger ... 5
1.5 Beteiligte Kliniken ... 5
1.6 DRG-Grundlagen ... 8

2 Methodik ... 11

2.1 Vorbereitungsphase ... 11
2.1.1 Erstellung eines Kodierleitfadens ... 12
2.1.2 Bewertung der Leistungen mit Aufwandäquivalenten ... 13
2.1.3 Aufwandsklassen ... 19
2.2 Datenerhebung ... 20
2.2.1 Erhebungszeiträume ... 20
2.2.2 Datenerhebung und Bereitstellung ... 21
2.2.3 Erzeugung der Exportdatei für die Schnittstelle des DRG-Managers ... 23
2.2.4 Betreuung der Projektkliniken ... 23
2.3 Datenanalyse ... 24
2.3.1 Leistungshomogenität ... 24
2.3.2 Verweildauerhomogenität ... 25
2.3.3 Kostenhomogenität ... 25
2.3.4 Einfluss der Kodierung auf die ökonomische Homogenität ... 26
2.3.5 Überprüfung, Korrektur und Ausschluss von Datensätzen ... 27
2.4 Software ... 31
2.5 Ergebnisdarstellungen ... 31
2.5.1 Klinische Profile ... 31

3 Ergebnisse ... 39

3.1 Retrospektive Stichprobe ... 39
3.1.1 Stichprobenumfang ... 39
3.1.2 Altersverteilung ... 41
3.1.3 Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL) ... 44
3.1.4 Hauptdiagnosekategorien ... 47
3.1.5 Top-20-G-DRGs ... 49
3.1.6 Case-Mix-Index ... 51
3.2 Prospektive Stichprobe ... 54

3.2.1 Stichprobenumfang 54
3.2.2 Alters- und Geschlechtsverteilung....56
3.2.3 Patientenbezogener Gesamtschweregrad....59
3.2.4 Hauptdiagnosekategorien 62
3.2.5 Top-G-DRGs 64
3.2.6 Top-20 Hauptdiagnosen....66
3.2.7 Top-Nebendiagnosen....68
3.2.8 Top-20 gruppierungsrelevante OPS-Prozeduren....70
3.2.9 Sonderdokumentation 72
3.2.10 Qualifikation des Operateurs....73
3.2.11 Case-Mix-Index 74
3.3 Sekundärergebnis – Nutzen für die teilnehmenden Kliniken 75

4 Detailbetrachtung der Top-Projekt-DRGs 77

4.1 D30Z Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC....79
4.1.1 Basisanalyse 79
4.1.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 80
4.1.3 Subgruppenanalyse 81
4.1.4 Empfehlung 85
4.2 D06Z Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen 86
4.2.1 Basisanalyse 86
4.2.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 87
4.2.3 Subgruppenanalyse 88
4.2.4 Empfehlung 91
4.3 D66Z Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals 92
4.3.1 Basisanalyse 92
4.3.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 93
4.3.3 Subgruppenanalyse 94
4.3.4 Empfehlung 96
4.4 D10Z Verschiedene Eingriffe an der Nase....97
4.4.1 Basisanalyse 97
4.4.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 98
4.4.3 Subgruppenanalyse 98
4.4.4 Empfehlung 101
4.5 E63Z Schlafapnoesyndrom....102
4.5.1 Basisanalyse 102
4.5.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 103
4.5.3 Subgruppenanalyse 104
4.5.4 Empfehlung 104

© DRG-Research-Group 2005

4.6 D13Z Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals 106
4.6.1 Basisanalyse 106
4.6.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 107
4.6.3 Subgruppenanalyse 107
4.6.4 Empfehlung 108
4.7 D60B Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC 110
4.7.1 Basisanalyse 110
4.7.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 111
4.7.3 Subgruppenanalyse 112
4.7.4 Empfehlung 114
4.8 D61Z Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) 115
4.8.1 Basisanalyse 115
4.8.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 116
4.8.3 Subgruppenanalyse 117
4.8.4 Empfehlung 118
4.9 D63Z Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege 119
4.9.1 Basisanalyse 119
4.9.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 120
4.9.3 Subgruppenanalyse 121
4.9.4 Empfehlung 123
4.10 D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals 124
4.10.1 Basisanalyse 124
4.10.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 125
4.10.3 Subgruppenanalyse 125
4.10.4 Empfehlung 128
4.11 D62Z Epistaxis 129
4.11.1 Basisanalyse 129
4.11.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 130
4.11.3 Subgruppenanalyse 130
4.11.4 Empfehlung 131
4.12 D65Z Verletzung und Deformität der Nase 133
4.12.1 Basisanalyse 133
4.12.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 134
4.12.3 Subgruppenanalyse 134
4.12.4 Empfehlung 136
4.13 D05Z Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen 138
4.13.1 Basisanalyse 138
4.13.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 139
4.13.3 Subgruppenanalyse 139

4.13.4 Empfehlung ... 142
4.14 X63Z Folgen einer medizinischen Behandlung ... 143
4.14.1 Basisanalyse ... 143
4.14.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 144
4.14.3 Subgruppenanalyse ... 145
4.14.4 Empfehlung ... 146
4.15 D24Z Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ... 147
4.15.1 Basisanalyse ... 147
4.15.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 148
4.15.3 Subgruppenanalyse ... 148
4.15.4 Empfehlung ... 151
4.16 D60A Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC ... 152
4.16.1 Basisanalyse ... 152
4.16.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 153
4.16.3 Subgruppenanalyse ... 154
4.16.4 Empfehlung ... 156
4.17 J64C Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose ... 158
4.17.1 Basisanalyse ... 158
4.17.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 159
4.17.3 Subgruppenanalyse ... 160
4.17.4 Empfehlung ... 161
4.18 G49Z Koloskopie und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage ... 162
4.18.1 Basisanalyse ... 162
4.18.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 163
4.18.3 Subgruppenanalyse ... 164
4.18.4 Empfehlung ... 166
4.19 Z64Z Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ... 167
4.19.1 Basisanalyse ... 167
4.19.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 168
4.19.3 Subgruppenanalyse ... 169
4.19.4 Empfehlung ... 171
4.20 D25Z Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ... 172
4.20.1 Basisanalyse ... 172
4.20.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe ... 173
4.20.3 Subgruppenanalyse ... 174
4.20.4 Empfehlung ... 177

© DRG-Research-Group 2005

4.21 B71D Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie 178
4.21.1 Basisanalyse 178
4.21.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 179
4.21.3 Subgruppenanalyse 180
4.21.4 Empfehlung 181
4.22 D09Z Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC 182
4.22.1 Basisanalyse 182
4.22.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 183
4.22.3 Subgruppenanalyse 183
4.22.4 Empfehlung 186
4.23 Z01B OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC 187
4.23.1 Basisanalyse 187
4.23.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 188
4.23.3 Subgruppenanalyse 189
4.23.4 Empfehlung 189
4.24 D22Z Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung 191
4.24.1 Basisanalyse 191
4.24.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 192
4.24.3 Subgruppenanalyse 192
4.24.4 Empfehlung 194
4.25 D67Z Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung 195
4.25.1 Basisanalyse 195
4.25.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 196
4.25.3 Subgruppenanalyse 196
4.25.4 Empfehlung 199
4.26 E02B Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen außer bei Lungenembolie, ohne äußerst schweren CC 200
4.26.1 Basisanalyse 200
4.26.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 201
4.26.3 Subgruppenanalyse 202
4.26.4 Empfehlung 204
4.27 901D Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule 205

4.28 R12C Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur 206
4.28.1 Basisanalyse 206
4.28.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 207
4.28.3 Subgruppenanalyse 208
4.28.4 Empfehlung 210
4.29 Q03Z Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems 211
4.29.1 Basisanalyse 211
4.29.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 212
4.29.3 Subgruppenanalyse 213
4.29.4 Empfehlung 215
4.30 X06C Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen, Alter < 66 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC 216
4.30.1 Basisanalyse 216
4.30.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe 217
4.30.3 Subgruppenanalyse 217
4.30.4 Empfehlung 218

5 DRG-übergreifende Probleme der Abbildungsqualität 221

5.1 Eingriffe am Ohr, Ohrschädel und der Nase 221
5.2 Probleme der Leistungsabbildung.....224
5.3 Endoskopien 227

6 Vorschläge zur Anpassung des G-DRG-Systems 229

6.1 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D12Z im G-DRG-System 2006 229
6.1.1 Problembeschreibung 229
6.1.2 Lösungsmöglichkeit..... 230
6.2 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung von Fällen mit konservativ behandeltem Nasenbluten (Epistaxis) im G-DRG-System 2006 231
6.2.1 Problembeschreibung 231
6.2.2 Lösungsmöglichkeit..... 232
6.3 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung von Fällen mit akutem Hörverlust (D66Z) im G-DRG-System 2006 234
6.3.1 Problembeschreibung 234
6.3.2 Lösungsmöglichkeit..... 235
6.4 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung des G-DRG-Algorithmus innerhalb der MDC03 bezgl. der G-DRGs D12Z und D13Z.....236
6.4.1 Problembeschreibung 236

 © DRG-Research-Group 2005

6.4.2 Lösungsmöglichkeit 237
6.5 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D12Z im G-DRG-System 2006 238
6.5.1 Problembeschreibung 238
6.5.2 Lösungsmöglichkeit 239
6.6 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D24Z im G-DRG-System 2006 240
6.6.1 Problembeschreibung 240
6.6.2 Lösungsmöglichkeit 241
6.7 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D25Z im G-DRG-System 2006 242
6.7.1 Problembeschreibung 242
6.7.2 Lösungsmöglichkeit 243
6.8 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung diagnostischer Endoskopien und endoskopischer Eingriffe im G-DRG-System 2006 244
6.8.1 Problembeschreibung 244
6.8.2 Lösungsmöglichkeit 247
6.9 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung der Eingriffe an der Nase im G-DRG-System 2006 251
6.9.1 Problembeschreibung 251
6.9.2 Lösungsmöglichkeit 253
6.10 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung der Eingriffe an Nasennebenhöhlen (NNH) im G-DRG-System 2006 261
6.10.1 Problembeschreibung 261
6.10.2 Lösungsmöglichkeit 262
6.11 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung der Eingriffe an Mastoid und Ohr im G-DRG-System 2006 272
6.11.1 Problembeschreibung 272
6.11.2 Lösungsmöglichkeit 274
6.12 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung von Fällen mit komplexen Eingriffen an den Speicheldrüsen (G-DRG D05Z) im G-DRG-System 2006 290
6.12.1 Problembeschreibung 290
6.12.2 Lösungsmöglichkeit 291
6.13 Anpassungsvorschlag zur Neuzuordnung des OPS-Kodes 5-293.1 Pharyngoplastik mit gestieltem myokutanen Lappen im G-DRG-System 2006 293
6.13.1 Problembeschreibung 293
6.13.2 Lösungsmöglichkeit 294

6.14 Anpassungsvorschlag zur Zuordnung bisher nicht gruppierungsrelevanter Prozeduren im G-DRG-System 2006 295
6.14.1 Problembeschreibung 295
6.14.2 Lösungsmöglichkeit 295

7 Vorschläge zur Anpassung des OPS-Kataloges 297

7.1 Rhinochirurgische Eingriffe 297
7.2 Eingriffe an den Nasennebenhöhlen 302
7.3 Otochirurgische Eingriffe 308
7.4 Ösophagotracheale Fistel / Stimmprothese 316
7.5 Überarbeitung der Zusatzkennzeichen zur Lokalisationsangabe 319

8 Zusammenfassung und Ausblick 323

9 Anhang 325

9.1 Literaturverzeichnis 325
9.2 Abkürzungsverzeichnis 326
9.3 Schnittstellenbeschreibungen 327
9.3.1 Schnittstelle gemäß §21 KHEntgG 327
9.3.2 Schnittstelle der Projektsoftware „DRG-Manager“ 327
9.3.3 Projektunterlagen: Erfassungsbogen 328
9.3.4 Projektunterlagen: Manual zum Erfassungsbogen 331

© DRG-Research-Group 2005

1 Einleitung

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Grundlage zur Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs) gelegt. Die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen wählten das australische AR-DRG-System als Basis für das deutsche G-DRG-System aus. Insbesondere durch die ausgefeilte Systematik der Schweregradabbildung boten die australischen AR-DRGs im Vergleich mit anderen international eingesetzten DRG-Systemen eine gute Grundlage für eine sachgerechte Fallzuordnung.

Das deutsche G-DRG-System ist als lernendes System konzipiert. Die Selbstverwaltung und das BMGS erkannten die Notwendigkeit, externen Sachverstand im Sinne einer qualifizierten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems einzubinden. Das von der Selbstverwaltung gegründete und mit der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems betraute Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) implementierte einen so genannten „strukturierten Dialog“ zur Einbindung medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes. Fachgesellschaften, Verbände aber auch Einzelpersonen können Vorschläge zur Anpassung des G-DRG-Systems vorbringen. Aus der nunmehr dritten Anpassungsphase im Rahmen des strukturierten Dialoges ist das umfassend überarbeitete G-DRG-System der Version 2005 hervorgegangen. Zeitgleich wurden die Klassifikationssysteme für Diagnosen (ICD-10-GM 2005) und für Prozeduren (OPS 301 Version 2005) den wachsenden Anforderungen des G-DRG-Systems angepasst. Mit der Version 2005 konnten wesentliche Problembereiche der pauschalierten Abbildung medizinischer Leistungen der HNO-Heilkunde – wie zum Beispiel die der Onkochirurgie – konstruktiv weiter verbessert werden

Dennoch bleiben insbesondere für das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie noch wesentliche Problembereiche ungelöst. Dies gilt insbesondere für die mit sehr hohen Fallzahlen verbundenen Bereiche der Nasennebenhöhlenchirurgie, der Rhino- und Otochirurgie sowie bei der Abbildung von endoskopischen Prozeduren. Hier bestehen weiterhin erhebliche Zweifel an einer sach- und leistungsgerechten Abbildungsqualität dieser Leistungen.

Die Lösung dieser Abbildungsproblematiken ist vor allem auch im Hinblick auf das Ende der budgetneutralen Phase und den Beginn der Konvergenzphase am 01.01.2005 dringlich geboten. Innerhalb der Konvergenzphase kommt es zu einer Angleichung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an einen Durchschnittswert auf Bundeslandebene.

1.1 Notwendigkeit des DRG-Evaluationsprojektes

Die Einführung des DRG-Systems in Deutschland hat insbesondere auf Krankenhausseite eine große Verunsicherung hervorgerufen, welche speziell aus der Befürchtung resultiert, dass sich die in Deutschland praktizierten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht sachgerecht mit einem DRG-System abbilden und vergüten lassen. Viele medizinische Fachgesellschaften haben DRG-Arbeitsgruppen gegründet, die sich der kompetenten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und der konstruktiven Unterstützung der Selbstverwaltung widmen. Auch innerhalb des G-DRG-Systems sind trotz der umfassenden Veränderung der Version 2005 gegenüber den Vorgängerversionen 2004 und 1.0 noch einige wesentliche Fragen, wie z. B. die Darstellung der unterschiedlichen Komplexität operativer Eingriffe, multidisziplinärer Behandlungsfälle, aufwändiger Mehrfachleistungen, die Berücksichtigung von Kompetenzzentren und Spezialkliniken sowie die Abbildung von Innovationen nicht abschließend geregelt werden. Darüber hinaus bedarf es auch auf der Ebene der Klassifikationssysteme für Diagnosen und Prozeduren noch erhebliches Weiterentwicklungspotenzial, um Differenzierungen des Ressourcenaufwandes bereits auf der Ebene der einzelnen Kodes zu ermöglichen. Entsprechende Anpassungen der Klassifikationssysteme sind das Fundament der sachgerechten G-DRG-Differenzierung.

Daher muss für jedes medizinische Fachgebiet im Sinne einer Bestandsaufnahme festgestellt werden, inwieweit dessen in Deutschland üblichen Behandlungsabläufe im deutschen DRG-System hinreichend abgebildet sind oder ob und wo Anpassungen zur Berücksichtigung der deutschen Behandlungswirklichkeit, der deutschen Versorgungsstrukturen und des G-DRG-Finanzierungsansatzes erfolgen müssen. Die Frage ist, ob Leistungen unterschiedlicher Krankenhäuser überhaupt auf der Basis der DRGs so vergleichbar sind, dass die politische Forderung – „gleicher Preis für gleiche (DRG-) Leistung“ – umsetzbar ist. Die DRG-Fallgruppen sollen die Basis zur „Produktbeschreibung“ (DRG-Fallgruppe) und Preiszuordnung (DRG-Bewertungsrelation) für die Behandlung an deutschen Krankenhäusern bilden. Daher ist die gewissenhafte Überprüfung sowie Auslotung der Schwachstellen und Grenzen der G-DRGs für jeden einzelnen Fachbereich von großer Bedeutung.

1.2 DRG-Projekt mit Daten aus deutschen Krankenhäusern

Um qualifizierte Aussagen zu Abbildungsproblemen treffen zu können, müssen mögliche Defizite unter der Nutzung deutscher Daten wissenschaftlich untersucht werden, wobei zu evaluieren ist, wie sich die im Fachgebiet behandelten Fälle im G-DRG-System der Version 2005 abbilden. Dabei sind die für 2005 gültigen DRG Bewertungsrelationen nur von sekundärem Interesse. Wesentlich ist die Überprüfung der medizinischen und ökonomischen

© DRG-Research-Group 2005

Homogenität innerhalb der G-DRG-Fallgruppen. Nur aufgrund einer solchen Datenlage kann der Nachweis vermuteter Defizite der Abbildung von Behandlungsleistungen aus dem Fachgebiet im G-DRG-System erfolgen und der Politik sowie der Selbstverwaltung aufgezeigt werden. Dieser Nachweis wird von Seiten der Politik vorausgesetzt, wenn Anpassungen des G-DRG-Systems gefordert werden.

Je unzutreffender die G-DRGs die Behandlungen an den deutschen Krankenhäusern und ihren Fachabteilungen abbilden, desto höher wird die Gefahr, dass es bei einer Nutzung der G-DRGs als direkt budgetwirksames Abrechnungsinstrument zu erheblichen Verwerfungen zu Lasten verschiedener Fachbereiche kommt. Dies ist nicht nur von den Bewertungsrelationen, sondern insbesondere auch von den Abrechnungsregeln abhängig, die für die Anwendung des G-DRG-Systems als Krankenhausfinanzierungsinstrument gelten.

1.3 Projektziele

Im Rahmen dieses Projektes wurden stationär in HNO-Haupt- und -Belegabteilungen behandelte Patienten systematisch hinsichtlich ihres Behandlungsaufwandes untersucht. Hierbei wurden auch Patienten einbezogen, die mindestens einmal während Ihres stationären Aufenthaltes in einer HNO-Haupt- oder Belegabteilung gelegen haben und dann in weitere Fachabteilungen des gleichen Hauses verlegt wurden oder aus diesen in die HNO-Haupt- oder Belegabteilung zugewiesen wurden. Teilstationäre und ambulante Aufenthalte wurden nicht systematisch erfasst.

Ziel des Projektes war es, die medizinische und ökonomische Homogenität der G-DRG-Fallgruppen zu überprüfen. Über die seitens der Selbstverwaltung koordinierte Kostenkalkulation hinaus, sollten zusätzliche Informationen gewonnen werden, die zukünftig eine bessere Abgrenzung aufwändiger, im G-DRG-System nicht korrekt abgebildeter Fallkonstellationen zulassen könnten. Die prospektive Erfassung von Aufwandsdaten anhand eines speziell für dieses Projekt erstellten „Erfassungsbogens“ (Abschnitt 9.3.3) nahm hierbei eine Schlüsselstellung ein. Es wurde überprüft, ob die einer bestimmten G-DRG zugeordneten Behandlungsfälle (gruppiert mit einem vom InEK zertifizierten G-DRG-Gruppierungsprogramm [Grouper]), hinsichtlich des Aufwandes, der Verweildauer sowie medizinischer Kriterien (Diagnosen, erbrachte Leistungen) homogen verteilt waren.

Im Rahmen des Projektes sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Wird die in Deutschland gängige Behandlungspraxis in der HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in den G-DRGs abgebildet?
- Ist die Komplexität chronisch oder mehrfacherkrankter Patienten hinreichend berücksichtigt?
- Wird die Komplexität der Grunderkrankung ausreichend berücksichtigt?
- Werden moderne Therapieverfahren korrekt abgebildet?
- Welche Mängel existieren und welche Fachbereiche bzw. Spezialgebiete werden nicht oder nicht korrekt berücksichtigt?
- Werden insbesondere die häufigen und besonders aufwändigen Fälle eines Fachgebietes in zutreffender Differenzierung eingruppiert?
- Warum erfolgte keine sachgerechte Eingruppierung (Kodierqualität, Mängel der Prozeduren- und Diagnosenschlüssel etc.)?
- Wie ist das Verhältnis von komplexen zu weniger komplexen Fällen und werden diese korrekt differenziert?
- Wie sind die Schweregradgruppen belegt und bilden sie das Morbiditätsprofil der Patienten in geeigneter Weise ab?
- Welche Veränderungen sind notwendig, um die G-DRGs der Version 2005 unter Berücksichtigung der deutschen Behandlungspraxis zu modifizieren?

Das Projekt sollte Schwachpunkte auf der Ebene der Klassifikationssysteme ebenso aufdecken wie die darauf basierende Abbildung der Behandlungsfälle im G-DRG-System. Basierend auf den Ergebnissen sollten Vorschläge zur Beseitigung dieser Schwachpunkte entwickelt werden. Ferner sollten aufgrund der Homogenitätsprüfung ein Kriterienkatalog für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erarbeitet werden, welcher in das Kalkulations- und Adaptationsverfahren auf der Selbstverwaltungsebene eingebracht werden kann. Wenn möglich, sollten konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Homogenität unterbreitet werden.

Ziel des Projektes war es nicht, einen DRG-Erlösvergleich mit deutschen Erlösbewertungen durchzuführen, oder die Effizienz von verschiedenen Kliniken zu vergleichen.

© DRG-Research-Group 2005

1.4 Projektträger

Das DRG-Evaluationsprojekt wurde gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie und dem Berufsverband Deutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte e. V. in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster durchgeführt. Die Auftaktveranstaltung fand am 21.01.2004 in Köln statt. Es wurde eine Projektlenkungsgruppe gebildet, der folgende Personen angehörten:

Für die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	
Prof. Dr. K. Hörmann	Universitäts-HNO-Klinik Mannheim
PD Dr. J. Alberty	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Universitätsklinikum Münster
Für die DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster	
Dr. D. Franz	DRG-Research-Group Münster
Prof. Dr. N. Roeder	DRG-Research-Group Münster

Tabelle 1-1 Mitglieder der Projektlenkungsgruppe

Die 3. DRG Arbeitstagung der DRG Kommission der DGHNOKHC am 2.12.2004 in Mannheim diente u. a. dem Informationsaustausch über die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems von der Version 2004 zur Version 2005 auf der Ebene der G-DRGs sowie auf der Ebene der Diagnosen- (ICD-10-GM 2005) und Prozedurenklassifikationssysteme (OPS-301 der Version 2005).

Basierend auf den Analyseergebnissen des Projektes wurden 14 Anpassungsvorschläge für Änderungen des G-DRG-Systems 2006 sowie fünf Anpassungsvorschläge für Änderungen des Prozedurenklassifikationssystems (OPS 2006) erarbeitet, konsentiert und fristgerecht zum 31.03.2005 durch die DGHNOKHC beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eingereicht.

1.5 Beteiligte Kliniken

Insgesamt hatten 31 HNO-Haupt- und 10 HNO-Belegabteilungen ihre Teilnahme am Projekt zugesagt. Zwei HNO-Hauptabteilungen meldeten sich ausschließlich zur Teilnahme für die retrospektive Projektphase an. Eine HNO-Hauptabteilung zog während des Projektverlaufes ihre Teilnahme an der prospektiven Projektphase zurück. Die prospektiven Daten einer HNO-Hauptabteilung und einer HNO-Belegabteilung wurden aufgrund einer nicht ausreichenden Datenqualität nicht in die prospektiven Projektauswertungen einbezogen. Fünf HNO-Belegabteilungen lieferten retrospektiven Daten und vier prospektiven Daten. Zwei

HNO-Belegabteilungen lieferten weder retro- noch prospektive Daten, ohne jedoch ihre Projektteilnahme zurückzuziehen.

So standen für die retrospektive Analyse Daten aus 29 HNO-Haupt- und fünf –Belegabteilungen zur Verfügung. Für die prospektive Datenanalyse waren es 27 HNO-Haupt- und drei –Belegabteilungen. Die an der prospektiven Projektphase teilnehmenden Hauptabteilungen gliederten sich in 12 universitäre und 15 nicht-universitäre Einrichtungen.

Teilnehmende HNO-Hauptabteilungen	**Ort**	**Retro-Daten**	**Pro-Daten**
Klinikum Augsburg, HNO-Klinik	Augsburg	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Bonn	Bonn	X	X
Städtisches Klinikum Braunschweig, HNO-Klinik	Braunschweig	X	X
Krankenhaus St. Joseph-Stift GmbH, HNO-Klinik	Bremen	X	X
Städtisches Klinikum Dortmund, HNO-Klinik	Dortmund	X	X
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt	Dresden	X	
Universitäts-HNO-Klinik Essen	Essen	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Freiburg i. Br.	Freiburg	X	
Universitäts-HNO-Klinik Gießen	Gießen	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Halle	Halle	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Hamburg Eppendorf	Hamburg	X	X
Klinikum Hannover, Krankenhaus Nordstadt, HNO-Klinik	Hannover	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Heidelberg	Heidelberg	X	X
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, HNO-Klinik	Kiel	X	
Kath. Klinikum gGmbH, Haus Marienhof, HNO-Klinik	Koblenz	X	X
Krankenhaus Köln-Holweide, HNO-Klinik	Köln	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Leipzig	Leipzig	X	X
Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck, HNO-Klinik	Lübeck	X	X
Städtisches Klinikum Magdeburg, HNO-Klinik	Magdeburg	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Mannheim	Mannheim	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Münster	Münster	X	X
Klinikum Oldenburg, HNO-Klinik	Oldenburg		X
Marienhospital Osnabrück	Osnabrück	X	X
Klinikum Pirna, HNO-Klinik	Pirna	X	X
Prosper Hospital Recklinghausen, HNO-Klinik	Recklinghausen	X	
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH, HNO-Klinik	Ribnitz-Damgarten	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Rostock	Rostock	X	X
Kreiskrankenhaus Stollberg GmbH, HNO-Klinik	Stollberg	X	X
Klinikum Stuttgart, Katharinenhospital	Stuttgart	X	X
Universitäts-HNO-Klinik Tübingen	Tübingen	X	X
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH, HNO-Klinik	Wiesbaden	X	X

Tabelle 1-2 Teilnehmende HNO-Hauptabteilungen,, retro- und prospektiver Dateneingang

© DRG-Research-Group 2005

Teilnehmende HNO-Belegabteilungen	Ort	Retro-Daten	Pro-Daten
Dr. W. Lotte	Iserlohn	X	
Prof. Dr. Matschke	Hannover	X	
Dr. Rantin	Hamm	X	
Dr. Tolsdorff	Bad Honef		X
Dr. Schauwienold	Heide		X
Dr. Fronz, Dr. Keller	Moers	X	
Dr. Spicker, Dr. Strote	Moers	X	
Praxisklinik Kiel	Kiel		X

Tabelle 1-3 Teilnehmende HNO-Belegabteilungen,, retro- und prospektiver Dateneingang

Die Fälle der Haupt- und der Belegabteilungen wurden in allen Analysen separat untersucht. Diese Trennung orientiert sich an der Struktur des Fallpauschalen-Kataloges, der getrennte Abschnitte für Hauptabteilungs- und Belegabteilungs-DRGs vorsieht.

Die geographische Verteilung der Teilnehmer an der prospektiven Stichprobe zeigt Abbildung 1-1.

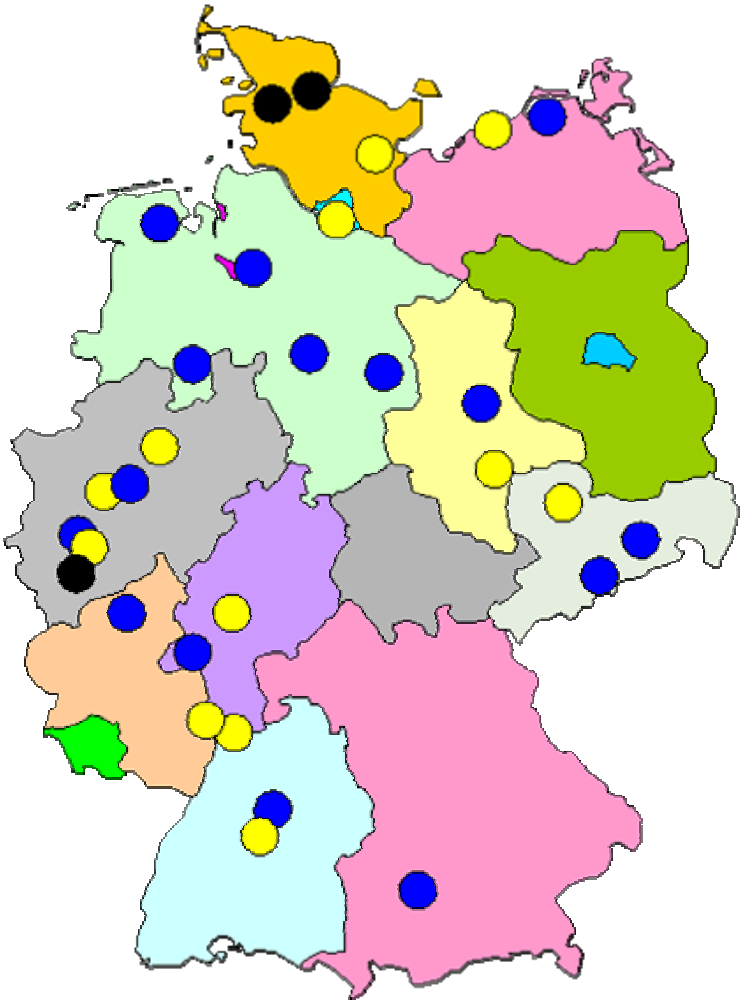

Abbildung 1-1 Prospektive Stichprobe: Geographische Verteilung der teilnehmenden Projektkliniken

1.6 DRG-Grundlagen

DRGs (Diagnosis Related Groups) sind diagnosebezogene Fallgruppen, die zur krankheitsbezogenen Klassifikation von Patienten verwendet werden. Die Patienten werden unter Berücksichtigung ihrer kodierten Haupt- und Nebendiagnosen und Leistungen sowie weiterer Kriterien wie Alter, Entlassungsstatus und Aufenthaltsdauer, einer einzelnen DRG zugeordnet. Patienten mit vergleichbaren Krankheitsbildern werden in einer DRG zusammengefasst. Damit die Behandlungsfälle der richtigen DRG im System zugeordnet werden können, müssen sie vollständig und regelrecht kodiert sein.

Für die Zuordnung werden die nach ICD-10 kodierten Diagnosen sowie die nach der deutschen Prozedurenklassifikation OPS-301 kodierten Leistungen herangezogen. Primäres Zuordnungskriterium ist dabei die Hauptdiagnose, die den Patienten in eine von 23 verschiedenen, überwiegend organgebietsbezogenen Hauptdiagnosekategorien (MDCs = Major Diagnostic Categories) führt. In der weiteren Zuordnung kommen dann die nach OPS-301 kodierten Leistungen zur Anwendung. Innerhalb der DRGs gibt es verschiedene Schweregradstufen, die auf Basis der kodierten Nebendiagnosen (Komorbiditäten und Komplikationen) aber auch aufgrund der unterschiedlichen Komplexität operativer Eingriffe oder anderer komplizierender Eingriffe und/oder Diagnosen ermittelt werden.

Das G-DRG-System kennt insgesamt sieben Fehler-DRGs, in die Patienten mit Operationen, die nicht mit der Hauptdiagnose vereinbar sind, Patienten mit ungültigen Hauptdiagnosen sowie alle weiteren Patienten, die aufgrund von Fehlern in den Daten oder aufgrund ihrer besonderen Komplexität nicht „normal“ gruppierbar sind, eingruppiert werden. Diese Fehler-DRGs „sammeln“ alle Fälle, die aufgrund ihrer besonderen Konstellation nicht in die krankheitsbezogenen DRG-Fallgruppen hineinpassen.

Jeder Diagnose ist eine klinische Komplexitätsstufe (CCL) zwischen 0 (keine Komplexität) und 4 (hohe Komplexität) zugewiesen. Die einzelnen CCL-Werte der Nebendiagnosen eines Patienten werden bei der G-DRG-Gruppierung nach einem Algorithmus verrechnet und münden in der Patientenbezogenen Klinischen Komplexitätsstufe (PCCL), die ebenfalls eine ganzzahlige Ausprägung von 0 (keine Komplexität) bis 4 (höchste Komplexität) haben kann.

Zu differenzieren ist zwischen Basis-DRGs und abrechenbaren G-DRGs. Basis-DRGs fassen ähnliche Fallspektren zusammen, abrechenbare G-DRGs sind die verschiedenen ökonomischen Schweregrade einer Basis-DRG. Manche Basis-DRGs sind in bis zu sieben verschiedene abrechenbare G-DRGs nach ökonomischem Aufwand (nicht zu verwechseln mit der PCCL-Differenzierung) aufgeteilt.

Abbildung *1-2* zeigt dies am Beispiel einer Basis-DRG mit zwei abrechenbaren G-DRGs. Die Eingruppierung in eine Basis-DRG ist noch nicht erlöswirksam.

© DRG-Research-Group 2005

Zur Differenzierung einer Basis-DRG werden der PCCL – Wert, die Verweildauer, das Alter, der Entlassungsstatus und auch bestimmte (operative) Leistungen herangezogen. Basis-DRGs, die noch einmal in mehrere abrechenbare G-DRGs unterteilt sind, werden als gesplittete G-DRGs bezeichnet. Die eine G-DRG bezeichnenden Kodes enden immer mit A, B, C, D, E, F oder G wobei A die aufwändigste Patientengruppe darstellt. Für die HNO-Heilkunde sind im G-DRG-System der Version 2005 nur abrechenbare DRGs mit den Endungen A und B relevant.

Eine Ausnahme hiervon bilden Basis-DRGs, die nicht unterteilt sind. Die abrechenbaren G-DRGs dieser Basis-DRG sind immer durch das Z am Ende des DRG-Kodes gekennzeichnet. Aus strukturellen Gründen beinhaltet das G-DRG System der Version 2005 viele abrechenbare G-DRGs mit der Endung Z, welche aus ehemaligen gesplitteten G-DRGs der Vorjahresversion hervorgehen.

Abrechenbare G-DRGs sind in Abhängigkeit der Höhe ihrer jeweiligen Bewertungsrelation erlöswirksam. Die Fallzuordnung im G-DRG-System findet primär unter ökonomischen und erst sekundär unter medizinischen Gesichtspunkten statt. Es ist daher zu beachten, dass nicht jeder Einzelfall im G-DRG-System sachgerecht vergütet wird. Das G-DRG-System soll alle Fälle im Mittel sachgerecht vergüten.

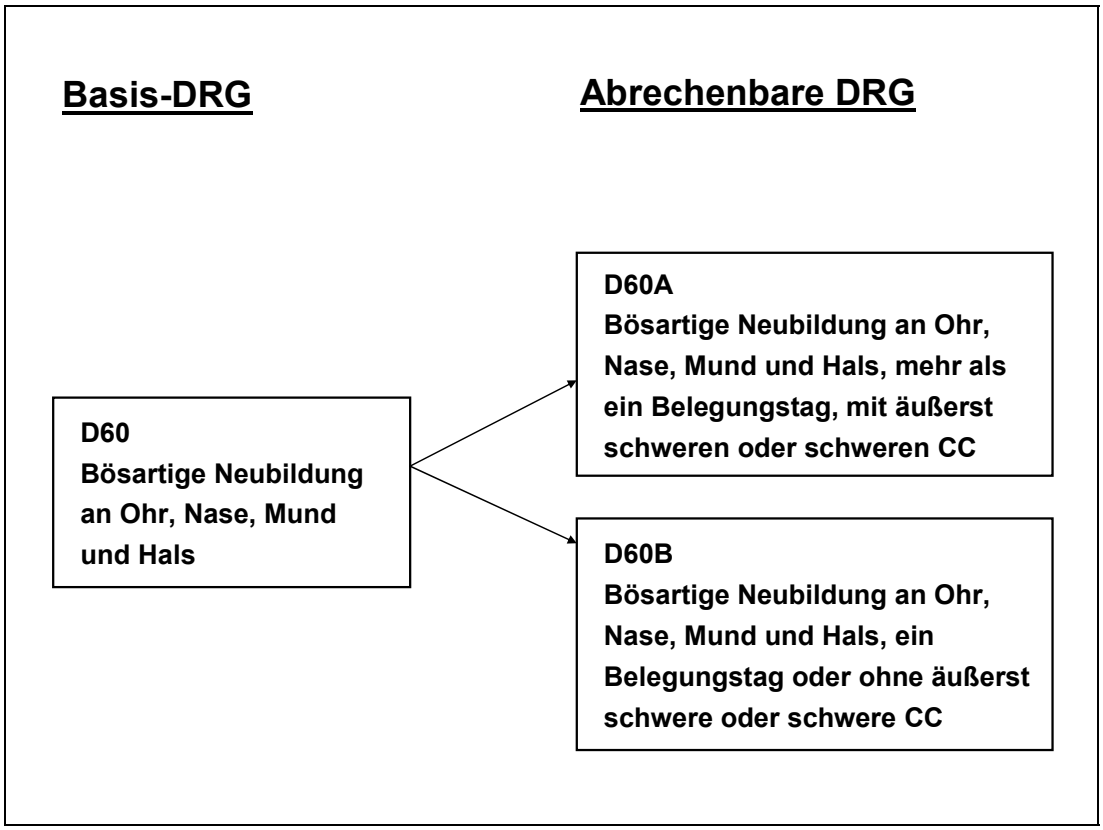

Abbildung 1-2 Basis-DRG und abrechenbare G-DRGs

© DRG-Research-Group 2005

2 Methodik

Die Fallgruppenbildung in einem DRG-System ist das Resultat statistischer Analysen großer Datenmengen. Eingangsdaten sind gut dokumentierte Krankenhausbehandlungen mit Diagnosen, Prozeduren, Verweildauer- und, wenn vorhanden, auch Kostendaten. Unter Berücksichtigung der Aufwand- und Verweildauerdaten werden unter Beachtung von zuvor aufgestellten Homogenitätskriterien aufwandhomogene (oder als Maß für den Aufwand auch verweildauerhomogene) Gruppen gebildet. Die Gruppen werden durch die Hauptdiagnose, die Nebendiagnose(n), die Komplexität der durchgeführten operativen Leistungen und administrative Daten (z. B. Patientenalter) beschrieben, so dass identische Fälle immer in dieselbe Fallgruppe eingruppiert werden.

Dementsprechend sollte im Rahmen des Evaluationsprojektes bei auftretenden Inhomogenitäten überprüft werden, ob bestimmte Konstellationen von Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen (sowohl schweregradsteigernde (Erhöhung des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL)) als auch nicht schweregradsteigernde Nebendiagnosen, operative Prozeduren sowie auch nicht mit dem OPS-Katalog der Version 2004 abbildbare Prozeduren oder administrativen Daten für die Aufwand- oder Verweildauerdifferenzen verantwortlich gemacht werden können. Dazu war der Zusammenhang zwischen Aufwand, Verweildauer und Hauptdiagnose, PCCL und gruppierungsrelevanter Prozedur zu prüfen. Konnten auf diese Weise Gruppen von Fällen identifiziert werden, die in Ihrem Verweildauer- oder Aufwandprofil stark von der Verteilung in ihrer G-DRG abwichen, so sollte ausgehend von diesen Analysen versucht werden, Hypothesen zur Anpassung des G-DRG-Systems an die deutsche Behandlungswirklichkeit zu formulieren.

2.1 Vorbereitungsphase

Die Teilnahme am DRG-Evaluationsprojekt stand bundesweit allen HNO-Haupt- und Belegabteilung offen und wurde im Vorfeld über die Organe der Fachgesellschaft und des Berufsverbandes publiziert. Mit den teilnehmenden Kliniken wurden entsprechende Vereinbarungen bezüglich Umfang, Qualität und Vertraulichkeit der übermittelten Klinik- und Patientendaten getroffen. Das Projekt gliederte sich in eine retrospektive und eine prospektive Phase. Eine Übersicht über den Projektablauf gibt Abbildung 2-1.

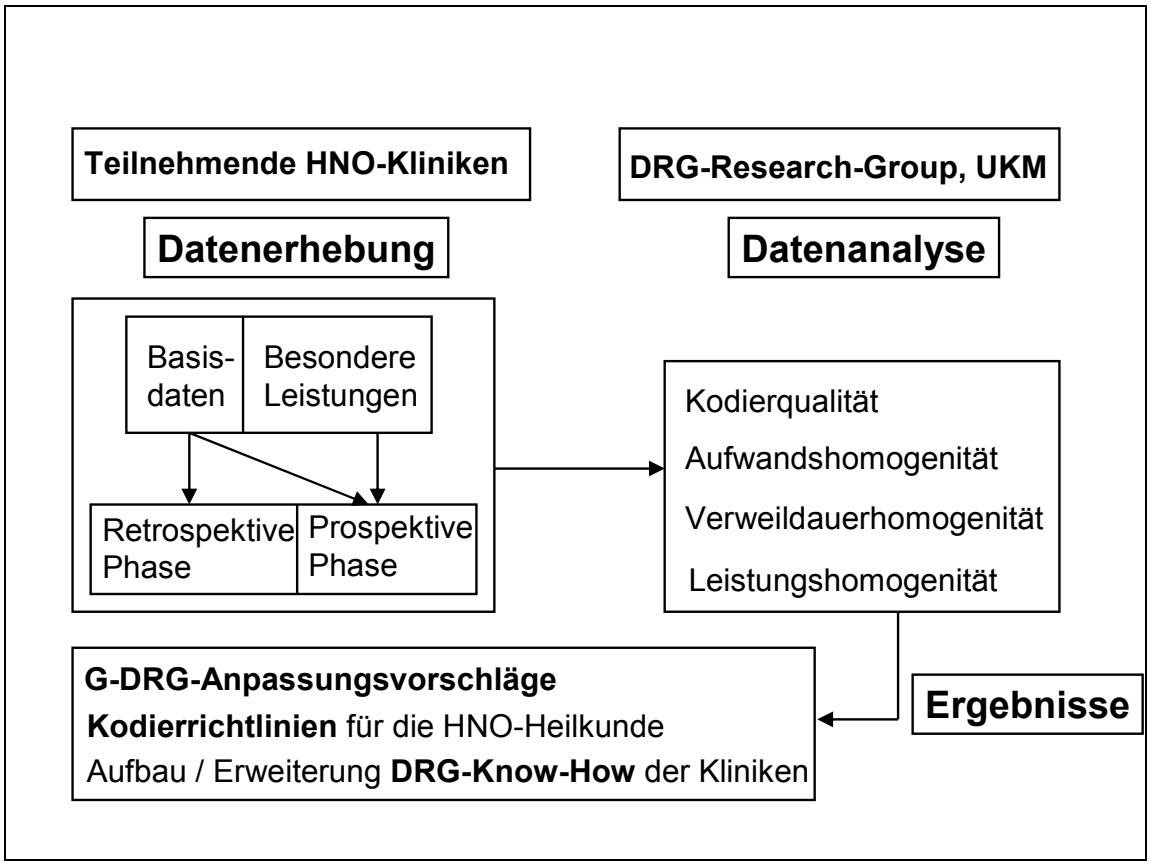

Abbildung 2-1 *Retro- und prospektive Datenerhebung. Datenanalyse nach Kodierqualität, Homogenität von Aufwand, Verweildauer und Leistungsstrukturen. Entwicklung von Anpassungsvorschlägen, Kodierhilfen und DRG-know-how in der HNO-Heilkunde.*

2.1.1 Erstellung eines Kodierleitfadens

Vorraussetzung für eine Untersuchung von DRG-Fallgruppen ist eine einwandfreie Kodierqualität. Nur wenn davon ausgegangen werden kann, dass vergleichbare Fälle in allen Projektklinken identisch kodiert werden, ist eine aussagefähige Auswertung auf DRG-Ebene durchführbar. Ist diese Vorraussetzung nicht erfüllt, werden mögliche Inhomogenitäten durch die Heterogenität der Kodierung überdeckt. Der bereits existierende Entwurf eines Kodierleitfadens für die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde der Version 2004 wurde durch die Projektlenkungsgruppe unter Moderation und mit Unterstützung der DRG-Research-Group (Projektleistung) und unter Nutzung der Deutschen allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien komplettiert und den Projektkliniken zur Verfügung gestellt.

Dieser Kodierleitfaden konkurriert nicht mit den Deutschen Kodierrichtlinien. Vielmehr sollen durch den Kodierleitfaden die Deutschen Kodierrichtlinien bei gegebenem Ermessensspielraum präzisiert werden, um eine einheitliche Kodierung HNO-ärztlicher Fälle zu gewährleisten.

© DRG-Research-Group 2005

Die Entwurfsversion 2004 des Kodierleitfadens wurde komplett aktualisiert und an die Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems 2005 angepasst. Diese aktualisierte Version wurde ab März 2005 in Form eines Kitteltaschenheftes durch die Fachgesellschaft publiziert und somit bundesweit verfügbar gemacht.

2.1.2 Bewertung der Leistungen mit Aufwandäquivalenten

Zur Beurteilung der ökonomischen Homogenität einer G-DRG-Fallgruppe wurde im Rahmen dieses DRG-Evaluationsprojektes keine Kostenkalkulation durchgeführt. Stattdessen wurden Aufwandäquivalente berechnet, die neben der Bewertung der Krankenhausgrundleistungen (Aufwand für Pflege, Hotelleistungen, Routinediagnostik, etc.) auch die prospektiv erhobenen, fallbezogenen Zusatzleistungen (operativer Personal- und Sachaufwand, aufwändige Diagnostik, teure Medikamente, etc.) ab einem Aufwand von >25 Euro/Tag sowie die über die Standardfälle hinausgehenden operativen Leistungen einer ökonomischen Bewertung unterzogen. Dabei ist es nicht so erheblich, welche individuellen Kosten beim einzelnen Patienten innerhalb einer Leistung in einem Krankenhaus anfallen, bzw. ob diese Kosten zwischen den Krankenhäusern differieren.

Ein pragmatischer Zugang erscheint für die Beurteilung der ökonomischen Homogenität wesentlich zielführender als eine differenzierte, sehr aufwändige Kostenkalkulation. Über die Bewertung aller Fälle mit individuellen Aufwandäquivalenten wurde die Voraussetzung zur Überprüfung der ökonomischen Homogenität innerhalb der einzelnen Fallgruppen geschaffen. Bei der Beurteilung der Homogenität wird hilfsweise davon ausgegangen, dass die ökonomische Grundleistung bei allen Patienten pro Tag gleich ist, also im Mittel alle Patienten für die Basisleistungen dieselben Ressourcen pro Tag verbrauchen. Über den Standard hinausgehende Leistungen entstehen z.B. durch:

- Unterschiedliche operative Sach- und Personalaufwände in Abhängigkeit der Komplexität des operativen Eingriffs
- Sachkostenlastige Implantate (z. B. nicht-autogene Mittelohrimplantate)
- Diagnostische oder therapeutische Funktionsleistungen
- Teure Medikamente
- Teure Laboruntersuchungen
- Bildgebende Verfahren (über die Grundleistung hinaus)

Der gesetzliche OPS-301-Schlüssel ist kein differenzierter Einzelleistungserfassungsschlüssel und bildet daher häufig Leistungen bezüglich des Aufwandes nicht genau genug

ab. Insbesondere die oto-, rhino- und NNH-chirurgischen Prozeduren waren aufgrund erheblicher Mängel des OPS-Klassifikationssystems nicht geeignet, den tatsächlichen Ressourcenverbrauch zu differenzieren. Darum mussten im Rahmen der prospektiven Datenerhebung des Projektes die für die Beurteilung der genannten Leistungen notwendigen Daten zusätzlich zur Routinedokumentation erfasst werden.

Für die wesentlichen Leistungen war der mittlere ökonomische Aufwand zu ermitteln. Für jede Klinik wurde derselbe Mittelwert zur Bewertung der dokumentierten operativen und nicht-operativen Leistungen sowie der teuren Arzneimittel herangezogen. Dieser Mittelwert ist ein Aufwandäquivalent und spiegelt daher nicht die individuellen Kosten in der jeweiligen Klinik wieder.

2.1.2.1 Aufwandäquivalente für nicht operative Leistungen

Zusammen mit den Experten der Projektlenkungsgruppe wurde ermittelt, welche Leistungen (z. B. operative Komplexität, intraoperative hochpreisige Sachleistungen, aufwändige Diagnostik etc.) in der HNO-Heilkunde aufwandintensiv sind und nicht bei jedem Patienten erbracht werden. Basierend auf dieser Expertenbefragung wurde eine Liste mit allen für aufwändig oder kostenintensiv erachteten Leistungen aufgestellt.

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. Lagen für Spezialleistungen fachlich differenzierte Bewertungen aus anderen Projekten vor, so wurden diese teilweise übernommen. Dies betraf z. B. strahlentherapeutische und endoskopische Leistungen mit flexiblen Instrumenten. Bei der Bewertung war zu berücksichtigen, dass aufgrund der in Deutschland praktizierten dualen Krankenhausfinanzierung (Investitionen werden durch das jeweilige Bundesland finanziert) nicht alle Kosten in die Bewertung einfließen durften. Daher gingen in die Ermittlung der Sachkosten einer Leistung nur die Kosten der Verbrauchsmaterialen ein. Wo möglich, wurde zu jeder Leistung der entsprechende Kode aus dem OPS-Katalog Version 2004 angegeben.

In Absprache mit den Experten der Projektlenkungsgruppe wurde darüber hinaus ein Leistungskatalog entworfen, der fachgebietsspezifische, ressourcenaufwändige Leistungen, die mit Hilfe des OPS-Katalogs der Version 2004 nicht oder nicht differenziert genug abgebildet werden konnten, enthielt. So existierten z.B. bislang lediglich zwei OPS-Kodes zur Abbildung der Verwendung nicht-autogener Mittelohrprothesen, obwohl diese Prothesen bei einer Reihe weiterer Eingriffe ebenfalls Verwendung finden, hierbei jedoch nicht kodiert werden können.

© DRG-Research-Group 2005

Diese Leistungen wurden im Rahmen der prospektiven Datenerhebung behandlungsfallbezogen gesondert erfasst. Lagen für verwendete OPS-Schlüssel keine Aufwandbewertungen durch Expertenbefragung vor, wurde diese mit Hilfe der GOÄ und des DKG-NT vorgenommen. Dabei wurden alle Bildgebenden Verfahren (Kapitel 3 des OPS) mit dem einfachen GOÄ-Satz bewertet, da diese wenig personalintensiv sind und die Abschreibungskosten für die Großgeräte aufgrund der dualen Krankenhausfinanzierung nicht berücksichtigt zu werden brauchten. Die Kosten für Kontrastmittel und radioaktive Stoffe wurden soweit in der Ziffer nicht enthalten, zusätzlich bewertet. Für die anderen OPS-Leistungen wurde der Steigerungssatz von 1,5 (DKG-NT-Vollkostensatz) zugrunde gelegt. Da nicht bei allen OPS-Kodes im Kode enthaltene Zusatzleistungen mit dem DKG-NT-Vollkostensatz abgedeckt werden (z.B. Kontrastmittel, radioaktive Stoffe, Implantate, Blutprodukte), wurden diese gesondert erfasst. Lagen zu diesen Zusatzleistungen keine Kostendaten vor, wurde anstatt des DKG-NT-Vollkostensatzes ein Steigerungsfaktor von 2,3 zugrunde gelegt.

2.1.2.2 Aufwandäquivalente für operative Leistungen

Es war der Projektlenkungsgruppe bewusst, dass in der HNO-Heilkunde ein hoher Anteil der stationären Patienten nach standardisierten Abläufen behandelt werden. In Verbindung mit den hohen Fallzahlen in den HNO-Kliniken, erschien es daher geboten, die Dokumentation dieser "Standard-Fälle“ möglichst zu vereinfachen, um nicht unnötig die personellen Ressourcen für die differenziertere Erfassung der Aufwandsdaten der übrigen Fälle zu belasten. Für die folgenden Standardfälle erfolgt daher keine fallbezogene Dokumentation der OP-Zeit und der Anzahl der Operateure und OP-Schwestern/Pfleger. Die OP-Zeiten und das notwendige Personal wurde über die Experten der Projektlenkungsgruppe erfragt.

Standardfälle im Sinne der Dokumentation des operativen Sach- und Personalaufwandes
Adenotomie mit/ohne PZ und PR in ITN
Tonsillektomie mit/ohne Adenotomie in ITN
Funktionelle Septumplastik in ITN mit/ohne Eingriffen an den Nasenmuscheln
Diagnostische Ösophagoskopie / Hypo¬pharyngoskopie mit starrem Rohr in ITN
Myringoplastik in ITN
Diagnost. Mikrolaryngoskopie in ITN
Exstirpation Gl. submandibularis in ITN

Tabelle 2-1 Standardfälle zur Vereinfachung der Dokumentation des operativen Sach- und Personalaufwandes. Nähere Hinweise zur Definition der Standardfälle finden sich in Abschnitt 9.3.4.

Die ökonomische Bewertung der operative Leistung spielt für das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie eine wesentliche Rolle. Um diese Leistung differenziert bewerten zu können und nicht auf pauschalisierte Bewertungen einzelnen OPS-Kodes zurückgreifen zu müssen, wurden die im Rahmen der Operation erbrachten Leistungen, soweit sie über Standardeingriffe hinausgingen gesondert, sowohl hinsichtlich des Personal- und des Sachaufwandes fallbezogen dokumentiert. Die intraoperativen Personalkosten wurden anhand einer fallbezogenen Dokumentation der Präsenzzeit im OP und der mittleren Anzahl der an der Operation beteiligten Ärzte und Pfleger/Schwestern fallbezogen dokumentiert. Die Anästhesieleistung wurde ebenfalls als Präsenzzeit im OP in Anlehnung an die Präsenzzeit der Operateure berechnet.

Zusätzlich erfolgte die Ermittlung der intraoperativen Verbrauchsmaterialien sowie der materiellen Anästhesieleistungen. Zunächst wurde ein Basisaufwand für OP-Material veranschlagt, welcher pauschal ein OP-Sieb, Wäschereiaufwand, Sterilisationsaufwand sowie Aufwände für Abdeckmaterial und Handschuhe beinhaltete. Zusätzlich wurde ein zeitabhängiger Verbrauchsfaktor entsprechend der OP-Dauer berechnet und bewertet.

Schließlich konnten alle besonderen Leistungen, die im Rahmen der Operation erbracht wurden inkl. der sachkostenlastigen OP-Materialien über die Kennzeichnung des OP-Datums auf dem Erfassungsbogen einer Operation zugeordnet werden. Aus der Summe der Einzelfaktoren ergab sich der Gesamt-OP-Aufwand je Fall. Erfolgten mehrere Operationen in einem Aufenthalt, so wurde der Aufwand der Einzel-Operationen addiert.

2.1.2.3 Aufwandäquivalente für Medikamente

Analog zu den nicht-operativen Leistungen erfolgte durch Expertenbefragungen des Fachgebietes die Ermittlung der teuren Medikamente. Zu jedem Medikament wurde der Preis pro Einzeldosis aus der Roten Liste 2004 ermittelt. Es wurden bewusst nicht die individuellen Einkaufspreise der einzelnen Krankenhäuser zum Ansatz gebracht, um eine nachvollziehbare und transparente Methodik anzuwenden. Da jedoch die Einkaufspreise der Krankenhäuser meist unterhalb der Roten Liste-Preise liegen, wurden für die Aufwandbewertung 70% des Roten-Liste-Preises zugrunde gelegt. Es handelt sich hier um eine pragmatische Pauschalierung der Medikamentenaufwände. Nur wenn die verwendeten Medikamente nicht in der Roten Liste aufgeführt waren, wurden andere Datenquellen (Lauer-Taxe, internationale Preise, Herstellerangaben) verwendet.

Für die Kostenermittlungen wurde meist die größte in der Roten Liste erwähnte Verpackungseinheit sowie die regelmäßig benötigte Aufbereitung für Erwachsene herangezogen.

© DRG-Research-Group 2005

Dabei wurden angebrochene Packungen voll berechnet, wenn Reste nicht verwertet werden konnten. Um die Tagestherapiekosten zu ermitteln, wurde anschließend zusammen mit den Experten festgelegt, welche Dosis im Durchschnitt pro Tag appliziert wird. Darüber hinaus wurde ermittelt, wie oft das Medikament im Durchschnitt im gesamten Aufenthalt des Patienten gegeben wird.

In die endgültige Liste der teuren Medikamente wurden nur Präparate aufgenommen, bei denen die Tagestherapiekosten mehr als 25,- € betrugen. Aus den Rohlisten wurden die endgültigen Listen zur Erfassung der teuren Medikamente und Leistungen im Rahmen der prospektiven Datenerhebung gebildet. Im Einzelnen wurden Arzneimittel der folgenden Stoffgruppen gesondert dokumentiert:

- Antibiotika (i.v.-Therapie)
- Virustatika (i.v.-Therapie)
- Arzneimittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Gerinnungsfaktoren u. ä.)
- Nicht-kostenintensive Chemotherapeutika
- Aufwändige zytostatische Einzelsubstanzen
- Peripher wirkende Muskelrelaxantien aus Mikroorganismen

Was schon im OPS-301 genau genug definiert war (z. B. Gabe von erythrozytenkonzentraten u. ä.), brauchte nicht nochmals redundant erfasst zu werden. Bei diesen Leistungen durfte davon ausgegangen werden, dass sie nach OPS-301 erfasst im Patientendatensatz vorlagen. Ein Muster des verwendeten Erhebungsbogens ist in (Abschnitt 9.3.3) wiedergegeben.

2.1.2.4 Ermittlung des Aufwandäquivalentes für jeden Fall

Zur Ermittlung des individuellen ökonomischen Aufwandes des einzelnen Falles wurden zu einer verweildauerabhängigen Grundleistungspauschale alle fallbezogen erfassten Aufwanddaten (OPS-301-Kodes, besondere Leistungen des Erfassungsbogens) hinzuaddiert. Die folgende Abbildung veranschaulicht diesen Prozess.

		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	8. Tag	9. Tag	10. Tag
Therapie / Diagnostik			1.520						740		
Teure Medikamente			220	220	220	220	220	220	220		
Basisaufwand		189	189	189	189	189	189	189	189	189	189
Gesamtaufwand	**5.690**	189	1.929	409	409	409	409	409	1.149	189	189

Abbildung 2-2 Ermittlung des Aufwandäquivalentes für jeden Fall

Nur die Leistungen und Medikamente, die über den Basisaufwand hinaus zur Anwendung kommen, wurden zusätzlich pro Fall dokumentiert und bewertet. Die Grundleistung wurde über ein Tagesbasisaufwandäquivalent bewertet, welcher pauschal den „Grundaufwand“ („Hotel“, ärztliche und pflegerische Grundleistung, Grundmedikation, Basisdiagnostik wie Röntgen-Thorax, Routine-Labor etc.) umfasst. Dabei wurden unterschiedliche Tagesbasisaufwandäquivalente für Normal- und Intensivstation ermittelt. Dazu wurden zunächst von den am Projekt beteiligten Kliniken der Abteilungs- und der Basispflegesatz für das Projektfachgebiet erfragt.

Waren Intensivstationen mit gesondertem Intensivpflegesatz beteiligt, wurden diese Pflegesätze ebenfalls erfragt. Es wurde jeweils ein tagesbezogener Aufwandwert über die Bildung des arithmetischen Mittels der Abteilungs- und Basispflegesätze aller Kliniken ermittelt. In der Regel werden die meisten Leistungen einer Abteilung über die Basis- und Abteilungspflegesätze abgegolten. Um den fallbezogen dokumentierten Aufwand daher nicht doppelt zu bewerten, musste das zu berechnende Tagesbasisaufwandäquivalent um den Anteil des fallbezogen erfassten Aufwandes bereinigt werden.

Dazu wurde die Summe aller fallbezogenen Aufwanddaten 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 Projektkliniken gleichermaßen zum Ansatz kam (reduzierter Basispflegesatz).

© DRG-Research-Group 2005

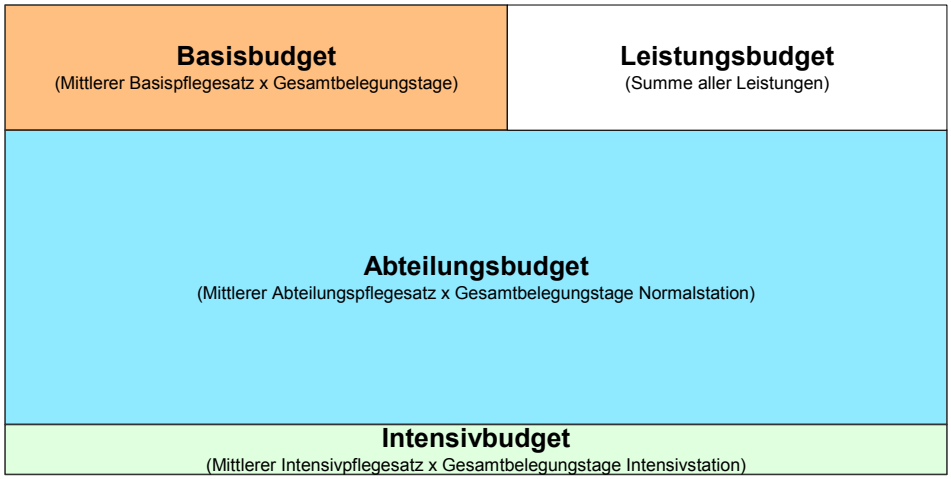

Abbildung 2-3 Projektbudgetberechnung

Der Aufwand pro individuellem Fall berechnete sich nun 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 G-DRG geprüft werden konnte.

Identische Fälle aus verschiedenen Kliniken (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 Kliniken angefallen waren, denn Ziel der Untersuchung war nicht die Effektivität der einzelnen Kliniken zu vergleichen, sondern die ökonomische Homogenität innerhalb der einzelnen Fallgruppen zu analysieren.

2.1.3 Aufwandsklassen

Der Aufwand für zusätzlich dokumentierte Leistungen und für bewerteten Prozeduren wurden pro Fall in folgende Aufwandsklassen aufsummiert:

- Diagnostik
- Intensivstation
- Medikamente
- Operation
- Postoperative Leistungen (Versorgung mit Trachealkanülen, Logopädie etc.)
- Strahlentherapie

2.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte nach den Klassifikationssystemen für Diagnosen (ICD-10-GM) und für Prozeduren (OPS-301) in der jeweiligen Version 2004. Die Gruppierung der Daten erfolgte mit einem vom InEK zertifizierten Gruppierungsprogramm, dem der DRG-Gruppierungsalgorithmus des Jahres 2005 in der Version 2004/2005 zugrunde lag.

2.2.1 Erhebungszeiträume

Die Datenerhebung und -Analyse wurde in eine retrospektive und eine prospektive Projektphase aufgeteilt. Innerhalb jeder Projektphase wurden die Daten getrennt für HNO-Haupt- und Belegabteilungen erhoben und ausgewertet.

2.2.1.1 Retrospektive Projektphase

In die retrospektive Projektphase wurden alle vollstationär in den HNO-Haupt- bzw. Belegabteilung im Jahre 2003 behandelten Fälle eingeschlossen. Überlieger aus dem Jahr 2002 bzw. in das Jahr 2004 wurden nicht berücksichtigt. Die Datenbereitstellung erfolgte auf der Basis des Datensatzes gemäß §21 KHEntgG. Es handelt sich hierbei um ein standardisiertes und anonymisiertes Datenformat, welches auch für die gesetzlich vorgeschriebene bundesweite Datenübermittlung der Krankenhäuser an das InEK-Institut verwendet wird. Eine Überprüfung auf Fallzusammenführung wurde nicht durchgeführt.

In der retrospektiven Projektphase waren Diagnosen gemäß des ICD-10-Kataloges der Version 2.0 und medizinische Prozeduren gemäß des OPS-301-Kataloges der Version 2.1 zu kodieren.

Die Zielsetzung der retrospektive Projektphase war die Analyse der Kodierqualität in den beteiligten Kliniken, um ggfs. durch gezielte Verbesserungsvorschläge die Datenqualität der prospektiven Projektphase zu erhöhen. Voraussetzung für die Analyse der Kodierqualität war zunächst eine Plausibilitätsprüfung der Datensätze anhand der formalen Vorgaben der Schnittstellenbeschreibung des §21-Datensatzes (Abschnitt 9.3.1).

Die Überprüfung der Kodierqualität umfasste grundlegende Parameter wie z. B. der prozentualen Anteile von Fällen in Fehler-DRGs und die prozentualen Anteile unspezifischer Diagnosen und Prozeduren je Klinik. Die teilnehmenden Kliniken erhielten ein Feedback über die Qualität der angenommenen Datensätze. Erfahrungen mit Kodierproblemen auf der Basis der retrospektiven Daten fanden Eingang in den Kodierleitfaden HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie.

© DRG-Research-Group 2005

2.2.1.2 Prospektive Projektphase

Im Rahmen der prospektiven Projektphase wurden die Daten gemäß §21 KHEntgG als „Basisdaten“ gesammelt und um gesondert dokumentierte, fallbezogene Leistungen ergänzt. Die prospektive Projektphase dauerte vom 01.03.2004 – 30.06.2004. Eingeschlossen wurden alle stationär innerhalb dieses Erhebungszeitraumes aufgenommenen und entlassenen Patienten.

2.2.2 Datenerhebung und Bereitstellung

Um den Aufwand bei der Projektdurchführung in den Kliniken überschaubar zu halten, wurde ein Teil der Daten aus der Routinedokumentation des Krankenhausinformationssystems (KIS) übernommen. Dazu mussten die Daten aus dem KIS gemäß der in den Abschnitten (Abschnitt 9.3.1) dargestellten Schnittstellenbeschreibungen gemäß §21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) exportiert werden

Die teilnehmenden Kliniken importierten die Datensätze aller in die Studie eingeschlossenen Patienten gemäß §21 KHEntgG aus dem Klinikinformationssystem zur Übernahme in die durch die DRG-Research-Group zur Verfügung gestellte Projektsoftware (DRG-Manager, DRG-Research-Group, Münster). Innerhalb dieser Software wurde die Ergänzung der Routinedaten um fallbezogenen Leistungsdaten erleichtert und ein gemeinsamer Export aller Daten an die Projektstelle gewährleistet.

Zwischenzeitlich wurde in der prospektiven Erhebung der wesentliche diagnostische und therapeutische Aufwand über die im Rahmen des Projektes zur Verfügung gestellten Erhebungsbögen dokumentiert. Diese Bögen konnten als MS-Word® Dateien hausindividuell angepasst werden.

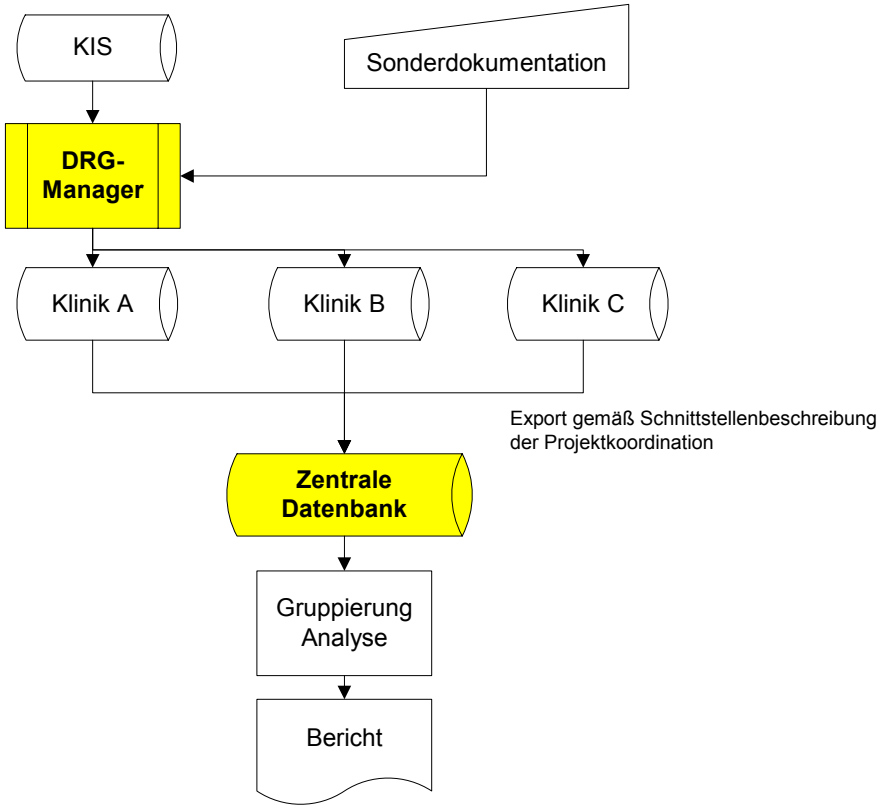

Abbildung 2-4 Datengewinnung

Die Liste der zusätzlich zu erhebenden Aufwanddaten wurde wie bereits beschrieben klinikübergreifend festgelegt. Folgende Schritte waren auszuführen:

- Routinedaten (administrative Daten, Diagnosen, Prozeduren etc.) im hausinternen KIS erfassen
- Parallele Aufwanddokumentation behandlungsbegleitend auf Papier durchführen (nicht die Routinedaten!)
- Abgeschlossene Fälle auf Vollständigkeit und korrekte Dokumentation prüfen und zunächst ablegen
- Noch während oder erst nach der prospektiven Erhebungsphase Routinedaten aus KIS gemäß Schnittstellenbeschreibung exportieren
- Daten in den DRG-Manager importieren und folgende Prüfungen vornehmen:
    - Daten plausibel und vollständig?
    - DRG-Hauptdiagnose festlegen (siehe Handbuch zum DRG-Manager)
    - Aufwanddaten von Papierdokumentation übertragen
- Vollständige und plausibilisierte Daten exportieren und an Projektstelle übersenden

© DRG-Research-Group 2005

Nach Eingang der Daten in Münster erhielten die Kliniken eine Eingangsbestätigung. Die Bestätigung enthielt Angaben darüber, ob die Daten formal korrekt waren, oder ob es formale Fehler gab. Die inhaltliche Prüfung der Daten erfolgte später. Nach Abschluss der inhaltlichen Prüfung erhielten die Kliniken einen Prüfbericht.

Während es bei den retrospektiven Daten hauptsächlich auf die korrekte Vergabe der DRG-Hauptdiagnose ankam, wurden die prospektiven Daten wesentlich gründlicher geprüft.

2.2.3 Erzeugung der Exportdatei für die Schnittstelle des DRG-Managers

Der Export der Basisdaten aus den Krankenhausinformationssystemen der beteiligten Kliniken wurde entweder durch Erzeugung eines Datensatzes im so genannten §21-Format oder durch einen Datenexport gemäß der Schnittstellenbeschreibung der DRG-Research-Group (Abschnitt 9.3.2) realisiert.

Kliniken, die mit anderen Fachabteilungen bereits an weiteren DRG-Evaluationsprojekten teilgenommen hatten, haben sich oftmals für einen Datenexport gemäß der Schnittstellenbeschreibung der DRG-Research-Group entschieden. Die Mehrheit der beteiligten Kliniken führte den Datenexport jedoch durch die Erzeugung eines §21-Datensatzes durch. Hierbei wurden die folgenden vier Dateien des §21-Datensatzes zum Import in den DRG-Manager verwendet:

- Fall.csv
- FAB.csv
- ICD.csv
- OPS.csv

2.2.4 Betreuung der Projektkliniken

Während der gesamten Projektphase stand die DRG-Research-Group den Kliniken im Sinne einer Hotline zur Beantwortung technischer als auch kodierungsspezifischer Fragen zur Seite.

2.3 Datenanalyse

Die Gruppierung der Datensätze erfolgt mit einem vom InEK zertigizierten Gruppierungsprogramm gemäß dem Fallpauschalenkatalog des Jahres 2004. Die Analyse der Gruppierungsergebnisse erfolgte unter der Beteiligung von Medizinern und Ökonomen. Grundsätzlich ist bei der Analyse zu berücksichtigen, dass es sich bei den Fallgruppen in einem DRG-System um ökonomisch determinierte Gruppen handelt. In einer abrechenbaren G-DRG sind Fälle zusammengefasst, die im Mittel denselben ökonomischen Aufwand verursachen. Unterschiedliche ökonomische Schweregrade sind in unterschiedlichen G-DRGs abzubilden.

Der medizinische Schweregrad kann nicht grundsätzlich mit dem ökonomischen Schweregrad gleichgesetzt werden (Beispiel: Ein medizinisch sehr kranker Patient kann einen Tag nach einem operativen Eingriff sterben. Dieser medizinisch schwere Fall kann aus ökonomischer Sicht mit wenig Aufwand behandelt worden sein und entsprechend geringe Kosten verursacht haben). Die Kosten für eine Fallgruppe müssen im Mittel durch die pauschalen Entgelte gedeckt werden. Der einzelne Fall kann teurer oder billiger als der pauschale Fallerlös sein – der Erlös muss nur im Mittel für alle über die jeweilige G-DRG abgerechneten Fälle ausreichend bemessen sein. Da im Mittel ähnlich aufwändige Fälle in einer G-DRG-Fallgruppe zusammengefasst werden, kann eine leistungsgerechte Vergütung auf der Basis von G-DRGs nur erfolgen, wenn der mittlere Aufwand innerhalb einer G-DRG-Fallgruppe zwischen den verschiedenen Krankenhäusern nur wenig variiert.

Ist die Variation, insbesondere die interklinische Variation, groß, kann die auf den G-DRGs basierende Vergütung nicht leistungsgerecht sein. Die Basis für die Anpassung eines DRG-Systems an die Verhältnisse im DRG-Einsatzland ist daher die Homogenitätsprüfung. Folgende Homogenitäten sind zu unterscheiden:

- Leistungshomogenität
- Verweildauerhomogenität
- Kostenhomogenität

2.3.1 Leistungshomogenität

Mit der Leistungshomogenität wird der Grad der Variation der Leistungen innerhalb einer G-DRG beschrieben. So variieren z. B. in der G-DRG D06Z (Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen) die Leistungen erheblich (Abschnitt 4.2). Diese G-DRG fasst unter anderem sämtliche Eingriffe an den Nasenebenhöhlen (außer einseitige Kieferhöhlenpunktionen) unabhängig von ihrer Komplexität zusammen. In Abhängigkeit der Komplexität des jeweiligen Eingriffs (z. B. Ope-

© DRG-Research-Group 2005

ration an einer Nebenhöhle vs. Pansinus-Operation) werden sehr unterschiedliche Leistungen durchgeführt. Dies führt zu Leistungsinhomogenitäten innerhalb dieser G-DRG.

Die Leistungshomogenität bzw. Leistungsinhomogenität kann aber nicht alleine auf Basis der in einer G-DRG zusammengefassten Leistungen beurteilt werden. In die Beurteilung ist die Variation des Fallspektrums beim Vergleich verschiedener Kliniken einzubeziehen. Ist das Fallspektrum in jeder Klinik gleich, kann die G-DRG wieder als leistungshomogen bezeichnet werden, da im Mittel der Aufwand, der für alle Fälle innerhalb der G-DRG betrieben werden muss, vergleichbar ist. Nur wenn es signifikante Unterschiede bezüglich der Leistungsverteilung innerhalb der G-DRG zwischen den Kliniken gibt, kann von Leistungsinhomogenität mit der Folge ungerechter Mittelverteilung gesprochen werden.

Nichtsdestotrotz birgt die Leistungsinhomogenität einer G-DRG auch bei gleichem interklinischem Fallspektrum stets die Gefahr, falsche Leistungsanreize zu setzen („Rosinenpickerei“).

2.3.2 Verweildauerhomogenität

Auch die Verweildauerhomogenität oder Verweildauerinhomogenität hat einen Einfluss auf den ökonomischen Gesamtaufwand für die Leistungserbringung. Aus diesem Grunde müssen differenzierte Analysen bezüglich der Verweildauerverteilung und der Unterschiede zwischen verschiedenen Kliniken innerhalb derselben G-DRG durchgeführt werden. Sind Verweildauerunterschiede zu beobachten, ist zu analysieren, ob sich im medizinischen Datensatz Variablen finden, die die Verweildauerunterschiede erklären können. Hierzu gehören unterschiedliche Haupt- und Nebendiagnosen ebenso wie unterschiedliche operative oder nicht operative Leistungen.

Schwierig wird es immer dann, wenn sich Verweildauerunterschiede aus der medizinischen Routinedokumentation nicht erklären und begründen lassen. Das heißt nicht, dass die Notwendigkeit einer längeren Verweildauer grundsätzlich in Frage zu stellen ist. Nicht immer lassen die medizinischen Klassifikationssysteme eine Ursachenbeschreibung zu. So fehlen teilweise wichtige Diagnosen in der ICD-10- ebenso wie wichtige Prozeduren in der OPS-Klassifikation.

2.3.3 Kostenhomogenität

Letztendlich sind Leistungs- und/oder Verweildauerinhomogenitäten aus Finanzierungssicht nur interessant, wenn sie auch zu Kosteninhomogenitäten führen. Wird ein DRG-System als

Finanzierungs-/Preissystem eingesetzt, ist die Variation der Kosten innerhalb des Fallspektrums einer DRG die zu messende und zu beurteilende Kenngröße. Aus diesem Grunde muss größter Wert auf die verursachungsgerechte Kostenverrechnung im Rahmen der G-DRG-Kostenkalkulation in den Krankenhäusern gelegt werden.

Mängel in der verursachungsgerechten Kostenverrechnung führen dazu, dass sich Leistungs- oder Verweildauerunterschiede nicht in Kostendifferenzen darstellen lassen. Damit lässt sich dann auch nicht beweisen, dass Leistungs-/Verweildauerunterschiede einen Einfluss auf die Kosten haben und deshalb zu unterschiedlichen Vergütungen führen müssen. Leistungsspektrum- und Verweildaueranalysen können nur die Grundlage von Hypothesenbildungen zur Anpassung des G-DRG-Systems sein. Aus hierbei gefundenen Differenzen kann nicht alleinig eine Anpassungsnotwendigkeit abgeleitet werden. Erst unter Hinzuziehung der Kostendaten lassen sich solche Hypothesen beweisen bzw. müssen verworfen werden.

Es muss deshalb oberstes Ziel der Krankenhäuser sein, sich aktiv an der Durchführung einer qualitativ hochwertigen Kostenkalkulation zu beteiligen. Da in den meisten Krankenhäusern bisher keine Kostenträgerrechnung in hohem Differenzierungsgrad durchgeführt wird (Patient als Kostenträger), sollten ökonomisches und medizinisches Know-how gepaart werden, um die auf Kostenstellen (Stationen, OPs, Funktionsbereiche) gebuchten Kosten unter Berücksichtigung medizinischer Informationen möglichst verursachungsgerecht auf die behandelten Patienten zu verrechnen. Werden überwiegend grobe Verteilungsschlüssel (z. B. Verweildauertage) zur Kostenverrechnung verwendet, werden die eigentlichen Kostenunterschiede (Behandlung mit oder ohne teures Medikament etc.) nicht evident.

Das Ergebnis konnte in der ersten Runde der deutschen G-DRG-Kostenkalkulation eindrucksvoll abgelesen werden. Zwischen aufwändigen und weniger aufwändigen G-DRGs innerhalb derselben Basis-DRG fanden sich kaum ökonomische Unterschiede. Aufwändige Leistungen wurden zu niedrig kalkuliert, weniger aufwändige Leistungen zu hoch (Kompressionseffekt). Zwar hat sich die Qualität der Kostenkalkulation, auf welcher das G-DRG-System 2004 und 2005 beruhten, verbessert. Aufgrund weiterhin bestehender Mängel bei einer fallbezogenen Kostenerfassung ist die Verweildauer jedoch noch immer das entscheidende Kriterium der Kalkulation. Der Kompressionseffekt wurde nicht beseitigt, sondern nur punktuell behoben.

2.3.4 Einfluss der Kodierung auf die ökonomische Homogenität

Ebenso wie die sachgerechte Kostenverrechnung hat die medizinische Kodierung einen großen Einfluss auf die Feststellung der mittleren Kosten pro G-DRG, die die Grundlage für

© DRG-Research-Group 2005

die Ermittlung der Bewertungsrelationen darstellen. Werden richtig kalkulierte Fälle falsch kodiert, ziehen sie ihre Kosten in die falsche G-DRG und tragen dort zu einer falschen Mittelwertbildung bei. Auch hierdurch kann der Kompressionseffekt gefördert werden. Sind aufwändige Fälle unterkodiert, erhöhen sie die Kosten in den eigentlich komplikationsarmen G-DRG-Fallgruppen. Sind wenig aufwändige Fälle überkodiert, senken sie die Kosten in den eigentlich komplikationsreichen G-DRG-Fallgruppen.

Noch häufiger kommt es dazu, dass falsche Hauptdiagnosen bei den Patienten gewählt werden. Resultat ist, dass die Patienten in falsche G-DRGs eingruppiert werden und damit je nach prozentualem Anteil der fehlkodierten Fälle das Gesamtgefüge im Bewertungsrelationen-System empfindlich beeinflussen können. Die kalkulierenden Häuser sollten daher vor Abgabe der Kalkulationsdaten eine intensive Kontrolle der Kodierqualität durchführen.

Auch im deutschen DRG-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) muss vor Verrechnung und Ermittlung der Bewertungsrelationen eine umfangreiche Qualitätsprüfung der Daten durchgeführt bzw. durch das Institut veranlasst werden. An verschiedenen Beispielen konnte aufgezeigt werden, dass eine solche Qualitätsprüfung in der ersten Runde der deutschen Kostenkalkulation, wenn überhaupt, nur sehr oberflächlich stattfand. Daraufhin wurde die Qualitätsprüfung durch das InEK bei der zweiten Runde der Kostenkalkulation verbessert. Bei der Analyse der Diagnosen- und Prozedurendokumentation wurden im Projekt unter anderem folgende Fragen gestellt:

- Wurde die Hauptdiagnose richtig kodiert?
- Wurden die Nebendiagnosen vollständig und korrekt kodiert?
- Wurden Komplikationen kodiert?
- Ist die Multimorbidität und die daraus resultierende klinische Komplexität hinreichend abgebildet?
- Wurden die Haupt- und Zusatzleistungen adäquat dokumentiert?

2.3.5 Überprüfung, Korrektur und Ausschluss von Datensätzen

Die eingehenden Datensätze wurden vor Eingang in die Studie einer ausführlichen Plausibilitätskontrolle unterzogen. Dabei wurde zunächst die formale Qualität überprüft. Insbesondere wurde auf folgende Kriterien Wert gelegt:

- Wurde der Zeitrahmen des Projektes eingehalten?

- Wurden voll-, teil-, prä- und poststationäre Fälle eindeutig gekennzeichnet und entsprechend der Projektvorgaben nur vollstationäre Patienten übermittelt?
- Wurden doppelte Fallnummern vergeben?
- War die Behandlungshistorie korrekt?
- Wurde eine DRG-Hauptdiagnose vergeben?
- Wurden die Entlassungsdiagnosen entsprechend gekennzeichnet?
- Wurde die Entlassungsart nach §301 korrekt verschlüsselt?
- Überstieg die Beatmungszeit die Verweildauer auf einer Intensivstation?
- Wurde bei Säuglingen Aufnahmegewicht und Alter in Tagen übermittelt?
- Wurden bei der Verschlüsselung der Diagnosen und Prozeduren die korrekten Versionen der Klassifikationssysteme verwendet, bzw. angegeben?
- Wurde eine Personenstammnummer (PID) übermittelt?

Bei ungenügender Datenqualität wurden den Kliniken Hinweise zur Verbesserung gegeben und es wurde abgeschätzt, in welchem Umfang eine Nachbesserung für die Zwecke der Studie erforderlich war. Anschließend erfolgte eine inhaltliche Analyse, bei der insbesondere folgende Kriterien überprüft wurden:

- Wurde die richtige Hauptdiagnose gewählt (aufgrund der herausragenden Bedeutung für den Gruppierungsprozess, entscheidend für die Projektaussage)?
- Wurden spezielle gruppierungsrelevante Kodierregeln eingehalten?
- Wurde die ICD-10-GM voll ausgeschöpft (wurden Nebendiagnosen aus anderen Fachgebieten verwendet?) oder wurden überwiegend Diagnosen aus dem eigenen Fachgebiet kodiert?
- War die Eingruppierung in Fehler-DRGs vermeidbar?

Vor der Weiterverarbeitung der Daten wurden Diagnosen, die mehrfach im Datensatz eines Patienten mit demselben ICD-10-Kode kodiert waren, eliminiert. Es wurde nur die jeweils erstmalig auftauchende Diagnose belassen. Dadurch wurden die klinischen Profile bereinigt, im Gegensatz zur ersten bundesweiten Kalkulation, die Mehrfachnennungen berücksichtigt hat. Nicht gültige ICD-10- und OPS-Kodes wurden ebenfalls eliminiert. Die Kodes mussten den für die jeweilig gültigen Datenerhebungszeiträume vorgeschriebenen ICD-10 und OPS-301-Klassifikationen entsprechen. Im Rahmen des Projektes ist es aufgrund dieser Überprü-

© DRG-Research-Group 2005

fungen zu einem Nichteinschluss retro- und prospektiv erfassten Fällen gekommen. Genaue Beschreibungen zum Datenausschluss finden sich in Abschnitt 3.1.1 für die retrospektiven und in Abschnitt 3.2.1 für die prospektiven Daten.

2.3.5.1 OPS und Leistungskorrekturen

Zusätzlich erfolgte eine Datenplausibilisierung anhand der kodierten OPS-301-Kodes und der gesondert erfassten Leistungen.

Fälle bei denen besondere Leistungen auf den Erfassungsbögen ohne den entsprechenden OPS-301-Kode dokumentiert waren, wurden um die Prozedurendokumentation ergänzt: Aufwände für die besonders dokumentierten Leistungen wurden dann nicht mehr erhoben, da diese dann über die OPS-Kodierung erfolgte.

Besonders dokumentierte Leistung lt. Erfassungsbogen	**Gemappt auf den/die folgenden OPS-Kodes**	**n Fälle**
Re-Operation	5-983 Re-Operation	1.222
CT (nur im eigenen Krankenhaus durchgeführte Untersuchungen!)	3-221 Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	826
Duplexsonographie Kopf/Hals	3-022 Duplexsonographie der Halsgefäße	367
BERA / CERA	1-208.1 Registierung evozierter Potentiale: früh-akustisch 1-208.5 Registierung evozierter Potentiale: spät-akustisch	298
MRT (nur im eigenen Krankenhaus durchgeführte Untersuchungen!)	3-821 MRT des Halses mit Kontrastmittel	130
Szintigraphie (Schilddrüse, Skelett etc.)	3-70* Szintigraphie	60
PET (nur im eigenen Krankenhaus durchgeführte Untersuchungen!)	3-74x Andere Positronenemissionsto-mographie	32
arterielle Angiographie der hirnversorgenden Gefäße	3-601 Arteriographie der Gefäße des Halses	10
arterielle Angiographie der hirnversorg. Gefäße *mit Embolisation*	8-836.90 Selektive Embolisation mit emboli-sierenden Flüssigkeiten, Gefäße intrakraniell	5
Implantation PORT-System für Chemothera-pie	5-399.5 Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen	2

Tabelle 2-2 Mapping besonders dokumentierter Leistungen des Erfassungsbogens auf OPS-Kodes der Version 2004.

Darüber hinaus wurden nach Plausibilitätsprüfungen die folgenden Korrekturen an den besonders dokumentierten Datensätzen vorgenommen.

Beschreibung der Korrektur	n Fälle
Präsenzzeit im OP der Pflege < Präsenzzeit Ärzte, daher Präsenzzeit Pflege = Präsenzzeit Ärzte	2.284
Anzahl Tage mit Medikament > Gesamt-VWD, daher Anzahl Tage auf VWD zurückgesetzt	366
Qualitative Leistungs-IDs mit einer Anzahl >1 wurden auf die Anzahl=1 zurückgesetzt	178
OP-Doku gelöscht, da kein OPS-Kode dokumentiert	76
VWD auf Observationsstaion (ID=803) > Gesamt-VWD, daher zurückgesetzt auf Gesamt-VWD-1	25

Tabelle 2-3 Ausmaß der Leistungskorrekturen: quantitativ

2.3.5.2 Korrekturen bei der Definition der Standardwerte

3.280 Fälle wurden von den teilnehmenden Kliniken als Standardfälle dokumentiert. Hiervon wurden nach einer Plausibilitätsprüfung mit den im Manual zum Erfassungsbeleg (Abschnitt 9.3.4) definierten Kriterien 2.595 Fälle als Standardfälle akzeptiert. Umgekehrt wurden auch alle operativ behandelten Fälle, die nicht als Standradfälle dokumentiert waren, einer Plausibilitätsprüfung unterzogen, ob Sie die Kriterien eines Standardfalles erfüllen. Auf diese Weise wurden 1.041 Fälle identifiziert und nachträglich als Standardfälle markiert. Insgesamt standen für die Projektanalysen somit 3.636 Standardfälle zur Verfügung.

© DRG-Research-Group 2005

2.4 Software

Die Daten wurden im Rahmen der Projektdurchführung in Münster mit einem zertifizierten Gruppierungsprogramm für die G-DRGs Version 2004 (DrGroup®, Visasys Deutschland GmbH) gruppiert. Zur Datenprüfung wird eine im Münsteraner Team entwickelte Software (DRG-Manager) eingesetzt, die den teilnehmenden Projektkliniken zur Verfügung gestellt wurde. Die Daten wurden über eine von der DRG-Research-Group definierte Schnittstelle oder als §21-Datensatz in das Auswertungsprogramm (DRG-Manager) eingelesen. Sie mussten von den teilnehmenden Kliniken gemäß dieser Vorgabe zur Verfügung gestellt werden. Für klinikinterne Analysen konnten die gruppierten Daten aus dem DRG-Manager® heraus exportiert und weiter verarbeitet werden. Die Analysen wurden mit MS-Access®, MS-Excel® und SPSS® durchgeführt.

2.5 Ergebnisdarstellungen

2.5.1 Klinische Profile

Eine Form der übersichtlichen Darstellung der Kennzahlen zu einer DRG ist die Erstellung eines klinischen Profils. In einem gesonderten Anhang, der im Internet unter der Adresse

http://smc-inet3.uni-muenster.de/drg/hno/

veröffentlicht wird, befinden sich die klinischen Profile für die TOP-G-DRGs bezogen auf:

- alle Fälle der Projektstichprobe
- alle vollstationären Fälle der Projektstichprobe
- alle teilstationären Fälle der Projektstichprobe
- alle Fälle der teilnehmenden Unikliniken
- alle vollstationären Fälle der teilnehmenden Unikliniken
- alle teilstationären Fälle der teilnehmenden Unikliniken

Das von der DRG-Research-Group konzipierte klinische Profil zeigt folgende Informationen jeweils für eine G-DRG im Überblick:

- die Anzahl der Kliniken aus der Stichprobe, die Fälle mit der jeweiligen G-DRG aufweisen

- die Anzahl der betrachteten Fälle
- der mittlere arithmetische Aufwand für die betrachteten Fälle
- die mittlere arithmetische VWD für die Fälle der G-DRG. Zusätzlich werden die im G-DRG Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen arithmetischen durchschnittlichen Verweildauern angezeigt (Spalte: Katalog). Hierbei ist zu beachten, dass die Verweildauerwerte des G-DRG-Kataloges nicht gesondert für Tages-, oder Mehrtagesfälle berechnet und angezeigt werden können. Die G-DRG Verweildauerwerte beziehen sich folglich immer auf die Gesamtstichprobe.
- die Anzahl und der Anteil der Fälle in den Kategorien: (Anmerkung: Als Grenzen werden die offiziellen Werte des G-DRG-Kataloges verwendet. Zu beachten ist, dass im deutschen G-DRG-Katalog nicht die Grenzverweildauern, sondern jeweils die ersten Tage mit Abschlag bzw. mit Zuschlag ausgewiesen werden. Wird für den unteren 1. Zuschlagstag im Katalog der Tag 2 ausgewiesen, liegt die untere GVD beim Tag 3. Wird für den oberen 1. Zuschlagstag im Katalog der Tag 20 ausgewiesen, liegt die obere GVD beim Tag 19.)
    - Low outlier: untere Ausreißer = Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer,
    - Inlier: Fälle, die VWD Werte aufweisen, die innerhalb der Grenzverweildauer liegen und
    - High outlier: obere Ausreißer = Überschreitung der oberen Grenzverweildauer.
- die für die jeweilige G-DRG im G-DRG-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen für den Standardfall („RG“) sowie für Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer („Abschlag“) und Verlegung („Verlegung“) wie auch für Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer werden ausgewiesen.
- analog zu den Bewertungsrelationen werden die Eurobeträge für den Erlös des Standardfalls sowie die Beträge für Zu- und Abschläge simuliert angegeben. Als fiktiver Basisfallwert wurden 2.974 Euro angesetzt.
- die Geschlechtsverteilung
- die Verteilung der Fälle auf die verschiedenen DRG-Schweregradgruppen (Patientenbezogene Klinische Komplexitätsstufe = PCCL). Die prozentuale Abweichung des durchschnittlichen Aufwandes für Patienten mit der jeweiligen PCCL vom durchschnittlichen Aufwand aller betrachteten Fälle der Fallgruppe wird angezeigt.
- die Verteilung der Fälle auf verschiedene Altersgruppen. Für jede Altersgruppe wird die Abweichung des durchschnittlichen Aufwandes vom mittleren Aufwand aller betrachten Fälle in der jeweiligen Fallgruppe prozentual dargestellt.

© DRG-Research-Group 2005

- die prozentuale Verteilung der häufigsten Hauptdiagnosen
- die prozentuale Verteilung der häufigsten Nebendiagnosen
- die prozentuale Verteilung der häufigsten schweregradsteigernden Nebendiagnosen
- die prozentuale Verteilung der häufigsten Prozeduren
- die prozentuale Verteilung der häufigsten gruppierungsrelevanten Prozeduren

2.5.1.1 Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen

In dieser Tabelle werden die häufigsten 12 Hauptdiagnosen mit ihren prozentualen Häufigkeiten sowie der prozentualen kumulativen Häufigkeit absteigend nach Häufigkeit sortiert dargestellt. Für jede Hauptdiagnose ist ablesbar, wie viel Prozent der Fälle in dieser G-DRG diese Hauptdiagnose aufweisen. Alle Hauptdiagnosen ergänzen sich zu 100 Prozent. Darüber hinaus sind zu diesen Hauptdiagnosen folgende Angaben ausgeführt:

- die Anzahl der Fälle mit der jeweiligen Hauptdiagnose
- der prozentuale Anteil
- der kumulative prozentuale Anteil
- die prozentuale Häufigkeit der Fälle mit der jeweiligen Hauptdiagnose in der Stichprobe, die der Berechnung des G-DRG Kataloges zugrunde lag
- die arithmetische Verweildauer
- die mittlere PCCL (Patientenbezogene Klinische Komplexitätsstufe, berechnet aus den Nebendiagnosen)
- der mittlere arithmetische Aufwand
- die prozentuale Abweichung des mittleren Aufwandes für Patienten mit der jeweiligen Hauptdiagnose vom durchschnittlichen Aufwand aller betrachteten Fälle in der Fallgruppe.

2.5.1.2 Prozentuale Verteilung der Nebendiagnosen

Die häufigsten 12 Nebendiagnosen sowie die häufigsten 12 schweregradsteigernden Nebendiagnosen, die für die Fälle innerhalb der Stichprobe für diese G-DRG kodiert wurden, werden in zwei getrennten Tabellen dargestellt. Angegeben ist einerseits die prozentuale Anzahl der Fälle, die diese Nebendiagnose aufweisen [Fälle], andererseits die prozentuale Häufigkeit jeder der dargestellten Nebendiagnosen bezogen auf alle Nebendiagnosen in

dieser G-DRG (ein Patient kann keine, eine oder mehrere Nebendiagnosen haben). Potentiell schweregradsteigernde Nebendiagnosen werden mit „SG“ gekennzeichnet.

Es ist zu beachten, dass im Gegensatz zu den klinischen Profilen, die mit dem wissenschaftlichen Bericht zur ersten DRG-Kostenkalkulation der Firma 3M veröffentlicht wurden, vor der Erstellung des Profils Doppel- bzw. Mehrfachdiagnosen aussortiert wurden. Unter Mehrfachdiagnosen sind Diagnosen zu verstehen, die für denselben Patienten mehrfach mit demselben ICD-10-Kode kodiert wurden. Somit geben die in den klinischen Profilen dargestellten prozentualen Angaben die reale Häufigkeit der betroffenen Fälle und nicht die Häufigkeit des Auftretens dieser Diagnosen im Datenbestand an. Diese Angabe ist für vergleichende Beurteilungen wesentlich verlässlicher, ein wirklicher Vergleich wird hierdurch erst möglich.

2.5.1.3 Prozentuale Verteilung der häufigsten Prozeduren

Die 12 häufigsten Prozeduren für die jeweilige DRG sind mit ihren Häufigkeitsangaben in Prozent sowie der kumulativen Häufigkeit dargestellt. Im Gegensatz zur Darstellung der Diagnosen wurden doppelt kodierte Prozeduren beim selben Patienten in dieser Darstellung nicht ignoriert. Dies darf hier auch nicht geschehen, da Leistungen mehrfach erbracht sein können und teilweise auch entsprechend der Kodierrichtlinien dann mehrfach erfasst werden müssen (z. B. Dialysen).

Bei Operationen könnte es sich teilweise um beidseitige Eingriffe handeln, so dass eine Mehrfachkodierung gerechtfertigt ist. Darüber hinaus könnte es sogar am gleichen Organ Wiederholungseingriffe im selben Aufenthalt geben.

2.5.1.4 Prozentuale Verteilung der häufigsten gruppierungsrelevanten Prozeduren

Häufig sind bei Behandlungsfällen verschiedene Prozedurenkodes während des Aufenthaltes kodiert worden. Das Gruppierungsprogramm (Grouper) ermittelt entsprechend der Hierarchie im G-DRG-System den OR-Prozedurenkode bzw. den Non-OR-Prozedurenkode aus dem Datensatz eines Falles, der zur höchstrangigen Einordnung in eine G-DRG (der operativen bzw. der intermediären Partition) innerhalb einer Hauptdiagnosekategorie führt. Die Hauptdiagnose führt den Patienten (von wenigen Ausnahmen abgesehen) in eine Hauptdiagnosekategorie. So führt z.B. die Hauptdiagnose Hypertonie den Patienten in die Hauptdiagnosekategorie F (Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems). Im nächsten Schritt prüft das Gruppierungsprogramm, ob einer von den bei der ersten DRG in der Hauptdiagnosekategorie F (also der hochrangigsten) hinterlegten Prozedurenkodes beim Patienten kodiert wurde. Ist dies der Fall, erfolgt die Zuordnung zu dieser G-DRG. Ist dies nicht der Fall,

© DRG-Research-Group 2005

wird die nächste G-DRG geprüft. So werden alle G-DRGs innerhalb einer Hauptdiagnosekategorie der Reihenfolge nach abgeprüft. Sobald sich ein der Definition einer G-DRG hinterlegter Prozedurenkode in den beim Patienten kodierten Prozeduren findet, erfolgt die Zuordnung zu dieser G-DRG.

Weil bei einigen G-DRGs die Kombination von zwei Kodes Voraussetzung für die Zuordnung ist, können maximal zwei Prozedurenkodes pro Patient gruppierungsrelevant sein. Bei gleichzeitigem Vorkommen gleichrangiger Prozedurenkodes – d.h. zwei unterschiedliche Kodes eines Patienten führen zur gleichen G-DRG - wird vom Grouper der in der Liste der Kodes zuerst aufgelistete Kode verwendet. Der andere Kode wird als nicht-gruppierungsrelevant deklariert. Dies kann eventuell Auswirkungen auf die Ergebnisse dieser Tabelle der gruppierungsrelevanten Kodes haben, der potentielle Fehler wird aber als gering eingeschätzt. Informativ ist daher die Analyse der Häufigkeiten der gruppierungsrelevanten Prozeduren. Ein zertifiziertes Gruppierungsprogramm muss die zur Gruppierung verwendeten Prozeduren kennzeichnen.

Über diese Kennzeichnung können Häufigkeitsanalysen erfolgen, welche in zweierlei Hinsicht interessant sind: Über die Analysen kann, insbesondere wenn große Datenmengen aus verschiedenen Krankenhäusern zur Verfügung stehen, festgestellt werden, welche Prozedurenkodes aus der Definition einer G-DRG in der Praxis überhaupt Anwendung finden und die Zuordnung von Behandlungsfällen zu dieser G-DRG triggern. Diese Informationen werden für Homogenitätsanalysen und die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems benötigt. Wenn bei der Analyse der gruppierungsrelevanten Kodes innerhalb einer G-DRG gleichzeitig untersucht wird, welche Prozedurenkodes zusätzlich bei einem Patienten kodiert worden sind, also welche Leistungen neben der gruppierungsrelevanten Leistung für den Patienten erbracht wurden, kann hieran die Leistungskomplexität auf Fallebene untersucht werden. Dabei ist zu prüfen, ob es sich bei den weiteren nicht gruppierungsrelevanten Leistungen nur um „banale Nebenleistungen“ oder um weitere, aufwändige und komplexe prozedurale Leistungen handelt.

Die Wahrscheinlichkeit ist groß, dass mit der medizinischen, durch Diagnosen ausgedrückten Komplexität des Patienten auch die Leistungskomplexität ansteigt. Unter Komplexität des Patienten wird hier Multimorbidität bzw. eine besonders komplexe Hauptdiagnose, die eine umfangreiche Diagnostik und Therapie erfordert, verstanden. Zu jeder gruppierungsrelevanten OPS-Prozedur sind im klinischen Profil der DRG-Research-Group folgende Angaben ausgeführt:

- die Anzahl der Fälle mit der jeweiligen OPS-Prozedur
- der prozentuale Anteil

- der kumulative prozentuale Anteil
- die arithmetische Verweildauer
- die mittlere PCCL (Patientenbezogene Klinische Komplexitätsstufe)
- der mittlere arithmetische Aufwand
- die prozentuale Abweichung des mittleren Aufwandes für Patienten mit der jeweiligen gruppierungsrelevanten Prozedur vom durchschnittlichen Aufwand aller betrachteten Fälle in der Fallgruppe.

In der Tabelle sind die 12 häufigsten gruppierungsrelevanten Prozeduren angegeben. Im Gegensatz zu den häufigsten Prozeduren können die gruppierungsrelevanten Prozeduren pro Patient in der Tabelle nur einmal vorkommen. Die Häufigkeitsangaben beziehen sich damit also direkt auf die Anzahlder Fälle. Wenn bei einer Prozedur eine Häufigkeit von 10% angegeben ist, bedeutet dies, dass bei 10% aller Fälle der betrachteten G-DRG diese Prozedur den Ausschlag für die G-DRG-Gruppierung gegeben hat.

Waren wie in seltenen Fällen möglich zwei Prozeduren in Kombination gruppierungsrelevant, so werden sie in der Tabelle durch ein „&“ verbunden dargestellt. Die gruppierungsrelevanten Prozeduren kennzeichnen zusammen mit der Hauptdiagnose eine Patientensubgruppe innerhalb einer G-DRG. Verschiedene Subgruppen können unterschiedlich aufwändig sein (Eingriff(e), Verweildauer). Im interklinischen Vergleich muss daher der Analyse der „Mischung“ der Gruppen ein besonderer Schwerpunkt beigemessen werden. Differiert der Fall-Mix signifikant, kann eine pauschalierte Finanzierung der betrachteten Fallgruppe nicht sachgerecht sein.

Gruppierungsrelevante Prozeduren spielen beim DRG-Evaluationsprojekt jedoch nur eine untergeordnete Rolle, da es sich bei den TOP-G-DRGs ausschließlich um G-DRGs der medizinischen Partition handelt. Für die Zuordnung zu G-DRGs der medizinischen Partition sind gruppierungsrelevante Prozeduren bis auf die strahlentherapeutischen OPS-Kodes für die Fallgruppen mit Strahlentherapie praktisch nicht von Bedeutung.

Die beiden Tabellen Nebendiagnosen / Zusatz und Prozeduren / Zusatz geben die gleichen zusätzlichen Angaben an, die bereits bei der Tabelle Hauptdiagnose beschrieben wurden.

2.5.1.5 Interpretation des Profils

Das klinische Profil mit den zuvor genannten Informationen lässt sehr viele Interpretationen bzw. Beurteilungen der untersuchten G-DRG-Fallgruppe zu. Werden klinische Profile verschiedener Kliniken auf Basis einer G-DRG miteinander verglichen, fallen teilweise deutliche Unterschiede im Leistungsspektrum (siehe z. B. Hauptdiagnosen) auf. Wenn diese Unter-

© DRG-Research-Group 2005

schiede auch zu unterschiedlichen Verweildauern führen, sind die Risiken eines Erlösdefizits zwischen den Kliniken unterschiedlich verteilt. Hier finden sich Ansatzpunkte für die Anpassung des G-DRG-Systems.

Durch intelligente Splitts könnten die Verweildauern und damit die Aufwandhomogenität innerhalb der betrachteten inhomogenen G-DRGs homogenisiert werden und damit die Basis für eine gerechtere Verteilung der Erlöse bilden. Auch die Ausgliederung durch Neuzuordnungen von Subgruppen (z.B. anhand von Hauptdiagnosen oder Prozeduren zu identifizieren) zu bereits bestehenden Fallgruppen kann zu einer Zunahme der Homogenität einer Mutter-DRG beitragen.

2.5.1.6 Darstellung der Aufwandverteilung

Die Häufigkeitsverteilung der Aufwandäquivalente in einzelnen G-DRGs wurde mit Balkendiagrammen dargestellt. Auf der Abszisse wurden die Aufwandäquivalente aufgetragen. Auf der Ordinate wurde die Anzahl der Patienten verwendet. Eine zweite Ordinate gibt den kumulativen Anteil der Fälle in Prozent wieder

Patienten mit Aufwandäquivalenten oberhalb der dreifachen Standardabweichung wurden bei jeder der TOP-G-DRGs separat ausgewiesen. Grundsätzlich besteht bei Berechnungen die Datengrundlage aus allen Fällen der jeweiligen G-DRG, es sei denn, dass ausdrücklich etwas anderes vermerkt ist. Abbildung 2-5 zeigt beispielhaft eine Aufwandverteilung.

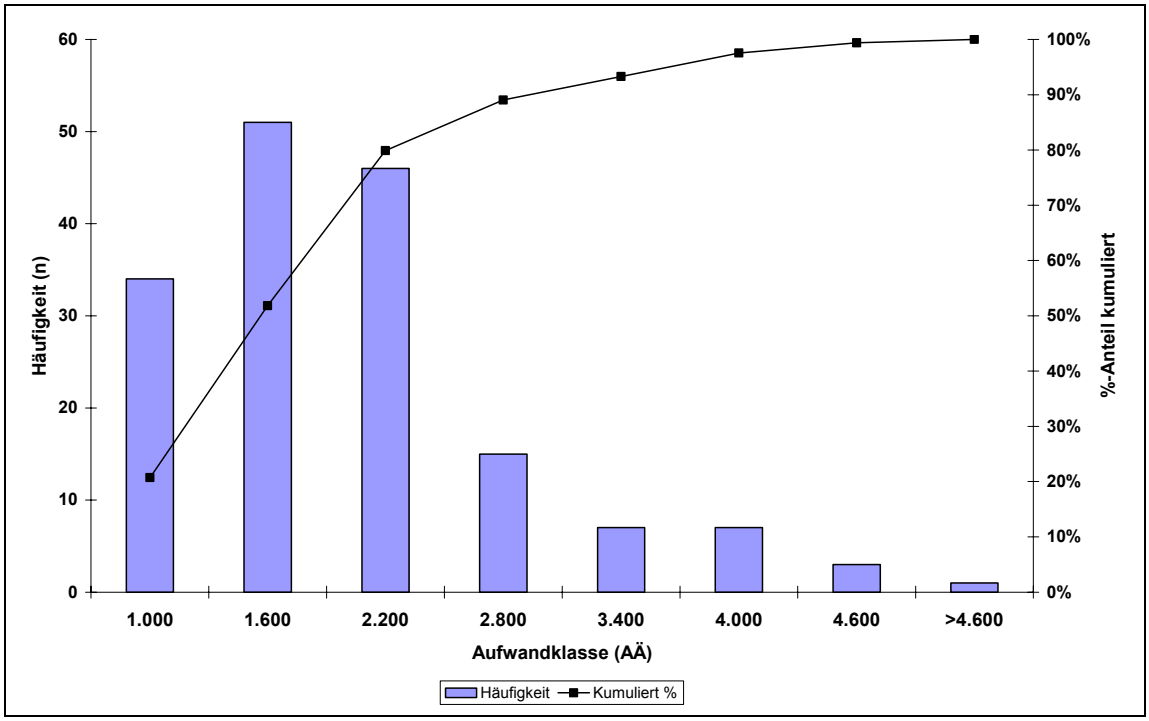

Abbildung 2-5 Balkendiagramm Aufwandäquivalentverteilung

2.5.1.7 Box- und Whiskerdiagramme

Die Häufigkeitsverteilung der Verweildauer oder des Aufwandes innerhalb einer G-DRG in den einzelnen Kliniken wurden mit Box- und Whiskerdiagrammen dargestellt. Die Grenzen der Box werden vom ersten und dritten Quartil (25. bzw. 75. Perzentil) der Gesamtdaten (also 50% der Beobachtungen) gebildet. Die horizontale Linie innerhalb der Box entspricht dem Median. Der Whisker (die horizontale Linie über und unterhalb der Box, die mit dieser durch eine weitere [senkrechte Linie] verbunden ist) entspricht dem größten bzw. kleinsten Wert, der kein Ausreißer ist. Ein Ausreißer wird durch einen kleinen Kreis im Diagramm angezeigt und liegt zwischen der 1,5 fachen und der 3 fachen Boxhöhe über der oberen Grenze der Box (oberer Ausreißer) bzw. zwischen der 1,5 fachen und der 3 fachen Boxhöhe unterhalb der unteren Grenze der Box. Extreme Ausreißer sind durch schwarze Punkte gekennzeichnet und liegen über bzw. unterhalb dieser Grenzen.

Abbildung 2-6 veranschaulicht die Interpretation dieses Diagrammtyps.

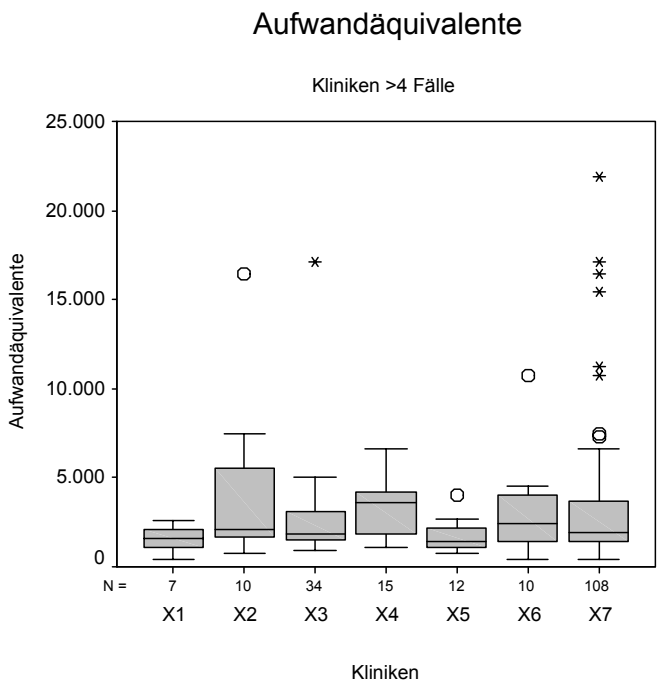

Abbildung 2-6 Boxplotdiagramm der Aufwandverteilung

© DRG-Research-Group 2005

3 Ergebnisse

Das DRG-Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie wurde in zwei Daten-Erhebungsphasen gegliedert. Eine retrospektive und eine prospektive Phase. Innerhalb jeder Phase erfolgte eine separate Datenerhebung für HNO-Haupt- und Belegabteilungen. Die Daten der retro- und der prospektiven Stichproben wurden entsprechend den Anforderungen des G-DRG-Algorithmus der Version 2005 mit einem vom InEK lizensierten Grouper (DRGRoup, Visasys) gruppiert. Hierbei wurde für die retrospektiven Daten der Algorithmus 2003/2005 und für die prospektiven Daten der Algorithmus 2004/2005 verwendet. Diese Gruppierungsergebnisse sind die Grundlage der G-DRG-Auswertungen dieses Berichtes.

3.1 Retrospektive Stichprobe

3.1.1 Stichprobenumfang

3.1.1.1 Hauptabteilungen

Nicht alle retrospektiv übermittelten Datensätze der teilnehmenden HNO-Hauptabteilungen wurden in die retrospektive Stichprobe eingeschlossen. Von 98.463 retrospektiv gelieferten Datensätzen wurden 8.883 Datensätze gelöscht (Tabelle 3-1), da sie Informationen enthielten, welche nicht Gegenstand der Projektauswertung waren. Hierbei handelte sich um teilstationär behandelte Fälle, um Patienten, die ausschließlich außerhalb der HNO-Hauptabteilungen der teilnehmenden Kliniken behandelt wurden sowie um Patienten, die ausschließlich vorstationär ohne nachfolgenden vollstationären Aufenthalt behandelt wurden. Darüber hinaus betrifft dies z. B. Datensätze, zu denen Diagnosen oder OPS-Prozeduren vorliegen, die jedoch keine Angaben zur Verweildauer, zu Verlegungen oder zum Patientenalter beinhalteten. Bei der Erstellung des §21 Datensatzes durch die teilnehmenden Hauptabteilungen wurden oder konnten die Filterkriterien nicht spezifisch genug definiert werden. Diese Fälle wurden somit nicht aufgrund von formalen Datensatzmängeln aus der retrospektiven Stichprobe ausgeschlossen.

In die weiteren Datenprüfungen wurden nur vollstationär in HNO-Abteilungen behandelte Fälle eingeschlossen. Hierbei handelte es sich um 89.580 Fälle aus 31 HNO-Hauptabteilungen. 653 Datensätze wurden aufgrund formaler Mängel aus der retrospektiven Stichprobe ausgeschlossen. Die aufgrund formaler Mängel ausgeschlossenen Datensätze haben einen Anteil von 0,7% der relevanten Datensätze aus Hauptabteilungen. 88.927 Datensätze

gingen in die retrospektiven Datenanalysen des Projektes ein (Tabelle 3-2). Die Ausschlussgründe und die Anzahl der betroffenen Fälle zeigt Tabelle 3-1.

Teilstationär behandelte Fälle	5.242
Fälle aus HNO-fremden Fachabteilungen, ohne Bezug zur HNO-Abteilung	1.522
Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung	710
Angabe von Diagnosen und Prozeduren ohne korrespondierende Stammdaten aus der Datei FALL.csv (Kapitel 2.2.3 und 9.3.1)	803
Stationäre Aufnahme vor dem 01.01.2003 oder nach dem 31.12.2003	606
Summe gelieferter aber für das Projekt unrelevanter Datensätze (Kein Ausschluss aufgrund formaler Mängel)	**8.883**
Angabe des Entlassungsgrundes entspricht nicht den Vorgaben der Schnittstellenbeschreibung (Kapitel 9.3.1)	329
Angabe des Aufnahmegrundes entspricht nicht den Vorgaben der Schnittstellenbeschreibung (Kapitel 9.3.1)	206
Doppelt vergeben Fallnummern innerhalb eines Klinikdatensatzes	118
Summe aufgrund formaler Mängel ausgeschlossener Datensätze	**653**

Tabelle 3-1 Hauptabteilungen: Ursache und Anzahl nicht in die retrospektive Stichprobe eingeschlossener Fälle

Anzahl für das Projekt relevanter retrospektiver Datensätze	89.580
Anzahl aufgrund formaler Mängel ausgeschlossene Datensätze	653
Umfang der retrospektiven Stichprobe	**88.927**

Tabelle 3-2 Hauptabteilung: Umfang der retrospektiven Stichprobe

3.1.1.2 Belegabteilungen

Die Analysen der formalen Datenqualität wurden analog auch für die retrospektiven Datensätze aus den Belegabteilungen vorgenommen. Die aufgrund formaler Mängel ausgeschlossenen Datensätze haben einen Anteil von 0,04% der relevanten Datensätze. 4.678 Datensätze gingen in die retrospektiven Datenanalysen des Projektes ein (Tabelle 3-4). Die Ausschlussgründe und die Anzahl der betroffenen Fälle zeigt Tabelle 3-3.

© DRG-Research-Group 2005

Fälle aus HNO-fremden Fachabteilungen	1.537
Summe gelieferter aber für das Projekt unrelevanter Datensätze (Kein Ausschluss aufgrund formaler Mängel)	**1.537**
Stationäre Aufnahme vor dem 01.01.2003 oder nach dem 31.12.2003	2
Summe aufgrund formaler Mängel ausgeschlossener Datensätze	**2**

Tabelle 3-3 Belegabteilungen: Ursache und Anzahl nicht in die retrospektive Stichprobe eingeschlossener Fälle

Anzahl für das Projekt relevanter retrospektiver Datensätze	4.680
Anzahl aufgrund formaler Mängel ausgeschlossene Datensätze	2
Umfang der retrospektiven Stichprobe	**4.678**

Tabelle 3-4 Belegabteilung: Umfang der retrospektiven Stichprobe

3.1.2 Altersverteilung

3.1.2.1 Hauptabteilungen

Das mittlere Alter aller Patienten aus HNO-Hauptabteilungen der retrospektiven Stichprobe betrug 43,0 Jahre. Abbildung 3-1 zeigt die Altersverteilung nach Altersklassen. Die Altersklasse der 40-49 jährigen Patienten weist den höchsten prozentualen Anteil auf, gefolgt von den 30-39 jährigen, den 18-29 jährigen und den 65-74 jährigen Patienten mit einem Anteil von 13,4% bzw. 13,2% und 12,1%. Der kumulative Anteil der Patienten zwischen 18 und 49 Jahren beträgt 40,7%, der der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren beträgt 16,0%.

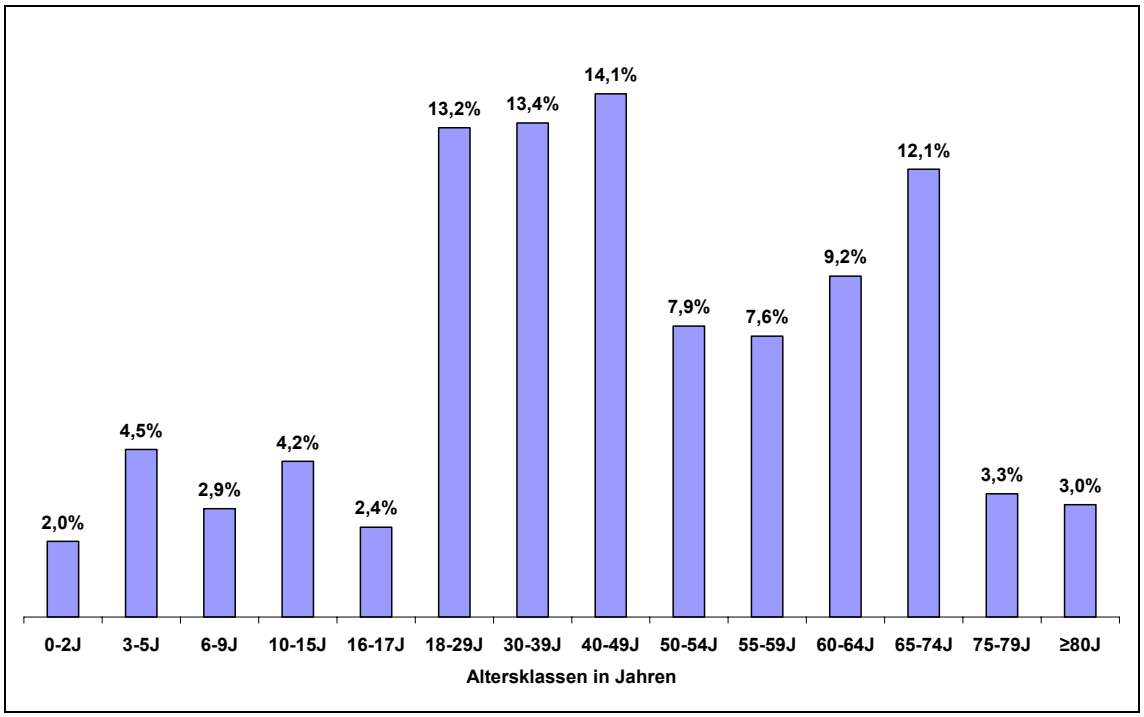

Abbildung 3-1 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Altersverteilung nach Altersklassen in Jahren

Das durchschnittliche Alter je HNO-Hauptabteilung liegt zwischen 36,3 und 49,6 Jahren.

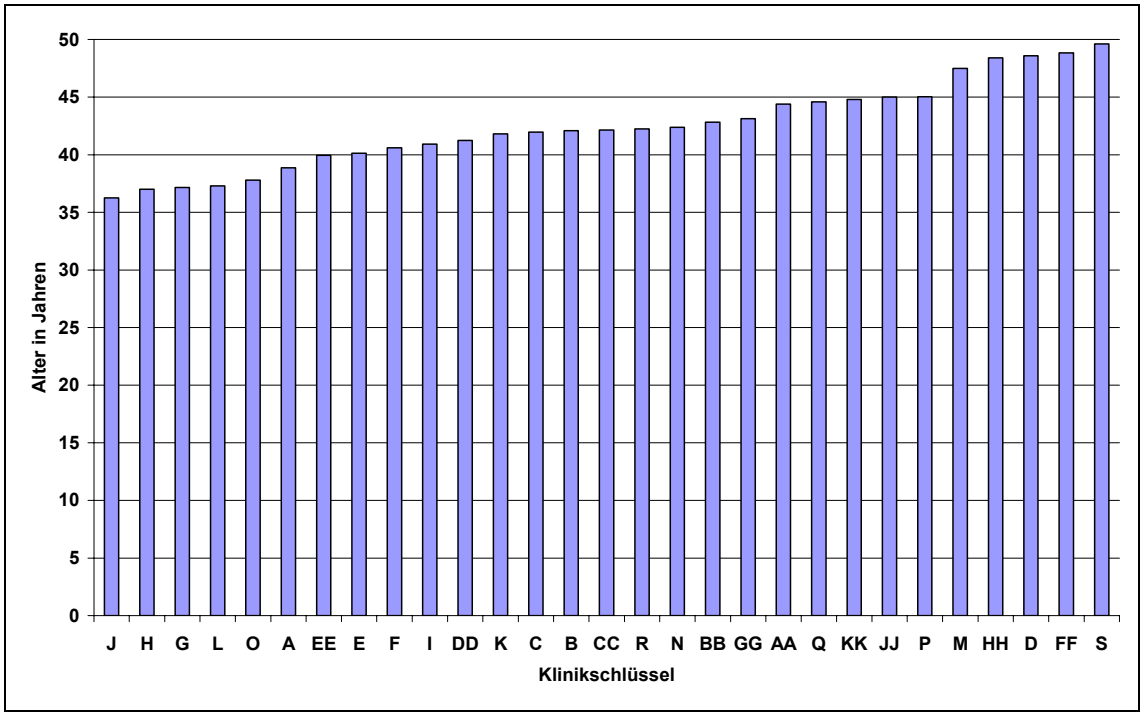

Abbildung 3-2 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: mittleres Patientenalter je Klinik

© DRG-Research-Group 2005

3.1.2.2 Belegabteilungen

Bei den HNO-Belegabteilungen dominiert die Altersklasse der 18-29jährigen mit einem prozentualen Anteil von 18,0%. Der kumulative Anteil der Patienten zwischen 18 und 49 Jahren beträgt 46,4% (Abbildung 3-3). Gegenüber der Altersstruktur der Patienten in HNO-Hauptabteilungen werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (31,2%) sehr viel häufiger behandelt, während Patienten, die älter sind als 64 Jahre seltener in Belegabteilungen behandelt werden.

Das mittlere Alter aller Patienten aus HNO-Belegabteilungen der retrospektiven Stichprobe betrug 31,7 Jahre. Das durchschnittliche Alter je HNO-Belegabteilung lag zwischen 20,3 und 39,7 Jahren (Abbildung 3-4).

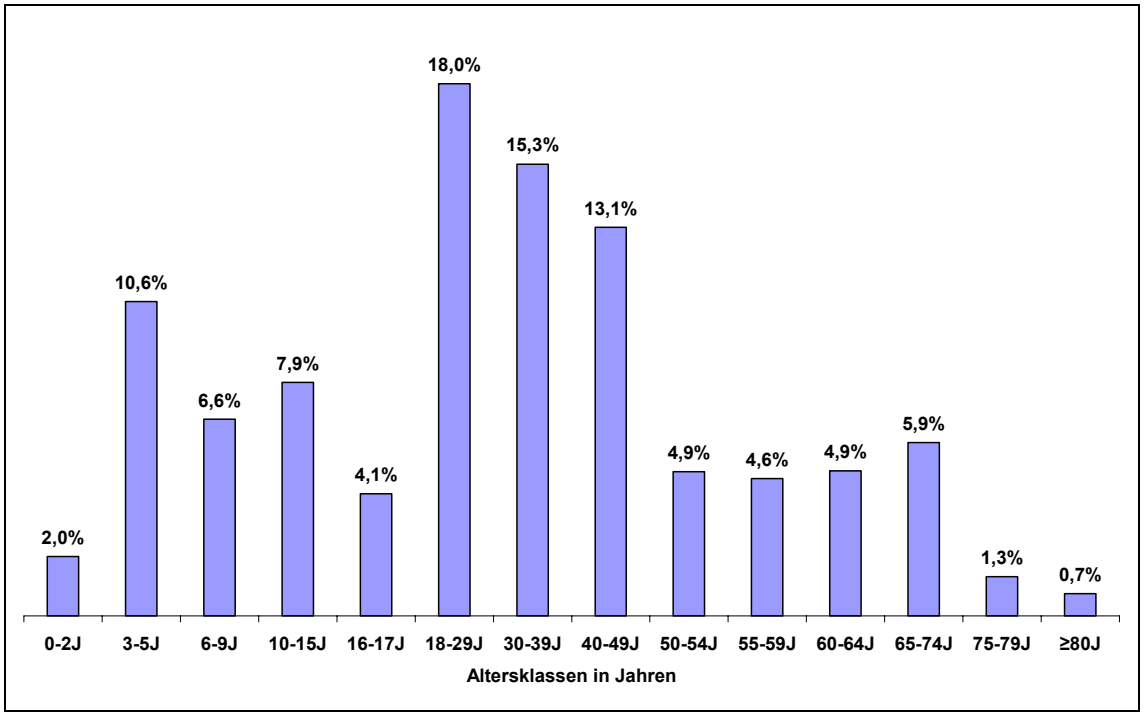

Abbildung 3-3 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Altersverteilung nach Altersklassen in Jahren

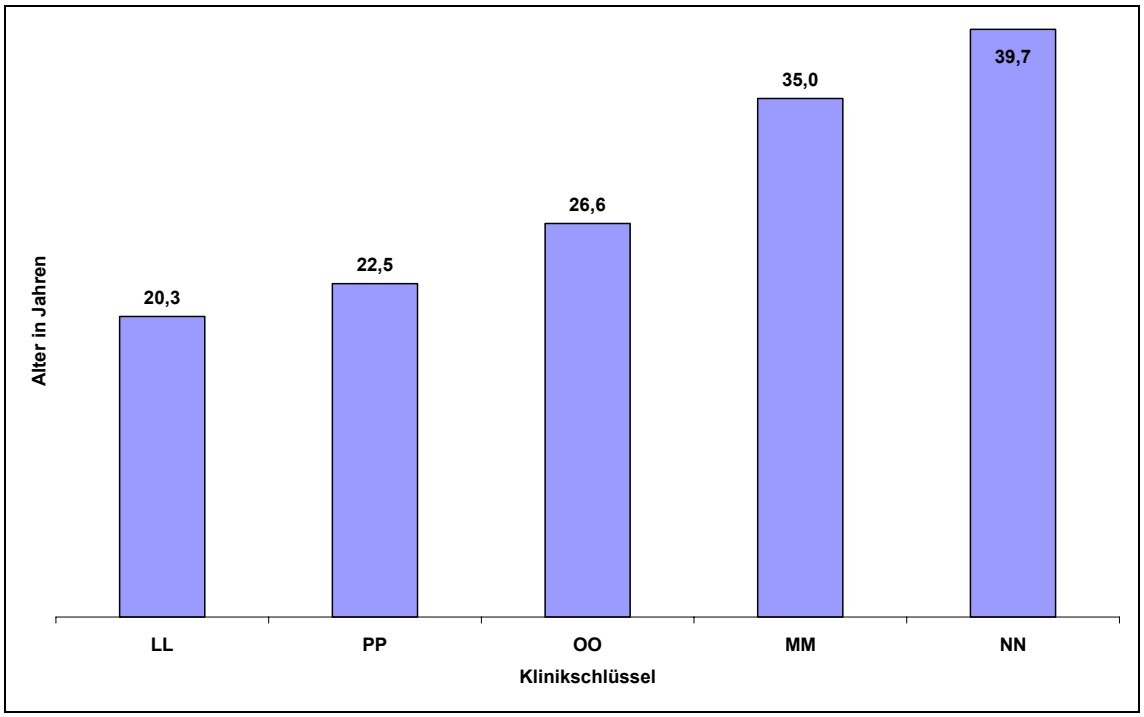

Abbildung 3-4 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: mittleres Patientenalter je Klinik

3.1.3 Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL)

Der patientenbezogene Gesamtschweregrad ist abhängig von den kodierten Nebendiagnosen. Der PCCL kann ganzzahlige Werte zwischen 0 und 4 annehmen. Ein Wert von 1 ist regelmäßig selten vertreten, da in den meisten Fällen die Kodierung von Nebendiagnosen, wenn sie für eine PCCL-Stufe von 2 oder höher nicht ausreicht, einen Wert von 0 beibehält.

3.1.3.1 Hauptabteilungen

Der mittlere PCCL aller Fälle aus HNO-Hauptabteilungen der retrospektiven Stichprobe betug 0,71. Die PCCL-Verteilung der retrospektiven Strichprobe (Abbildung 3-5) zeigt eine Dominanz der Fälle mit einem PCCL=0 (73,6%). Der prozentuale Anteil der Fälle mit erheblichen Komorbiditäten (PCCL>2) beträgt 13,7%.

Der durchschnittliche klinikindividuelle PCCL der retrospektiven Stichprobe schwankte zwischen 0,33 in Klinik G und 1,56 in Klinik CC (Abbildung 3-6).

© DRG-Research-Group 2005

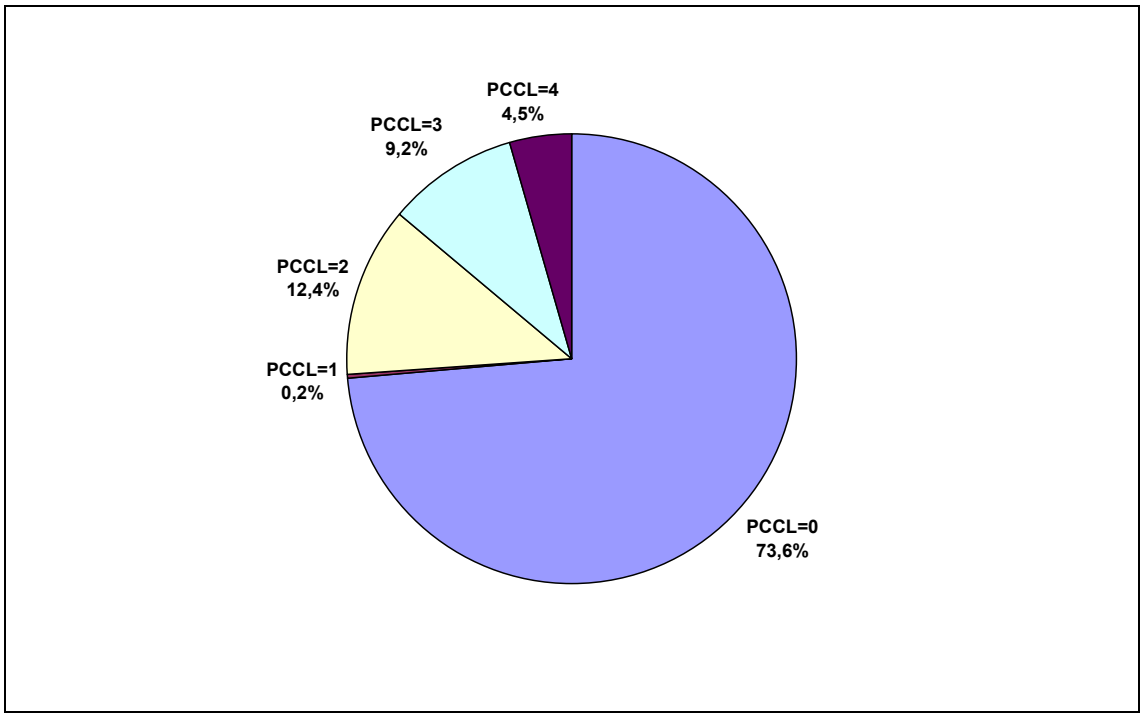

Abbildung 3-5 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: PCCL-Verteilung

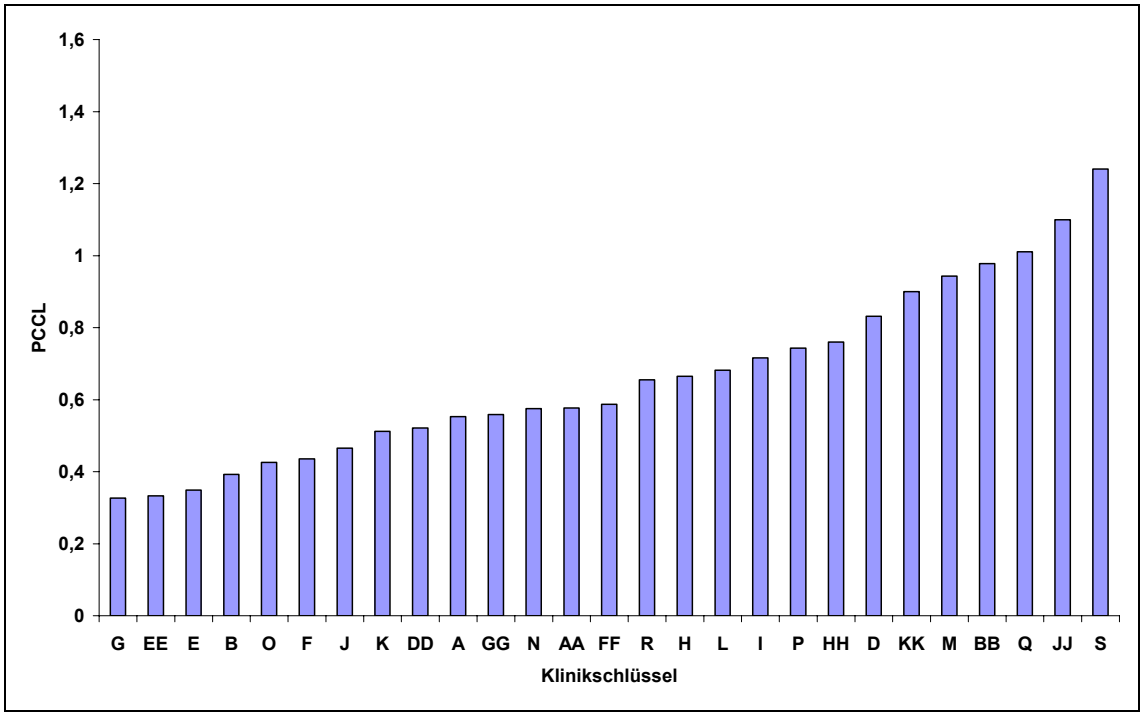

Abbildung 3-6 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: klinikindividueller mittlerer PCCL

Werden die beiden Parameter klinikindividuelles mittleres Patientenalter und klinikindividueller mittlerer PCCL einer Korrelationsanalyse unterworfen, so ergibt sich ein Korrelationskoeffizient von 0,47. Dies entspricht einer geringen Korrelation.

3.1.3.2 Belegabteilungen

Der Anteil der Fälle der HNO-Belegabteilungen mit einem PCCL=0 beträgt 89,3%. Patienten mit erheblichen Komorbiditäten (PCCL>2) machen einen Anteil von 4,7% der retrospektiven Stichprobe aus (Abbildung 3-7). Der durchschnittliche klinikindividuelle PCCL der retrospektiven Stichprobe schwankte zwischen 0,05 und 0,41 (Abbildung 3-8).

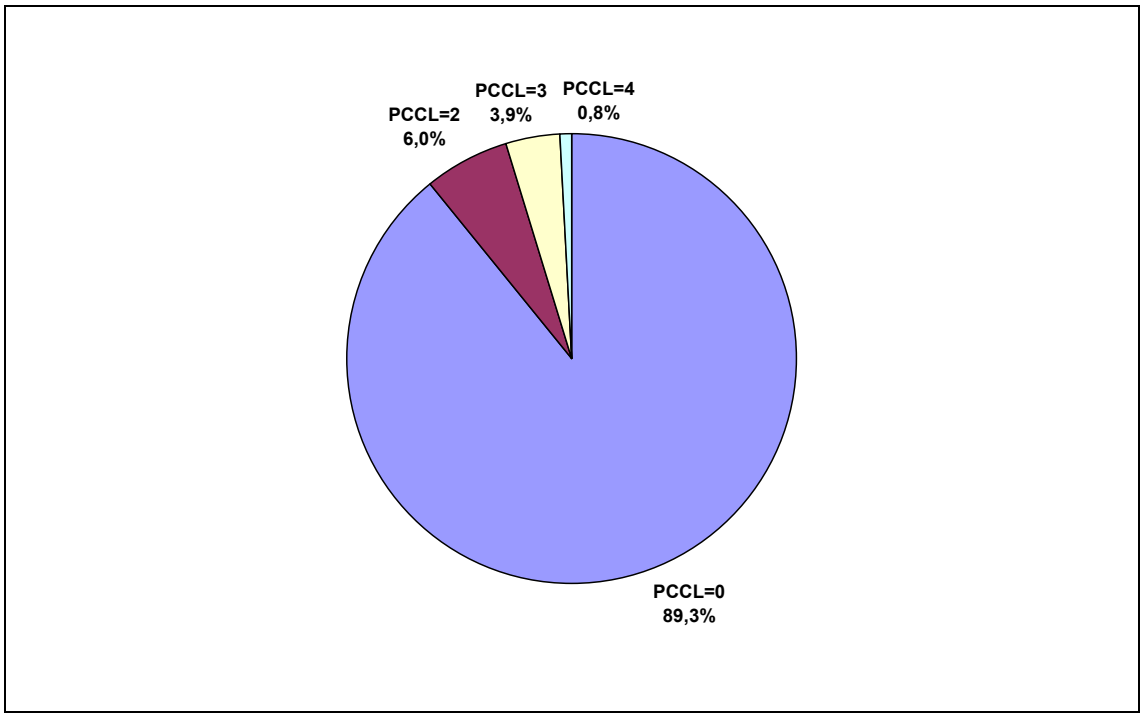

Abbildung 3-7 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: PCCL-Verteilung

Werden die beiden Parameter klinikindividuelles mittleres Patientenalter und klinikindividueller mittlerer PCCL einer Korrelationsanalyse unterworfen, so ergibt sich ein Korrelationskoeffizient von 0,50. Dies entspricht – analog zur retrospektiven Stichprobe der HNO-Hauptabteilungen – einer geringen Korrelation.

© DRG-Research-Group 2005

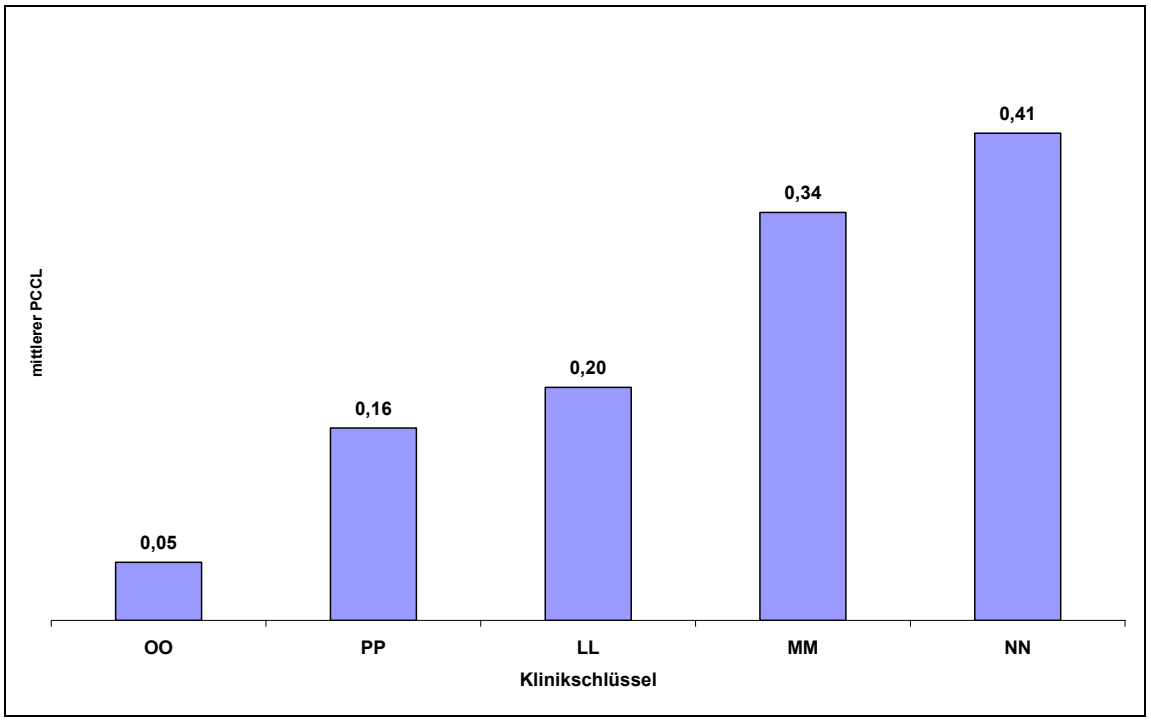

Abbildung 3-8 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: mittlerer PCCL je Klinik

3.1.4 Hauptdiagnosekategorien

3.1.4.1 Hauptabteilungen

Die Hauptdiagnosekategorie 03 Krankheiten und Störungen des Halses, der Nase, des Mundes und der Ohren bündelt die wesentlichen G-DRGs der HNO-Heilkunde. 79,5% aller Fälle aus Hauptabteilungen wurden diesen G-DRGs zugeordnet (Abbildung 3-9). Es ergeben sich jedoch auch innerhalb anderer Hauptdiagnosekategorien relevante Anteile. Dies betrifft z. B. die MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane sowie die MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma. Die Bezeichnungen der Hauptdiagnosekategorien finden sich in Tabelle 3-5.

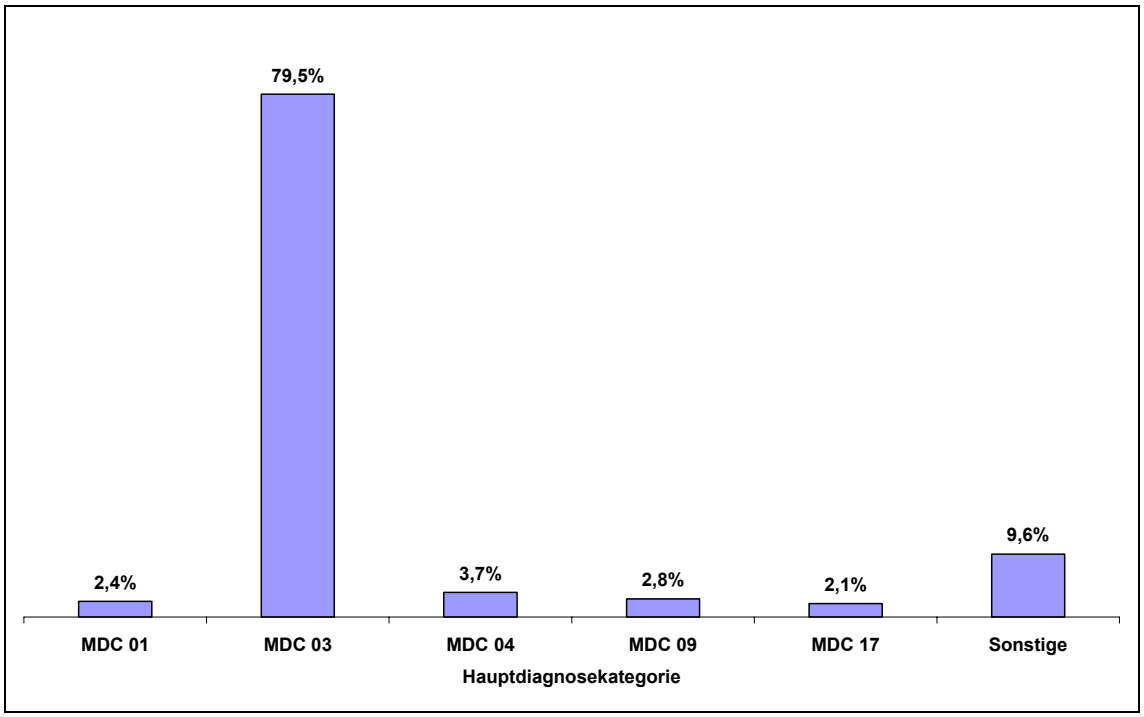

Abbildung 3-9 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: prozentuale Anteile der Eingruppierung in Hauptdiagnosekategorien

MDC	Bezeichnung
MDC 01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
MDC 03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
MDC 04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
MDC 09	Krankheiten und Störungen der Haut, Unterhaut und Mamma
MDC 17	Hämatologische und solide Neubildungen

Tabelle 3-5 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Bezeichnungen der relevanten Hauptdiagnosekategorien

3.1.4.2 Belegabteilungen

Der Anteil der Patienten der HNO-Belegabteilungen, die in die Hauptdiagnosekategorie 03 eingruppiert wurden, beträgt 92,9% (Abbildung 3-10). Gegenüber den Patienten in den Hauptabteilungen spielen die Hauptdiagnosekategorien 04 und 09 in den Belegabteilungen nur eine untergeordnete Rolle. Die zweithäufigste Hauptdiagnosekategorie nach der MDC 03 ist für die Fälle der Belegabteilungen die MDC 21B. Diese umfasst Patienten mit Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten. Die Bezeichnungen der Hauptdiagnosekategorien finden sich in Tabelle 3-6.

© DRG-Research-Group 2005

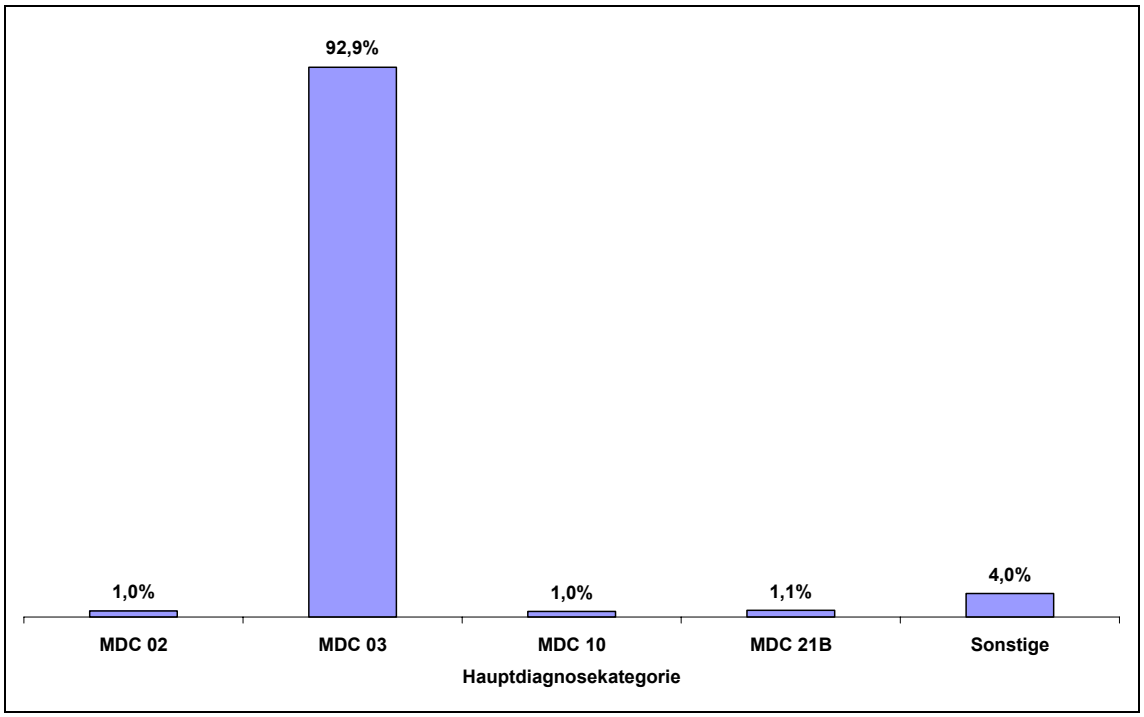

Abbildung 3-10 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: prozentuale Anteile der Eingruppierung in Hauptdiagnosekategorien

MDC	Bezeichnung
MDC 02	Krankheiten und Störungen des Auges
MDC 03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
MDC 10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
MDC 21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten

Tabelle 3-6 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Bezeichnungen der relevanten Hauptdiagnosekategorien

3.1.5 Top-20-G-DRGs

3.1.5.1 Hauptabteilungen

Tabelle 3-7 zeigt die Top-20-G-DRGs der Hauptaubteilungen der retrospektiven Stichprobe absteigend nach Fallzahlen geordnet. Von großer Bedeutung – insbesondere auch für die in Kapitel 4 folgenden Detailanalysen – ist, dass alleine die Top-5-G-DRGs einen kumulativen prozentualen Anteil von 55,9% aller Fälle aufweisen.

G-DRG	Bezeichnung	n Fälle	%
D30Z	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	20.217	22,7%
D06Z	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	11.516	12,9%
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	7.924	8,9%
D10Z	Verschiedene Eingriffe an der Nase	5.934	6,7%
D13Z	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals	4.194	4,7%
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege	3.036	3,4%
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	2.400	2,7%
D61Z	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	2.279	2,6%
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase	1.804	2,0%
D62Z	Epistaxis	1.714	1,9%
E63Z	Schlafapnoesyndrom	1.677	1,9%
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	1.668	1,9%
D05Z	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen	1.330	1,5%
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC	1.022	1,1%
D24Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals	970	1,1%
X63Z	Folgen einer medizinischen Behandlung	754	0,8%
901D	Ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule	683	0,8%
D25Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	604	0,7%
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	579	0,7%
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	574	0,6%

Tabelle 3-7 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Top-20-G-DRGs nach Fallzahlen

3.1.5.2 Belegabteilungen

Die absteigend nach Fallzahlen angeordneten Top-20-G-DRGs der Belegabteilungen zeigt Tabelle 3-8. Die Top-5-G-DRGs haben einen kumulativen Anteil von 86,7% der Fälle.

© DRG-Research-Group 2005

G-DRG	Bezeichnung	n Fälle	%
D30Z	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	2.035	43,5%
D06Z	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	963	20,6%
D10Z	Verschiedene Eingriffe an der Nase	482	10,3%
D13Z	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals	387	8,3%
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	187	4,0%
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege	72	1,5%
C05Z	Dakryozystorhinostomie	37	0,8%
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	32	0,7%
K12Z	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	31	0,7%
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase	30	0,6%
X63Z	Folgen einer medizinischen Behandlung	29	0,6%
D05Z	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen	25	0,5%
D61Z	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	21	0,4%
901D	Ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule	19	0,4%
D22Z	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung	19	0,4%
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen, Alter < 66 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	19	0,4%
D62Z	Epistaxis	18	0,4%
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	15	0,3%
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	13	0,3%
902Z	Nicht ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	12	0,3%

Tabelle 3-8 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Top-20-G-DRGs nach Fallzahlen

3.1.6 Case-Mix-Index

Jeder G-DRG ist eine ökonomische Bewertung (Bewertungsrelation) hinterlegt, welche als mittlerer Aufwand zur Behandlung dieser Fallgruppe durch das deutsche DRG-Institut (InEK) kalkuliert wurde. Werden alle in einem zu betrachtenden Zeitraum in einer Klinik behandelten Fälle in Fallgruppen gruppiert und die daraus resultierenden Bewertungsrelationen (zuzüglich der Langliegerzuschläge und abzüglich der Kurzliegerabschläge) addiert, ergibt sich als Summe der Case-Mix, welcher den gesamten ökonomischen Aufwand innerhalb einer Klinik (oder des Projektes) widerspiegeln soll. Der Case-Mix geteilt durch die zu Grunde liegende Anzahl der behandelten Fälle (pro Klinik oder auch des Gesamtprojektes) ergibt den Case-Mix-Index.

Über den Case-Mix-Index können zwei Abteilungen oder zwei Krankenhäuser direkt miteinander verglichen werden. Das Krankenhaus mit dem höheren Case-Mix-Index hat im Mittel

den höheren Aufwand, sofern eine sachgerechte DRG-Abbildungsqualität zugrunde gelegt wird. Zur Berechnung des Case-Mix-Index wurden die Bewertungsrelationen der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 – KFPV 2005) zugrunde gelegt. Auf die Problematik der Kalkulation und deren Ergebnisse wurde in der Einleitung eingegangen.

3.1.6.1 Hauptabteilungen

Die Verteilung des Case-Mix-Index (CMI) der retrospektiven Projektphase innerhalb der verschiedenen HNO-Hauptabteilungen zeigt die (Abbildung 3-11). Der mittlere Case-Mix-Index beträgt 0,855. Die klinikindividuelle Spannbreite reicht von 0,642 in Klinik Q bis 1,111 in Klinik JJ.

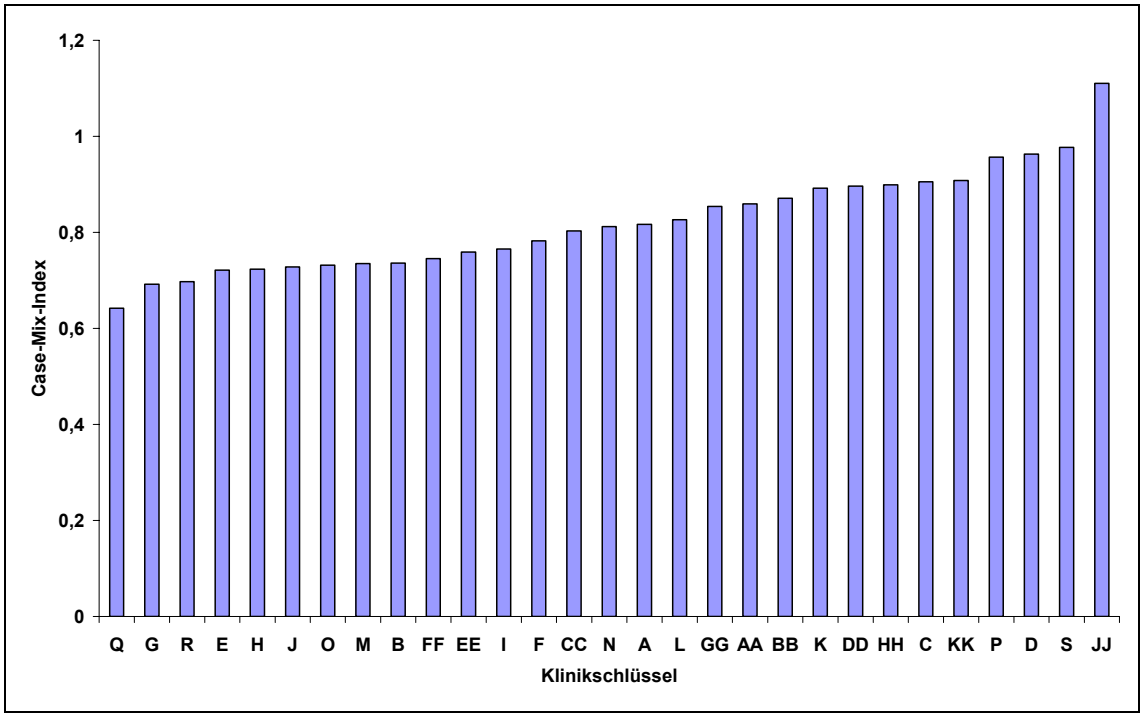

Abbildung 3-11 Retrospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: klinikindividueller CMI

3.1.6.2 Belegabteilungen

In der Fallpauschalenvereinbarung 2005 existieren mehrere Bewertungsrelationen für belegärztliche Leistungen. Für die nachfolgenden Auswertungen wurden die Bewertungsrelationen bei Belegoperateur (Spalte 4 des Fallpauschalenkataloges der G-DRG-Version 2005) zugrunde gelegt. Der mittlere Case-Mix-Index der HNO-Belegabteilungen der retrospektiven

© DRG-Research-Group 2005

Projektphase beträgt 0,719. Die klinikindividuelle Spannbreite reicht von 0,466 in Klinik LL bis 0,608 in Klinik NN.

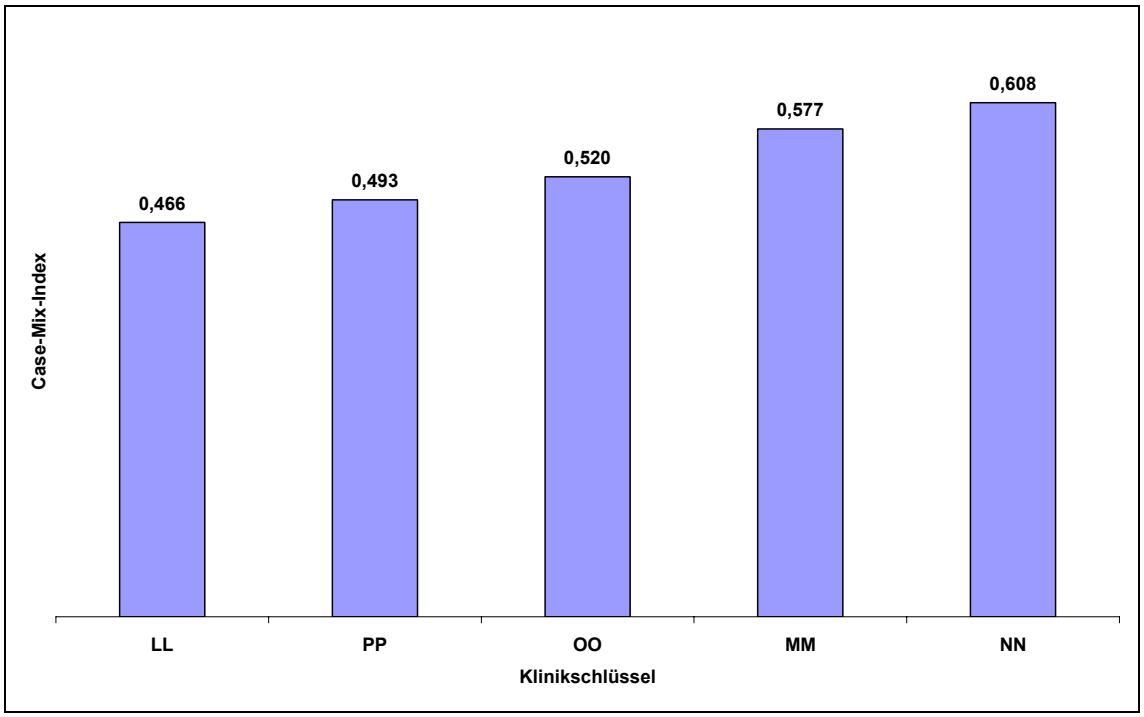

Abbildung 3-12 Retrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: klinikindividueller CMI

3.2 Prospektive Stichprobe

3.2.1 Stichprobenumfang

3.2.1.1 Hauptabteilungen

Nicht alle prospektiv übermittelten Datensätze der teilnehmenden HNO-Hauptabteilungen wurden in die prospektive Stichprobe eingeschlossen. Von 33.951 prospektiv gelieferten Datensätzen wurden 8.676 Datensätze gelöscht (Tabelle 3-9), da sie Informationen enthielten, welche nicht Gegenstand der Projektauswertung waren. Hierbei handelte sich um teilstationär behandelte Fälle sowie um Patienten, die ausschließlich vorstationär ohne nachfolgenden vollstationären Aufenthalt behandelt wurden. Die unterjährige Datensammlung im Rahmen der prospektiven Stichprobe erforderte bei allen teilnehmenden Kliniken den Einsatz eines Fachabteilungsfilters der §21-Rohdaten aus dem Klinikinformationssystem. Dieser Filter stand den Projektteilnehmern in Form der Projektsoftware DRG-Manager zur Verfügung. Aus diesem Grunde wurden im Rahmen der prospektiven Datenerhebung keine Datensätze geliefert, die Angaben zu HNO-fremden Fachabteilungsaufenthalten enthielten, es sei denn, dass dieser Patient im Rahmen des stationären Aufenthaltes auch einmal in einer HNO-Fachabteilung stationär verweilte. Aus diesem Grunde sind jedoch auch sehr hohe Anzahl von Datensätzen zu erklären, die zwar Diagnosen und Prozeduren enthielten, jedoch keine Stammdaten der Patienten, sowie von Fällen, welche außerhalb der Erfassungszeiträume aufgenommen wurden. Der eben beschriebene Fachabteilungsfilter löscht nur die Stammdaten der Patienten, die Datensätze mit Diagnosen und Prozeduren bleiben erhalten und wurden in einem zweiten Arbeitsgang durch die DRG-Research-Group vollständig gelöscht.

Viele Kliniken können unterjährig nur eingeschränkt einen §21-Export nach exakten Datumsvorgaben durchführen. Daher wurden häufig zu viele Datensätze exportiert. Auch hier erfolgte der genaue „Zuschnitt“ entsprechend der Einschlusskriterien der Projektbeschreibung bei der DRG-Research-Group und die überschüssigen Datensätze wurden gelöscht.

Im Gegensatz zur retrospektiven Stichprobe erfolgte bei der prospektiven Stichprobe in Anlehnung an die Methodik des InEK eine Prüfung auf Fallzusammenführung gem. §2 Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus der FPV 2005. Eine Überprüfung auf das Vorliegen einer Wiederaufnahme wegen Komplikation konnte nicht durchgeführt werden, weil hierzu die Datensätze nicht ausreichend Informationen beinhalten. Entsprechend der Vorgehensweise des InEK wurde daher die Prüfung auf Fallzusammenführung auf die Absätze 1 und 2 des §2 FPV 2005 beschränkt. Die prospektive Stichprobe wurde aufgrund der Notwendigkeit

© DRG-Research-Group 2005

einer Fallzusammenführung um 169 Fälle reduziert. Der prozentuale Anteil der Fallzusammenführungen schwankte klinikindividuell zwischen 0% und 3,7%.

Daher wurden 100 Datensätze aus formalen Gründen aus der prospektiven Stichprobe ausgeschlossen. Dies entspricht einem Anteil von 0,4%. 25.006 Datensätze gingen in die prospektiven Datenanalysen des Projektes ein (Tabelle 3-9). Die Ausschlussgründe und die Anzahl der betroffenen Fälle zeigt Tabelle 3-10.

Angabe von Diagnosen und Prozeduren ohne korrespondierende Stammdaten aus der Datei FALL.csv (Kapitel 2.2.3 und 9.3.1)	5.894
Stationäre Aufnahme vor dem 01.03.2004 oder nach dem 30.7.2004	2.661
Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung	114
Teilstationär behandelte Fälle	7
Summe gelieferter aber für das Projekt unrelevanter Datensätze (Kein Ausschluss aufgrund formaler Mängel)	**8.676**
Angabe des Entlassungsgrundes entspricht nicht den Vorgaben der Schnittstellenbeschreibung (Kapitel 9.3.1)	82
Angabe des Aufnahmegrundes entspricht nicht den Vorgaben der Schnittstellenbeschreibung (Kapitel 9.3.1)	18
Summe aufgrund formaler Mängel ausgeschlossener Datensätze	**100**

Tabelle 3-9 Hauptabteilungen: Ursache und Anzahl nicht in die prospektive Stichprobe eingeschlossener Fälle

Anzahl für das Projekt relevanter retrospektiver Datensätze	25.275
Fallzusammenführung	169
Anzahl aufgrund formaler Mängel ausgeschlossene Datensätze	100
Umfang der prospektiven Stichprobe	**25.006**

Tabelle 3-10 Hauptabteilung: Umfang der prospektiven Stichprobe

3.2.1.2 Belegabteilungen

Die Analysen der formalen Datenqualität wurden analog auch für die retrospektiven Datensätze aus den Belegabteilungen vorgenommen. Die aufgrund formaler Mängel ausgeschlossenen Datensätze haben einen Anteil von 0,3% der relevanten Datensätze. Fallzusammen-

führungen gemäß §2 Fallpauschalenverordnung 2005 Absätze 1 und 2 waren nicht durchzuführen. 660 Datensätze gingen in die prospektiven Datenanalysen des Projektes ein (Tabelle 3-12). Die Ausschlussgründe und die Anzahl der betroffenen Fälle zeigt Tabelle 3-11.

Stationäre Aufnahme vor dem 01.03.2004 oder nach dem 30.7.2004	3
Summe gelieferter aber für das Projekt unrelevanter Datensätze (Kein Ausschluss aufgrund formaler Mängel)	**3**
Angabe des Aufnahmegrundes entspricht nicht den Vorgaben der Schnittstellenbeschreibung (Kapitel 9.3.1)	2
Summe aufgrund formaler Mängel ausgeschlossener Datensätze	**2**

Tabelle 3-11 Belegabteilungen: Ursache und Anzahl nicht in die prospektive Stichprobe eingeschlossener Fälle

Anzahl für das Projekt relevanter retrospektiver Datensätze	662
Fallzusammenführung	0
Anzahl aufgrund formaler Mängel ausgeschlossene Datensätze	2
Umfang der prospektiven Stichprobe	**660**

Tabelle 3-12 Belegabteilungen: Umfang der prospektiven Stichprobe

3.2.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

3.2.2.1 Hauptabteilungen

Das mittlere Alter aller Patienten aus HNO-Hauptabteilungen der prospektiven Stichprobe betrug 43,3 Jahre. Abbildung 4-13 zeigt die Altersverteilung nach Altersklassen. Die Altersklasse der 40-49 jährigen Patienten weist – wie auch in der retrospektiven Stichprobe – den höchsten prozentualen Anteil auf. Den zweithöchsten Anteil erreicht in der prospektiven Stichprobe allerdings die Altersklasse der 65-74jährigen Patienten. Der kumulative Anteil der Patienten zwischen 18 und 49 Jahren beträgt 39,8% und liegt somit um 0,9% niedriger als der vergleichbare Anteil der retrospektiven Stichprobe. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren machen 16,4% der prospektiven Stichprobe aus.

60,5% der Patienten der prospektiven Stichprobe waren männlichen Geschlechts.

© DRG-Research-Group 2005

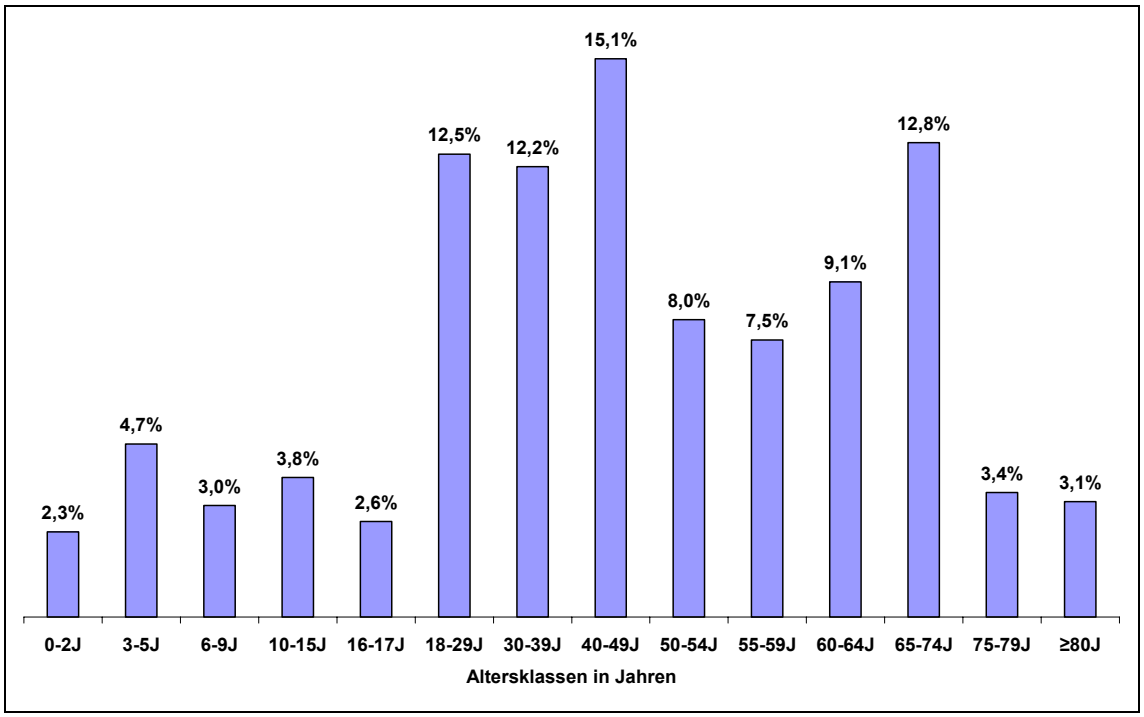

Abbildung 3-13 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Altersverteilung nach Altersklassen in Jahren

Das durchschnittliche Alter je HNO-Hauptabteilung liegt zwischen 36,3 und 50,7 Jahren (Abbildung 3-14).

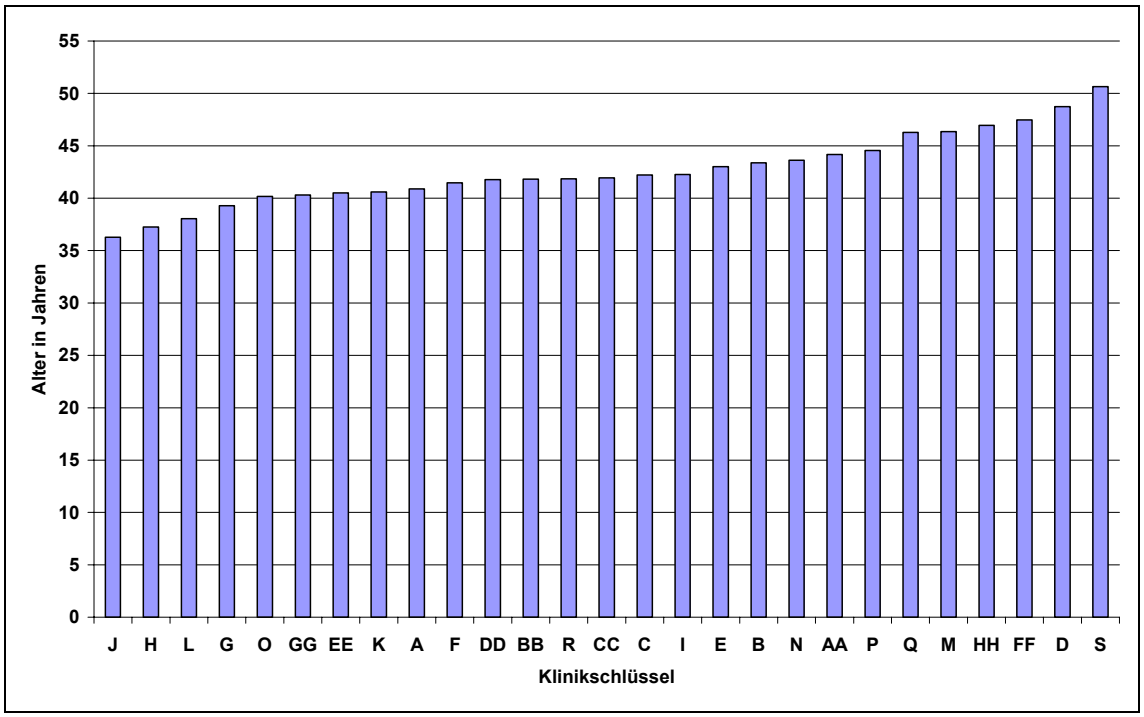

Abbildung 3-14 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: mittleres Patientenalter je Klinik

3.2.2.2 Belegabteilungen

Bei den HNO-Belegabteilungen dominiert die Altersklasse der 18-29jährigen mit einem prozentualen Anteil von 18,6%. Der kumulative Anteil der Patienten zwischen 18 und 49 Jahren beträgt 51,1% (Abbildung 3-15). Dieser Wert liegt um 4,7% höher als der vergleichbare Anteil der retrospektiven Stichprobe. Auch in der prospektiven Stichprobe machen Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre mit einem Anteil von (26,2%) einen um 9,8% höheren Anteil im Vergleich zu den HNO-Hauptabteilungen aus.

Das mittlere Alter aller Patienten aus HNO-Belegabteilungen der prospektiven Stichprobe betrug 33,5 Jahre. Das durchschnittliche Alter je HNO-Belegabteilung lag zwischen 25,0 und 39,1 Jahren (Abbildung 3-16).

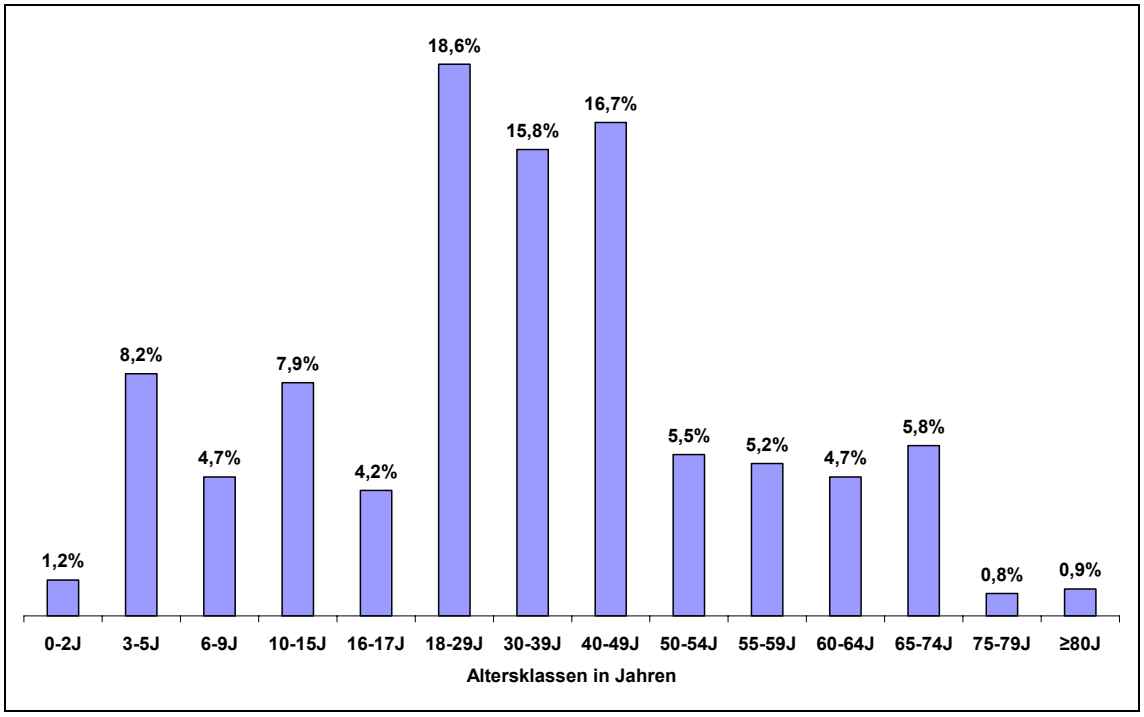

Abbildung 3-15 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Altersverteilung nach Altersklassen in Jahren

© DRG-Research-Group 2005

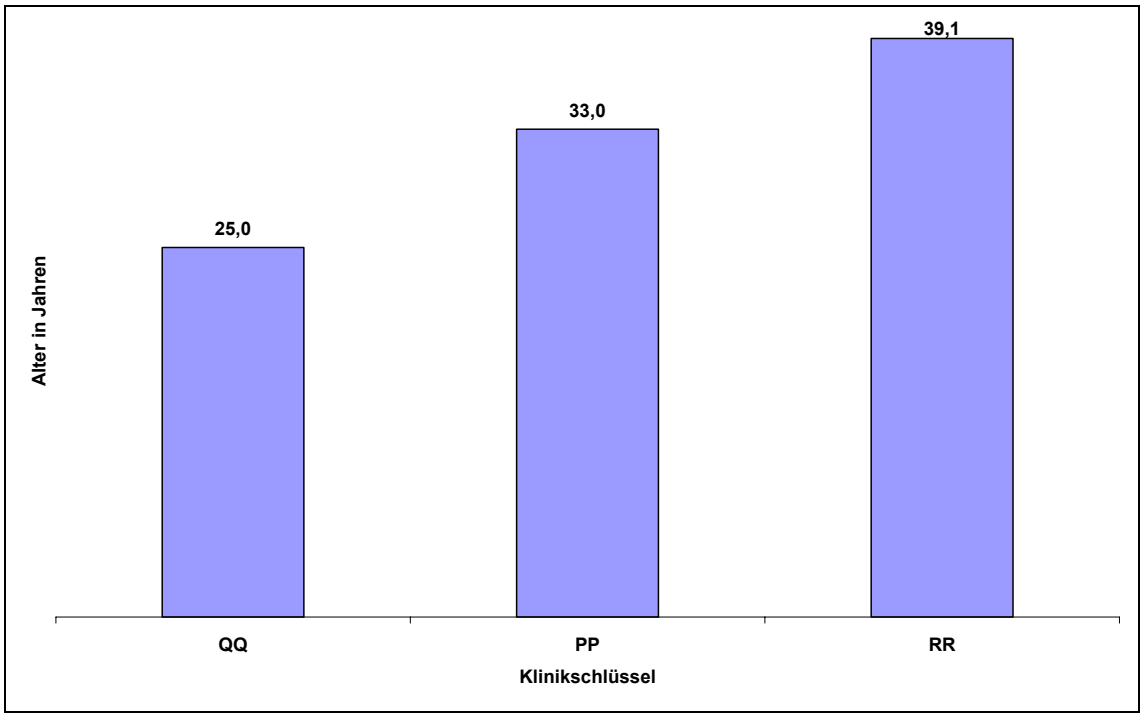

Abbildung 3-16 Prrospektive Stichprobe: Belegabteilungen: mittleres Patientenalter je Klinik

3.2.3 Patientenbezogener Gesamtschweregrad

3.2.3.1 Hauptabteilungen

Der mittlere PCCL aller Fälle aus HNO-Hauptabteilungen der retrospektiven Stichprobe betug 0,72. Die PCCL-Verteilung der prospektiven Strichprobe (Abbildung 3-17) zeigt einen prozentualen Anteil von Fällen mit einem PCCL=0 (73,6%). Der prozentuale Anteil der Fälle mit erheblichen Komorbiditäten (PCCL>2) beträgt 14,3% und liegt somit um 0,6% höher als der vergleichbare Wert der retrospektiven Stichprobe.

Der durchschnittliche klinikindividuelle PCCL der retrospektiven Stichprobe schwankte zwischen 0,29 in Klinik EE und 1,44 in Klinik CC (Abbildung 3-18).

Werden die beiden Parameter klinikindividuelles mittleres Patientenalter und klinikindividueller mittlerer PCCL einer Korrelationsanalyse unterworfen, so ergibt sich ein Korrelationskoeffizient von 0,29. Dies entspricht einer geringen Korrelation.

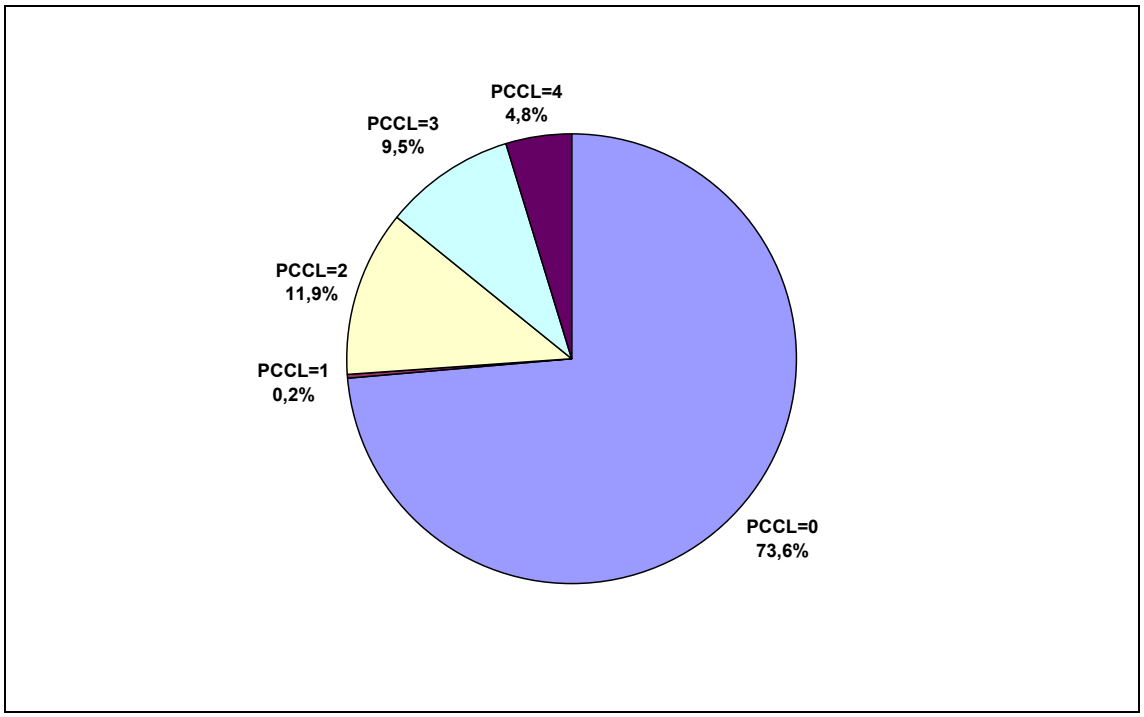

Abbildung 3-17 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: PCCL-Verteilung

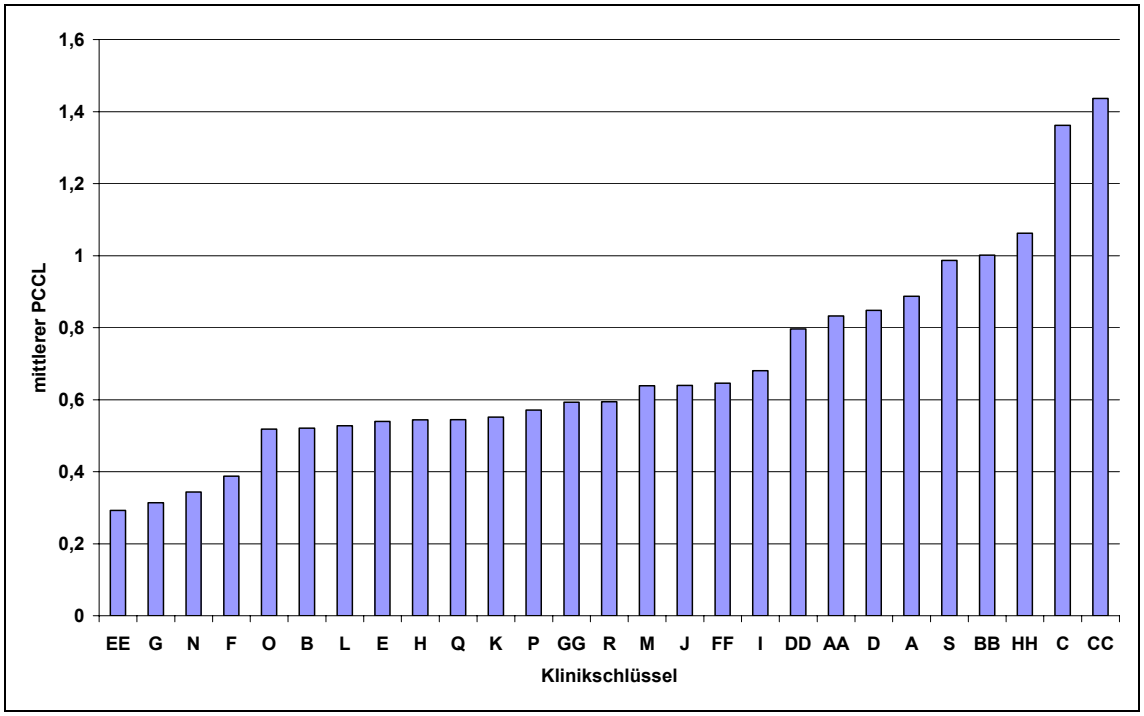

Abbildung 3-18 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: klinikindividueller mittlerer PCCL

© DRG-Research-Group 2005

3.2.3.2 Belegabteilungen

Der Anteil der Fälle der HNO-Belegabteilungen mit einem PCCL=0 beträgt 97,4%. Patienten mit erheblichen Komorbiditäten (PCCL>2) machen einen Anteil von 1,3% der prospektiven Stichprobe aus (Abbildung 3-19). Der durchschnittliche klinikindividuelle PCCL der retrospektiven Stichprobe schwankte zwischen 0 und 0,146 (Abbildung 3-20). Der mittlere PCCL aller drei Belegabteilungen betrug 0,065.

Die Belegabteilung RR hat einen mittlere PCCL von 0. Keine der dokumentierten Nebendiagnosen war schweregradsteigernd.

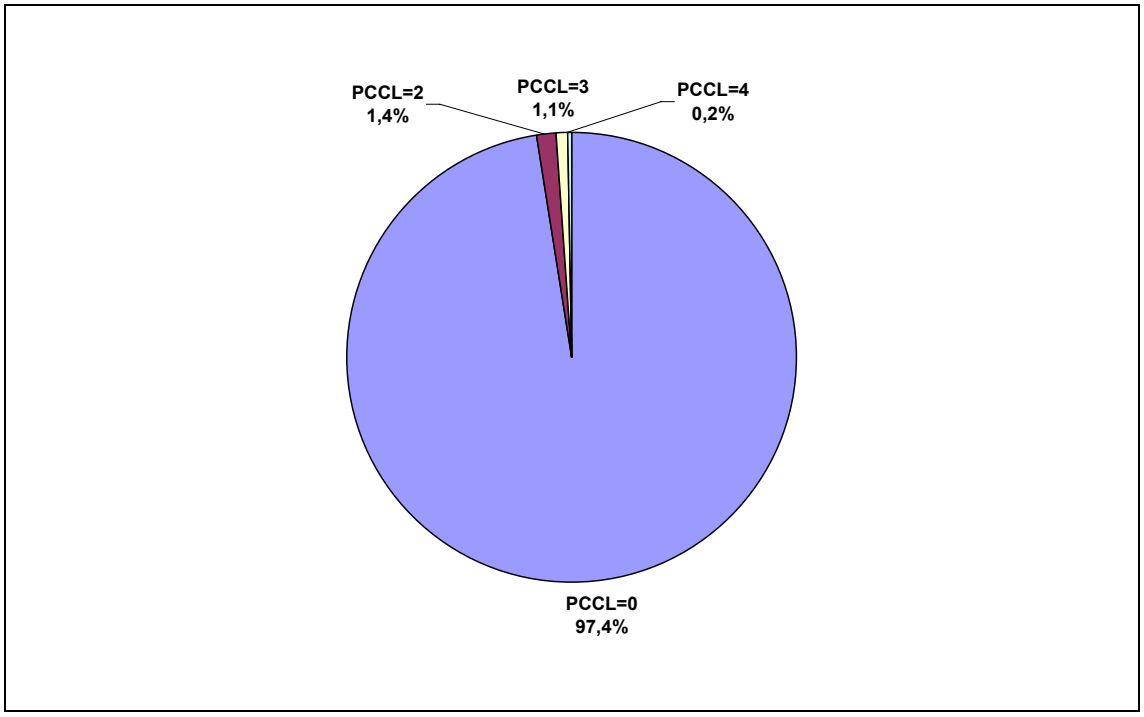

Abbildung 3-19 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: PCCL-Verteilung

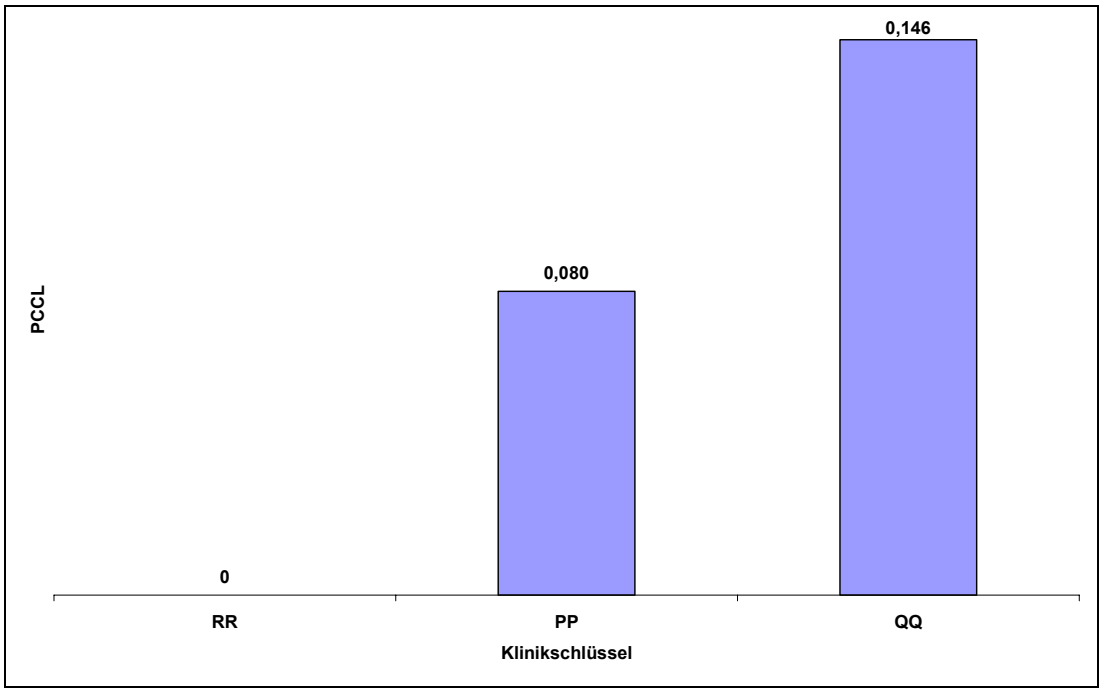

Abbildung 3-20 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: klinikindividueller mittlerer PCCL

3.2.4 Hauptdiagnosekategorien

3.2.4.1 Hauptabteilungen

Die Hauptdiagnosekategorie 03 Krankheiten und Störungen des Halses, der Nase, des Mundes und der Ohren bündelt die wesentlichen G-DRGs der HNO-Heilkunde. 76,1% aller Fälle aus Hauptabteilungen wurden diesen G-DRGs zugeordnet (Abbildung 3-21). Es ergeben sich jedoch auch innerhalb anderer Hauptdiagnosekategorien relevante Anteile. Dies betrifft z. B. die MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane sowie die MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems. Die Bezeichnungen der Hauptdiagnosekategorien finden sich in Tabelle 3-13.

MDC	Bezeichnung
MDC 01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
MDC 03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
MDC 04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
MDC 06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
MDC 09	Krankheiten und Störungen der Haut, Unterhaut und Mamma
MDC 16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
MDC 17	Hämatologische und solide Neubildungen
MDC 21B	Verbrennungen
MDC 23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Tabelle 3-13 Prospektive Stichprobe: Bezeichnungen der relevanten Hauptdiagnosekategorien

© DRG-Research-Group 2005

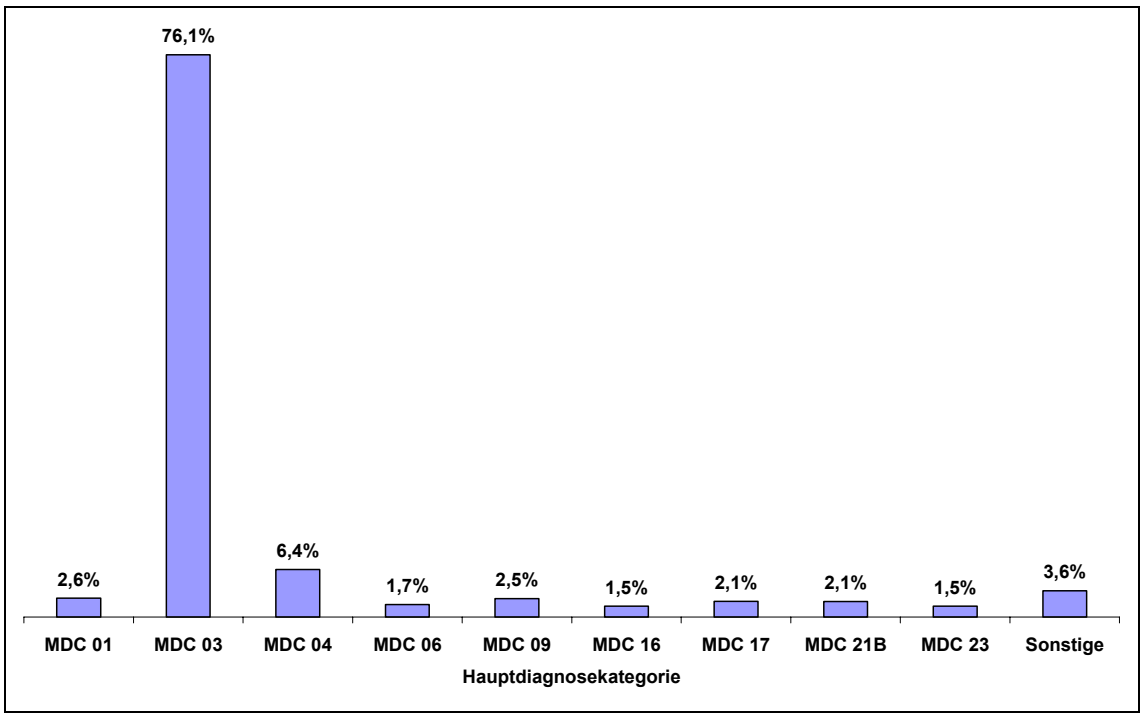

Abbildung 3-21 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: prozentuale Anteile der Eingruppierung in Hauptdiagnosekategorien

3.2.4.2 Belegabteilungen

Der Anteil der Patienten der HNO-Belegabteilungen, die in die Hauptdiagnosekategorie 03 eingruppiert wurden, beträgt 94,8% (Abbildung 3-22). Genau wie in der retrospektiven Stichprobe, spielen die Hauptdiagnosekategorien 04 und 09 in den Belegabteilungen nur eine untergeordnete Rolle. Die zweithäufigste Hauptdiagnosekategorie nach der MDC 03 ist für die Fälle der Belegabteilungen die MDC 09 (Tabelle 3-13).

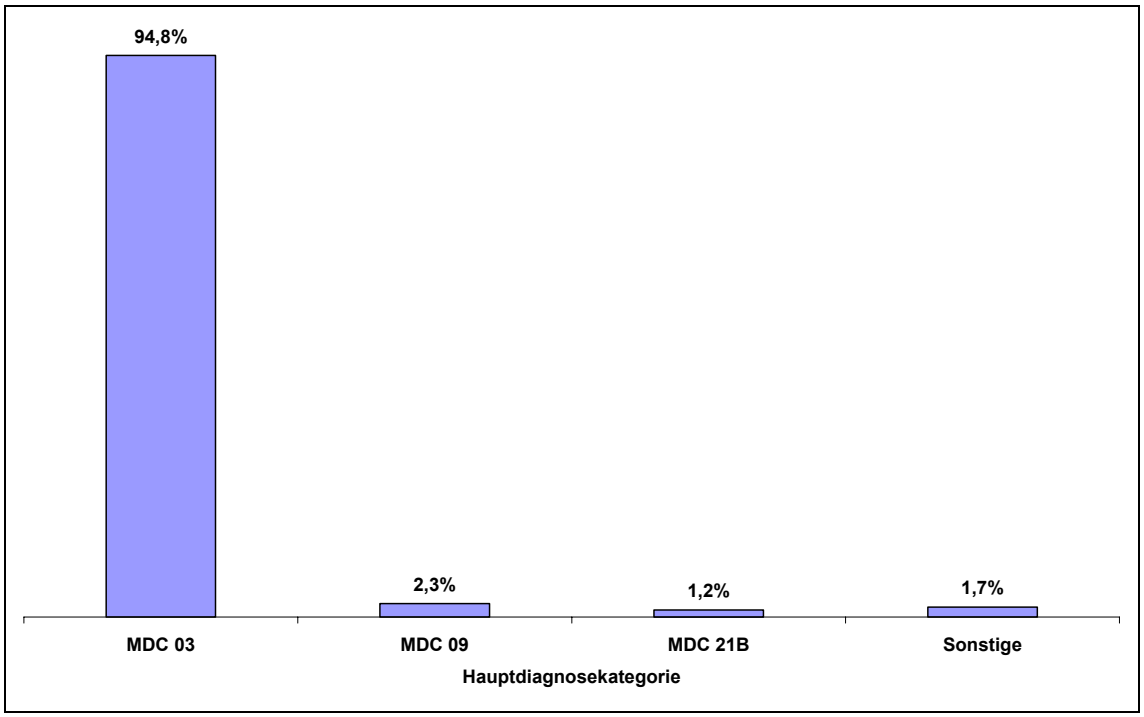

Abbildung 3-22 Prospektive Stichprobe: Belegtabteilungen: prozentuale Anteile der Eingruppierung in Hauptdiagnosekategorien

3.2.5 Top-G-DRGs

3.2.5.1 Hauptabteilungen

Tabelle 3-14 zeigt die Top-20-G-DRGs der Hauptaubteilungen der prospektiven Stichprobe absteigend nach Fallzahlen geordnet. Alleine die Top-5-G-DRGs machen einen kumulativen prozentualen Anteil von 55,6% aller Fälle aus.

© DRG-Research-Group 2005

G-DRG	Bezeichnung	n Fälle	%
D30Z	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	6.014	24,1%
D06Z	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	3.473	13,9%
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	1.800	7,2%
D10Z	Verschiedene Eingriffe an der Nase	1.485	5,9%
E63Z	Schlafapnoesyndrom	1.116	4,5%
D13Z	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals	1.093	4,4%
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	648	2,6%
D61Z	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	639	2,6%
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege	613	2,5%
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	439	1,8%
D62Z	Epistaxis	406	1,6%
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase	364	1,5%
D05Z	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen	341	1,4%
X63Z	Folgen einer medizinischen Behandlung	225	0,9%
D24Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals	224	0,9%
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC	212	0,9%
J64C	Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose	164	0,7%
Z64Z	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	163	0,7%
G49Z	Koloskopie und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage	163	0,7%
D25Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung	160	0,6%

Tabelle 3-14 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Top-20-G-DRGs nach Fallzahlen

Die Projektstichprobe verteilt sich auf insgesamt 388 verschiedene G-DRGs.

3.2.5.2 Belegabteilungen

Die Top-10-G-DRGs der belegärztlichen Stichprobe sind absteigend nach Fallzahl geordnet in Tabelle 3-15 dargestellt. Die Top-5-G-DRGs machen eine kumulativen prozentualen Anteil von 92,9% aller Fälle aus.

G-DRG	Bezeichnung	n Fälle	%
D30Z	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC	266	40,3%
D06Z	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen	187	28,3%
D10Z	Verschiedene Eingriffe an der Nase	126	19,1%
D13Z	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals	29	4,4%
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne CC	5	0,8%
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	4	0,6%
D26Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	4	0,6%
X63Z	Folgen einer medizinischen Behandlung	4	0,6%
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase	3	0,5%
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	3	0,5%

Tabelle 3-15 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Top-10-G-DRGs nach Fallzahlen

3.2.6 Top-20 Hauptdiagnosen

3.2.6.1 Hauptabteilungen

Von den teilnehmenden Hauptabteilungen wurden 1.098 unterschiedliche Hauptdiagnosen dokumentiert. Tabelle 3-16 stellt die Top-20-Hauptdiagnosen der prospektiven Stichprobe nach absteigender Fallzahl dar. Die Top-20-Hauptdiagnosen machen 48,0% aller verwendeten Hauptdiagnosen aus.

© DRG-Research-Group 2005

ICD-10	Bezeichnung	n Fälle	%
J35.0	Chronische Tonsillitis	1.944	7,8%
J34.2	Nasenseptumdeviation	1.483	5,9%
J32.4	Chronische Pansinusitis	1.238	5,0%
G47.3	Schlafapnoe	1.161	4,6%
J36	Peritonsillarabszess	736	2,9%
J35.2	Hypertrophie der Rachenmandeln	602	2,4%
H91.2	Idiopathischer Hörsturz	595	2,4%
R04.0	Epistaxis	465	1,9%
H71	Cholesteatom des Mittelohres	438	1,8%
S02.2	Nasenbeinfraktur	359	1,4%
C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis	352	1,4%
H81.2	Neuropathia vestibularis	335	1,3%
M95.0	Erworbene Deformität der Nase	333	1,3%
H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	331	1,3%
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	327	1,3%
J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	295	1,2%
J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	281	1,1%
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete Bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	254	1,0%
J35.1	Hypertrophie der Gaumenmandeln	240	1,0%
D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	238	1,0%

Tabelle 3-16 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Top-20-Hauptdiagnosen nach Fallzahlen

3.2.6.2 Belegabteilungen

Tabelle 3-17 stellt die Top-10-Hauptdiagnosen der prospektiven belegärztlichen Stichprobe nach absteigender Fallzahl dar. Die Top-10-Hauptdiagnosen machen 86,1% aller verwendeten Hauptdiagnosen aus. Insgesamt wurden 82 unterschiedlichen Hauptdiagnosen verwendet.

ICD-10	Bezeichnung	n Fälle	%
J34.2	Nasenseptumdeviation	179	27,1%
J35.0	Chronische Tonsillitis	163	24,7%
H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	38	5,8%
J32.4	Chronische Pansinusitis	31	4,7%
J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	28	4,2%
H71	Cholesteatom des Mittelohres	18	2,7%
M95.0	Erworbene Deformität der Nase	18	2,7%
J35.2	Hypertrophie der Rachenmandeln	14	2,1%
S02.2	Nasenbeinfraktur	10	1,5%
J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	10	1,5%
H65.4	Sonstige chronische nichteitrige Otitis media	9	1,4%
H80.9	Otosklerose, nicht näher bezeichnet	8	1,2%
J34.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	7	1,1%
J01.4	Akute Pansinusitis	6	0,9%
J36	Peritonsillarabszess	6	0,9%
Q17.5	Abstehendes Ohr	5	0,8%
H74.1	Otitis media adhaesiva	5	0,8%
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	5	0,8%
C44.9	Bösartige Neubildung der Haut, nicht näher bezeichnet	4	0,6%
H90.1	Einseitiger Hörverlust durch Schalleitungsstörung bei nicht eingeschränktem Hörvermögen der anderen Seite	4	0,6%

Tabelle 3-17 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Top-20-Hauptdiagnosen nach Fallzahlen

3.2.7 Top-Nebendiagnosen

3.2.7.1 Hauptabteilungen

Tabelle 3-18 zeigt die häufigsten kodierten Nebendiagnosen. Doppelt kodierte Nebendiagnosen wurden nicht berücksichtigt. Insgesamt wurden 3.505 verschiedene Nebendiagnose-Kodes verwendet.

© DRG-Research-Group 2005

ICD-10	Bezeichnung	n Fälle
J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	6.045
J34.2	Nasenseptumdeviation	4.752
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	3.090
J35.0	Chronische Tonsillitis	2.737
F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	2.437
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	1.991
J35.2	Hypertrophie der Rachenmandeln	1.931
J32.4	Chronische Pansinusitis	1.863
R13	Dysphagie	1.745
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete Bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	1.631
R06.5	Mundatmung	1.560
J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	1.394
H90.2	Hörverlust durch Schalleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	1.273
J36	Peritonsillarabszess	1.180
H65.3	Chronische muköse Otitis media	1.141
J35.8	Sonstige chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	1.135
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	1.099
Z43.0	Versorgung eines Tracheostomas	1.083
H93.1	Tinnitus aurium	1.080
J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	1.069

Tabelle 3-18 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Top-20-Nebendiagnosen nach Fallzahlen

3.2.7.2 Belegabteilungen

Tabelle 3-19 zeigt die häufigsten kodierten Nebendiagnosen der prospektiven belegärztlichen Stichprobe. Doppelt kodierte Nebendiagnosen wurden nicht berücksichtigt. Insgesamt wurden 105 verschiedene Nebendiagnose-Kodes verwendet.

ICD-10	Bezeichnung	n Fälle
J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	255
J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	82
J34.2	Nasenseptumdeviation	52
J35.2	Hypertrophie der Rachenmandeln	50
J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	28
H65.4	Sonstige chronische nichteitrige Otitis media	27
Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	22
H61.3	Erworbene Stenose des äusseren Gehörganges	13
J35.0	Chronische Tonsillitis	10
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	7

Tabelle 3-19 Prospektive Stichprobe: Belegtabteilungen: Top-10-Nebendiagnosen nach Fallzahlen

3.2.8 Top-20 gruppierungsrelevante OPS-Prozeduren

3.2.8.1 Hauptabteilungen

Von den teilnehmenden Hauptabteilungen wurden 940 unterschiedliche gruppierungsrelevante OPS-Kodes dokumentiert. Tabelle 3-20 stellt die Top-20 dieser OPS-Kodes der prospektiven Stichprobe nach absteigender Fallzahl dar. Der kumulative prozentuale Anteil beträgt 48,2%.

OPS	Bezeichnung	n Fälle	%
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	1.694	9,9%
5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	850	5,0%
5-214.2	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion mit Resektion	686	4,0%
5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	680	4,0%
5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	625	3,7%
5-222.21	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transnasal: Mit Darstellung der Schädelbasis	442	2,6%
5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	439	2,6%
5-214.1	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion ohne Resektion	400	2,3%
5-224.2	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal	279	1,6%
5-262.01	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring	252	1,5%
5-221.21	Operationen an der Kieferhöhle: Schleimhauterhaltende Operation, transoral oder transnasal: Beidseitig	232	1,4%
5-221.11	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang: Beidseitig	220	1,3%
5-222.0	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	220	1,3%
5-218.20	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit lokalen Transplantaten	203	1,2%
5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endomeatal oder endaural	192	1,1%
5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	171	1,0%
5-194.1	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Retroaurikulär	171	1,0%
5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	162	1,0%
5-221.10	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang: Einseitig	161	0,9%
5-224.4	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	144	0,8%

Tabelle 3-20 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Top-20-gruppierungsrelevante OPS-Kodes nach Fallzahlen

© DRG-Research-Group 2005

3.2.8.2 Belegabteilungen

Tabelle 3-21 zeigt die häufigsten kodierten gruppierungsrelevanten OPS-Kodes der prospektiven belegärztlichen Stichprobe.

OPS	Bezeichnung	n Fälle	%
5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	125	19,4%
5-224.3	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidsphenoidektomie, transnasal	110	17,1%
5-214.2	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion mit Resektion	58	9,0%
5-214.1	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion ohne Resektion	43	6,7%
5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	42	6,5%
5-222.21	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transnasal: Mit Darstellung der Schädelbasis	37	5,7%
5-195.2	Tympanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Antrotomie oder Mastoidektomie	24	3,7%
5-218.20	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit lokalen Transplantaten	18	2,8%
5-195.4	Tympanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Ersatzkolumella	10	1,6%
5-194.0	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endomeatal oder endaural	9	1,4%
5-215.00	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Destruktion: Diathermie	8	1,2%
5-262.40	Resektion einer Speicheldrüse: Glandula submandibularis: Ohne intraoperatives Monitoring des Ramus marginalis N. facialis	7	1,1%
5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	7	1,1%
5-221.21	Operationen an der Kieferhöhle: Schleimhauterhaltende Operation, transoral oder transnasal: Beidseitig	6	0,9%
5-203.0	Mastoidektomie: Einfache Mastoidektomie	6	0,9%
5-215.11	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden: Beidseitig	6	0,9%
5-191.0	Stapedektomie: Mit Interposition und Implantation einer Prothese	6	0,9%
5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	6	0,9%
5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	5	0,8%
5-195.61	Tympanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Typ III mit Ersatzkolumella und Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	5	0,8%

Tabelle 3-21 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Top-20-gruppierungsrelevante OPS-Kodes nach Fallzahlen

3.2.9 Sonderdokumentation

Die nachfolgenden Tabellen zeigen die besonders dokumentierten Leistungen gemäß des Erfassungsbogens (Kapitel 9.3.3) absteigend sortiert nach ihrem Anteil am Gesamtressourcenverbrauch des Projektes.

3.2.9.1 Hauptabteilungen

Leistungsbezeichnung	n Fälle	%-Anteil am Gesamtaufwand
Perioperative-Überwachung in besonderer Observations-Station (nicht Aufwachraum)	373	0,35%
Doppelseitige CI-Implantation, einzeitig	4	0,15%
Teure serologische Diagnostik, kumulierte Kosten > 50 €	670	0,09%
Audiologische Diagnostik, einfache Vestibularisdiagnosik	2.317	0,08%
Standard- Mittelohrimplanatat (allogen)	388	0,07%
Andere teure Antibiotika	1.280	0,07%
Versorgung mit Trachealkanülen o.ä.	296	0,05%
Ernährung über Magensonde	304	0,04%
Osteoimplantat (für Epithese, knochenverankertes Hörgerät o.ä.)	23	0,03%
Teures Mittelohrimplantat	57	0,03%
Fibrinkleber (z.B. Tissucol Duo S)	153	0,03%
Lasertubus	184	0,03%
Clindamycin	390	0,02%
PDS-Folie o.ä. (Kosten < 150 €)	96	0,02%
Komplexe Vestibularisdiagnostik CNG/Drehstuhlprüfung o.ä.	570	0,02%
Stimmprothese (z.B. Provox)	54	0,02%
Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.)	419	0,01%
Osteosynthesen 100 - 200 € gesamt	44	0,01%
Ciprofloxacin	91	0,01%
Pflege/Versorgung Tracheostoma	381	0,01%

Tabelle 3-22 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: Top-20-gesondert dokumentierten Leistungen nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand

3.2.9.2 Belegabteilungen

Leistungsbezeichnung	n Fälle	%-Anteil am Gesamtaufwand
Andere teure Antibiotika	54	0,36%
Standard- Mittelohrimplanatat (allogen)	12	0,26%
Clindamycin	8	0,06%
Andere teure zytostatische Einzelsubstanz >25 Euro	2	0,02%
Lasertubus	1	0,02%
Audiologische Diagnostik, einfache Vestibularisdiagnosik	2	0,01%

Tabelle 3-23 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: Top--gesondert dokumentierten Leistungen nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

3.2.10 Qualifikation des Operateurs

Der Erfassungsbogen erlaubte die Kennzeichnung einer durchgeführten Operation als Lehr-Operation bzw. als Operation, die einen besonders qualifizierten Operateur oberhalb des Facharzt-Standards erforderte. Nachfolgend werden die Ergebnisse getrennt für Haupt- und Belegabteilungen dargestellt.

3.2.10.1 Hauptabteilungen

Bei n=15.212 (60,8%) Patienten wurden die OP-Präsenzzeiten des ärtlichen und des pflegerischen Personals sowie die Anzahl der beteiligten Personen beider Berufsgruppen bei 15.905 operativen Eingriffen fallbezogen dokumentiert. Bei n=1.862 (12,2%) Fällen und 1.934 (12,2%) Operationen erfolgte die Kennzeichnung als Lehr-Operation. 2.412 (15,2%) operative Eingriffe bei n=2.235 (14,7%) Fällen erforderten einen besonders qualifizierten Operateur. Eine Lehr-Operation dauerte im Durchschnitt 40,4 Minuten und wurde von 1,9 Operateuren durchgeführt. Der mittlere operative Personalaufwand (inkl. pflegerisches Personal und Anästhesie) einer Lehr-OP betrug 364,8 Aufwandäquivalente.

Bei einem Eingriff der einen besonders qualifizierten Operateur erforderte waren durchschnittlich 1,5 Ärzte bei der Operation anwesend und die OP-Dauer betrug 42,0 Minuten. Der mittlere operative Persoanlaufwand einer Operation, die einen besonders qualifizierten Operateur oberhalb des Facharzt-Standards erforderte, betrug 360,2 Aufwandäquivalente.

Bezogen auf den operativen Personalaufwand ergeben sich demnach zwischen einer Lehr-OP und einer Operation, die einen besonders qualifizierten Operateur oberhalb des Facharzt-Standards erfordert, keine wesentlichen Unterschiede.

3.2.10.2 Belegabteilungen

In den Daten der teilnehmenden Belegabteilungen waren bei 187 (28,3%) Fällen Dokumentationen des operativen Personalaufwandes durchgeführt worden. Bei 12 (6,4%) Fällen wurde eine Kennzeichnung als Lehr-OP vorgenommen. In 76 (40,6%) Fällen wurde angegeben, dass die Operation einen besonders qualifizierten Operateur oberhalb des Facharzt-Standards erforderte. Eine Lehr-Operation dauerte im Durchschnitt 41,3 Minuten und wurde von 1,5 Operateuren durchgeführt. Der mittlere operative Persoanlaufwand (inkl. pflegerisches Personal und Anästhesie) einer Lehr-OP betrug 273,3 Aufwandäquivalente.

Bei einem Eingriff der einen besonders qualifizierten Operateur erforderte war durchschnittlich ein Arzt/Ärztin bei der Operation anwesend und die OP-Dauer betrug 44,6 Minuten. Der mittlere operative Persoanlaufwand einer Operation, die einen besonders qualifizierten Ope-

rateur oberhalb des Facharzt-Standards erforderte, betrug 288,9 Aufwandäquivalente. Operationen durch einen besonders qualifizierten Facharzt sind demnach bei Belegabteilungen um 15,1 (5,5%) Aufwandäquivalente aufwändiger als Lehr-Operationen. Hierbei ist jedoch die geringe Fallzahl der Fallgruppe der Belegärzte und insbesondere der dokumentierten Lehr-OPs (n=12) zu berücksichtigen.

3.2.11 Case-Mix-Index

3.2.11.1 Hauptabteilungen

Die Verteilung des Case-Mix-Index (CMI) der prospektiven Projektphase innerhalb der verschiedenen HNO-Hauptabteilungen zeigt die Abbildung 3-23. Der mittlere Case-Mix-Index beträgt 0,823. Die klinikindividuelle Spannbreite reicht von 0,579 in Klinik Q bis 1,12 in Klinik C.

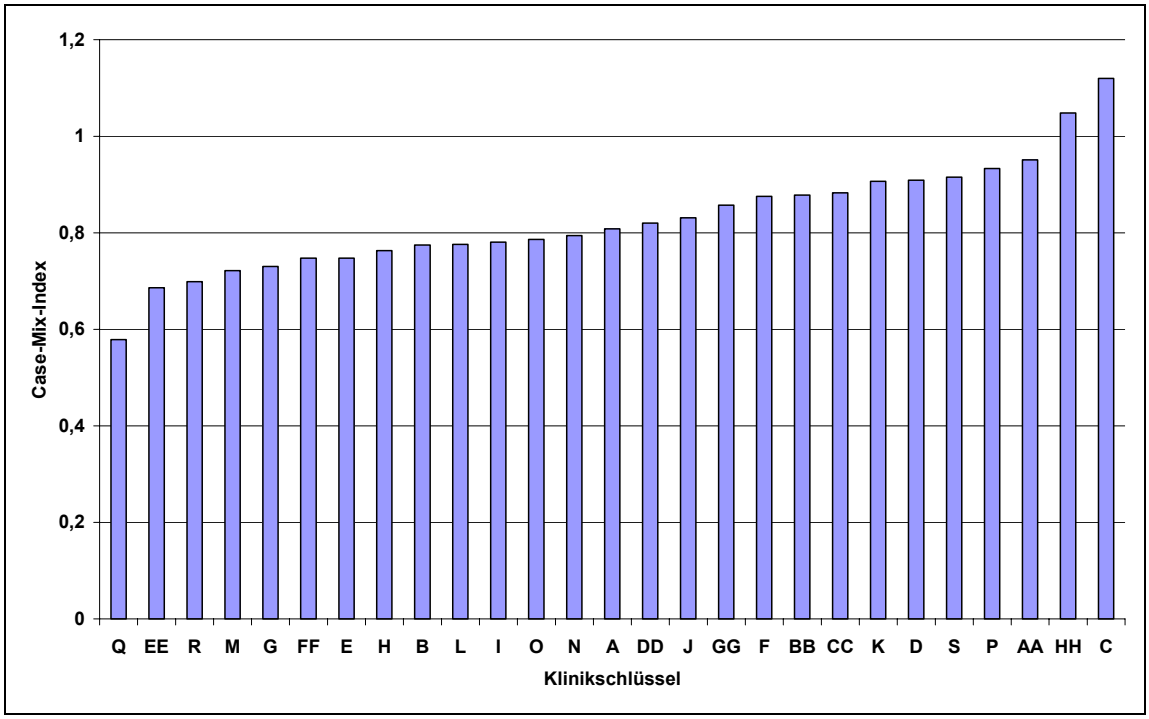

Abbildung 3-23 Prospektive Stichprobe: Hauptabteilungen: klinikindividueller Case-Mix-Index

3.2.11.2 Belegabteilungen

In der Fallpauschalenvereinbarung 2005 existieren mehrere Bewertungsrelationen für belegärztliche Leistungen. Für die nachfolgenden Auswertungen wurden die Bewertungsrelationen bei Belegoperateur (Spalte 4 des Fallpauschalenkataloges der G-DRG-Version 2005) zugrunde gelegt. Der mittlere Case-Mix-Index der HNO-Belegabteilungen der retrospektiven

© DRG-Research-Group 2005

Projektphase beträgt 0,789. Die klinikindividuelle Spannbreite reicht von 0,519 in Klinik QQ bis 0,608 in Klinik RR.

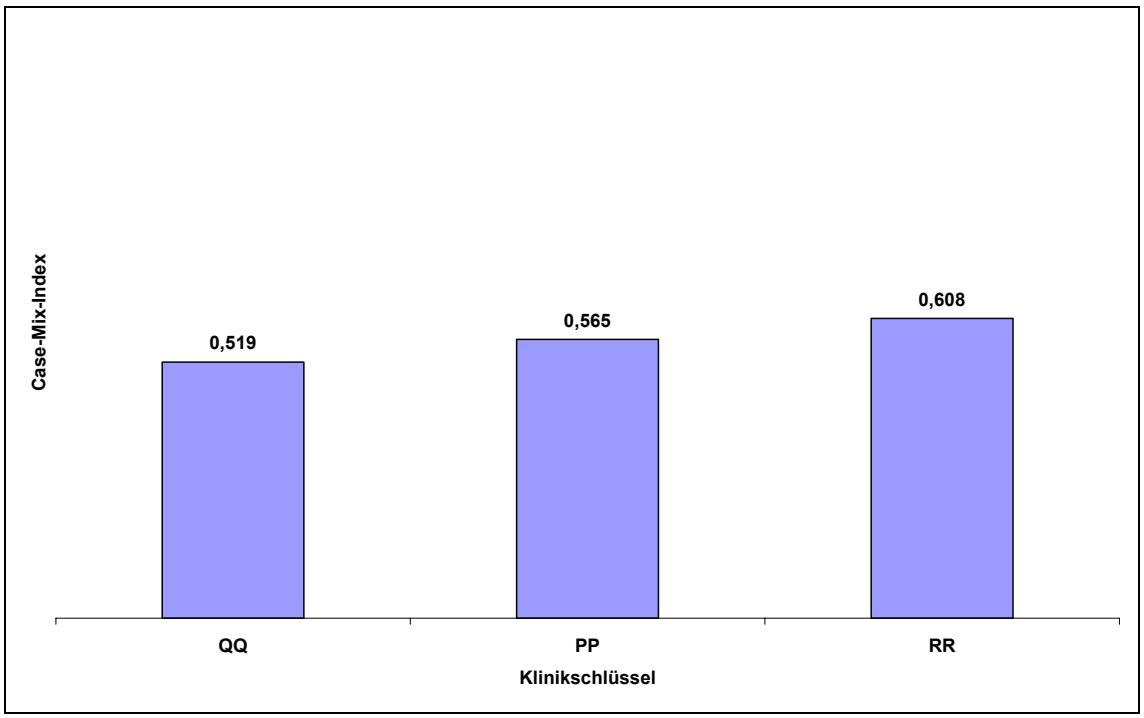

Abbildung 3-24 Prospektive Stichprobe: Belegabteilungen: klinikindividueller Case-Mix-Index. Berücksichtigt wurden die Bewertungsrelationen für Belegoperateuren (Spalte 4, Fallpauschalen-Katalog 2005)

3.3 Sekundärergebnis – Nutzen für die teilnehmenden Kliniken

Da im Rahmen dieses Projektes die Daten der teilnehmenden Kliniken intensiv geprüft wurden, fielen quasi als Nebenprodukt aus der Projektteilnahme für die einzelnen Kliniken viele hilfreiche Informationen an. Es ergaben sich für die am DRG-Evaluationsprojekt beteiligten Kliniken die folgenden Vorteile: Bei der Datenaufbereitung für das Projekt beschäftigten sich die Kliniken sehr intensiv mit den DRG relevanten Daten und dem unter DRG-Bedingungen darstellbaren Patientenspektrum. Dadurch wurde klinikintern Know-how aufgebaut, welches vorher in den meisten Kliniken in dieser Form nicht vorhanden war. Der intensive Austausch mit der DRG-Research- Group und den anderen Projektteilnehmern unterstützte diesen Prozess. Die für das Projekt generierten Daten wurden einer intensiven Überprüfung insbesondere der Kodierqualität unterzogen. Dadurch wurden erlösrelevante Defizite in der Kodierung frühzeitig aufgezeigt.

Durch die Zuordnung von aufwand- und damit kostenrelevanten Informationen zu jedem Fall konnte die Klinik gezielt ihre Prozesse darstellen und erhielt damit Informationen zur Optimierung. So können zukünftig teure Behandlungen auch quantitativ frühzeitig erkannt und,

wenn nötig, modifiziert werden. Das Leistungsspektrum wurde sichtbar. Jede Klinik kann nun genau erkennen, welche Leistungen in welcher Menge sie innerhalb des Erfassungszeitraumes erbracht hat. Da im Rahmen des Projektes vor der DRG-Eingruppierung die Kodierqualität überprüft wurde, ist die Eingruppierung valider als bei den derzeitigen Benchmarkingprojekten. Das Leistungsspektrum wird also exakter widergespiegelt. Im Rahmen des Projektes erhielt die Klinik mit der Software DRG-Manager ein Werkzeug zur Analyse der Patientendaten. Damit können auffällige Daten erkannt und verändert werden. So ist es beispielsweise möglich, gezielt alle Fälle in einer DRG zu überprüfen. Alle relevanten Daten des Krankenhauses werden von der Datenbank in eine für andere Programme einlesbare Form gebracht. Damit verfügt nun jede Klinik über alle wichtigen Daten zur eigenen Auswertung. Durch die transparente Beschreibung dieses Formates können diese Daten mit anderen Hilfsmitteln (z.B. MS-Access oder MS-Excel) ausgewertet werden. Die Transparenz des Kosten- und Leistungsspektrums erleichtert eine strategische Ausrichtung der Klinik (z.B. verstärkte Konzentration auf bestimmte besondere Gebiete). Problemgruppen werden rechtzeitig identifiziert.

Klinische Profile: Jede teilnehmende Klinik erhielt einen ausführlichen Bericht mit Tabellen und Grafiken, der die Kodierqualität darstellt und die Verteilung der Leistungen auf die verschiedenen DRGs zeigt sowie diese Daten zur Gesamtgruppe der teilnehmenden Kliniken vergleichend darstellt und sehr spezifische Informationen zu DRGs oder Hauptdiagnosen enthält. Verweildauer- und Aufwandprofile wurden für die Top-10-G-DRGs grafisch dargestellt (eigene Klinik und Vergleich zu den anderen Kliniken). Derartige Informationen können aus den herkömmlichen Benchmarkingprojekten nicht gewonnen werden, da dort keine Aufwanddaten erhoben werden.

© DRG-Research-Group 2005

4 Detailbetrachtung der Top-Projekt-DRGs

In diesem Kapitel werden die Top-30-G-DRGs der prospektiven Projektstichprobe Detailanalysen unterzogen. Die Ergebnisse beruhen grundsätzlich auf den Daten der Hauptabteilungen. Werden prospektive belegärztliche Daten beschrieben, so erfolgt eine eindeutige Kennzeichnung. Die Detailanalyse hat eine einheitliche Grundstruktur und ist in die folgenden Abschnitte gegliedert:

- Basisanalyse: Die Basisanalyse beginnt mit einer tabellarischen Darstellung grundlegender Kennzahlen zur jeweiligen G-DRG (n Fälle aus n Kliniken, Aufwand- und Verweildauerkennzahlen, Kurz-, Normal- und Langliegerstruktur, PCCL-Struktur, prozentuale Anteile der Top-Aufwandarten sowie Top-besonders dokumentierten Leistungen angeordnet nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der G-DRG). In den Bereichen Verweildauer der Normallieger, prozentuale Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger sowie der PCCL-Struktur erfolgt eine vergleichende Darstellung der Zahlen der Projekt- und der InEK-Stichprobe. Es folgt eine Kurzbeschreibung des Fallkollektivs dieser G-DRG. Dieser Abschnitt schließt mit einer Beschreibung des Anteils der Fälle, die Gesamtaufwendungen aufweisen, die den dreifachen Standardbereich überschreiten.
- Vergleich mit der InEK-Stichprobe: In diesem Abschnitt erfolgt ein Vergleich der Fallzusammensetzung der Projekt- und der InEK-Stichprobe. Die InEK-Daten entstammen dem G-DRG-Browser 2003/2005, welcher vom InEK im Internet veröffentlicht wurde. Hierbei wird insbesondere auch auf Unterschiede in der Alters- und PCCL-Struktur, der Kurz-, Normal- und Langliegerstruktur, der Verweildauer der Normallieger sowie der Anteile der Top-Hauptdiagnosen und –Prozeduren eingegangen. Bestehen hinsichtlich der Fallzusammensetzung wesentliche Unterschiede, z. B. wenn die InEK-Stichprobe einer G-DRG auch einen erheblichen Anteil von Fällen aus Nicht-HNO-Abteilungen enthält, wird dies ausdrücklich erwähnt. In diesen Fällen sind die Projektergebnisse nicht unmittelbar auch auf die InEK-Stichprobe übertragbar.
- Subgruppenanalyse: Die Subgruppenanalyse dient der Identifikation von Aufwand-, Verweildauer- und/oder Leistungsinhomogenitäten innerhalb der beschriebenen G-DRG und der entsprechenden Ursachenanalyse. Sie stellt das Kernelement der Detailanalyse dar. Für alle Top-G-DRGs wird eine grafische Darstellung der Streuung des Gesamtaufwandes sowie der klinikindividuellen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall gezeigt.

- Empfehlung: Abschließend erfolgt zu jeder Top-DRG eine Empfehlung. Die Ergebnisse der vorangegangenen Unterpunkte werden zusammengefasst und bewertet. Auf einen Anpassungsvorschlag zu der jeweiligen G-DRG, der im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2006 von der DGHNOKHC gestellt wurde, wird gegebenenfalls gesondert hingewiesen (Kapitel 6).

© DRG-Research-Group 2005

4.1 D30Z Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC

4.1.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	1
n Kliniken	27

n Fälle	6.014
%-Anteil an Stichprobe	24,1%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.085 AÄ
Median (alle Fälle)	2.032 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.028 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.998 AÄ
Standarderlös	2.135 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	5,6
mVWD (Inlier)	5,4
mVWD (InEK)	5,8

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	4,2%	5,8%
Inlier	91,1%	90,4%
High Outlier	4,7%	3,8%
CMI	0,720	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	79,8%	85,0%	5,5
PCCL = 2	10,0%	7,3%	5,4
PCCL = 3	9,2%	7,0 %	7,1
PCCL = 4	1,0%	0,7%	8,8

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	80,1%
OP	17,7%
Diagnostik	0,8%
PostOP	0,4%
Arzneimittel	0,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Nicht autogenes Mittelohrimplanatat	0,294%
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,153%
Osteoimplantat (für Epithese, knochenverankertes Hörgerät o.ä.)	0,084%
Audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,078%
Andere teure Antibiotika	0,066%

Tabelle 4-1 G-DRG D30Z: Basisanalyse

Die G-DRG D30Z umfasst die höchste Fallzahl der Projektstichprobe. 24,1% aller Fälle wurden dieser G-DRG zugeordnet. Die Ursache hierfür ist die Zusammenfassung sehr vieler mit hohen Fallzahlen verbundener operativer Eingriffe an den unterschiedlichsten Lokalisationen des HNO-Bereiches. Die Eingruppierungskriterien dieser G-DRG betreffen Patienten mit Tonsillektomien aufgrund einer gutartigen Grunderkrankung ohne Berücksichtigung von Komorbiditäten des Patienten sowie die Durchführung verschiedener Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne das Vorhandensein äußerst schwerer Komorbiditäten (PCCL<4). Auf-

grund dieser DRG-Struktur sind auch Patienten mit einem PCCL=4 (Tabelle 4-1) in dieser G-DRG vertreten. Hierbei handelt es sich um Patienten mit äußerst schweren Komorbiditäten, die eine Tonsillektomie aufgrund einer nichtmalignen Grunderkrankung erhalten haben.

Der prozentuale Anteil der operativen und postoperativen Leistungen am Gesamtaufwand dieser G-DRG beträgt 18,1% (Tabelle 4-1). Durchschnittlich waren pro Operation 1,4 Ärzte und 1,8 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 40 min. und die des OP-Pflegepersonals 55 min. betrug. Vier Fünftel des Gesamtaufwandes entfällt auf die Aufwandart Normalstation.

Nicht-autogene Mittelohrimplantate hatten den höchsten prozentualen Anteil am Gesamtaufwand aller besonders dokumentierten Leistungen (Tabelle 4-1). Bei 265 Patienten dieser G-DRG wurde die Verwendung dieser Mittelohrimplantate dokumentiert. Dies entspricht einem Anteil von 72,4% aller gesondert dokumentierten nicht autogenen Mittelohrimplantate.

509 (8,5%) Fälle der G-DRG D30Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 509 Fälle beläuft sich auf 17,8%. Hierbei handelt es sich mehrheitlich um Patienten mit erhöhter Komorbidität, die Tonsillektomien erhielten sowie um Patienten mit den Hauptdiagnosen Cholesteatom bzw. bösartiger Neubildung der Glottis. Die mittlerer Verweildauer aller Fälle mit Aufwand-Extremwerten beträgt mit 11,7 Tagen mehr als das Doppelte der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG.

4.1.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Auch in der Kalkulationsstichprobe des InEK beinhaltet die G-DRG D30Z die höchste Fallzahl der MDC 03. Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur der Patienten und der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Während der Anteil der Patienten mit einem PCCL>0 in der Kalkulationsstichprobe 15% beträgt, beläuft sich dieser Anteil in der Projektstichprobe auf 20,2%. Die Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe ist um 0,4 Tage geringer als die der InEK-Stichprobe. Bezogen auf die Hauptdiagnosen ist der prozentuale Anteil chronischer Tonsillitiden in der Projektstichprobe deutlich geringer, derjeniger der Peritonsillarabszesse jedoch höher. Bösartige Neubildungen der Glottis mit einem prozentualen Anteil aller Hauptdiagnosen der G-DRG D30Z in der Projektstichprobe von 3,7% (Platz 6 der Top-12 Hauptdiagnosen) tauchen

© DRG-Research-Group 2005

in den Top-9 Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe nicht auf. Gleiches gilt für die Hauptdiagnose Larynxödem (1,9% aller Hauptdiagnosen der G-DRG D30Z der Projektstichprobe). Hierdurch ist auch der hohe Anteil (5,4%) an direkten diagnostischen Pharyngoskopien der Projektstichprobe nachvollziehbar. Dieser OPS-Kode findet sich ebenfalls nicht unter den Top-9 OPS-Kodes der InEK-Stichprobe.

4.1.3 Subgruppenanalyse

Wie bereits in Abschnitt 4.1.1 beschrieben, ist das Fallspektrum der G-DRG D30Z sehr heterogen zusammengesetzt. Dies betrifft einerseits die Streuung der mittleren Gesamtaufwendungen aller Patienten der DRG (Abbildung 4-1) und andererseits auch die mittleren Gesamtaufwendungen je teilnehmender Klinik (Abbildung 4-2).

Ungefähr 40% aller Fälle weisen einen mittleren Gesamtaufwand von unter 2.500 Aufwandäquivalenten und ca. 20% oberhalb von 3.000 Aufwandäquivalenten auf. Die Spannbreite der mittleren Gesamtaufwände je Fall reicht von 401 bis zu 19.166 Aufwandäquivalenten. Der klinikindividuelle mittlere Gesamtaufwand der Fälle in der G-DRG D30Z schwankt zwischen 1.663 und 2.707 Aufwandäquivalenten. Innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D30Z sind Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten vorhanden.

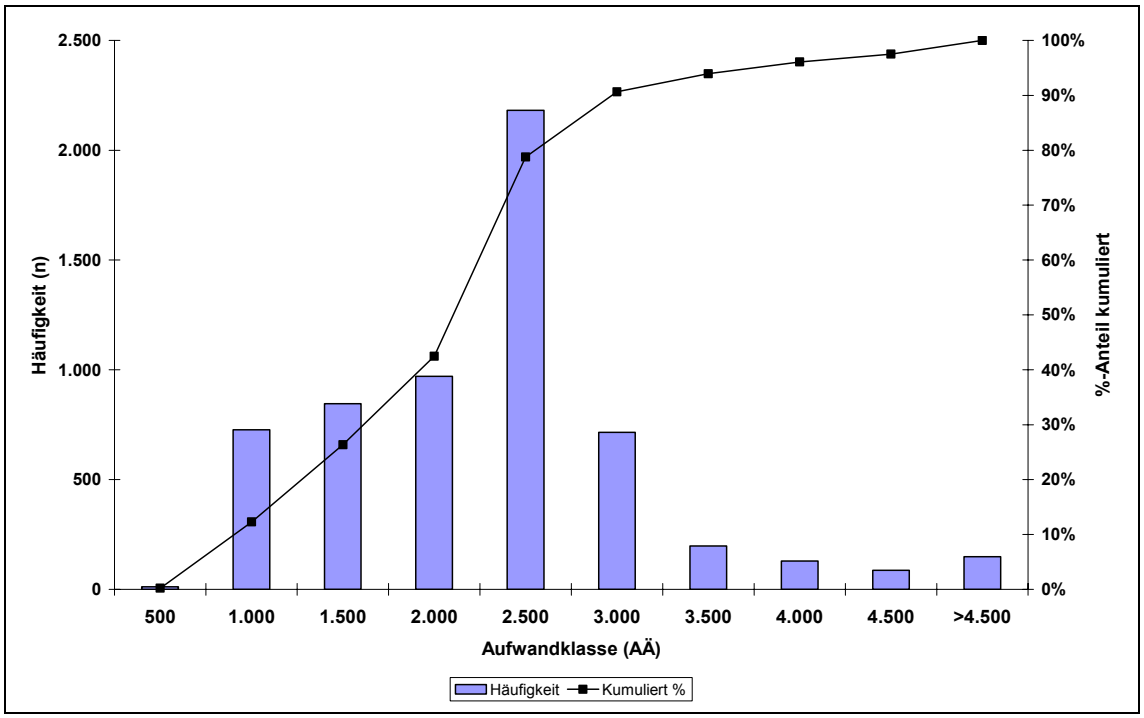

Abbildung 4-1 G-DRG D30Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

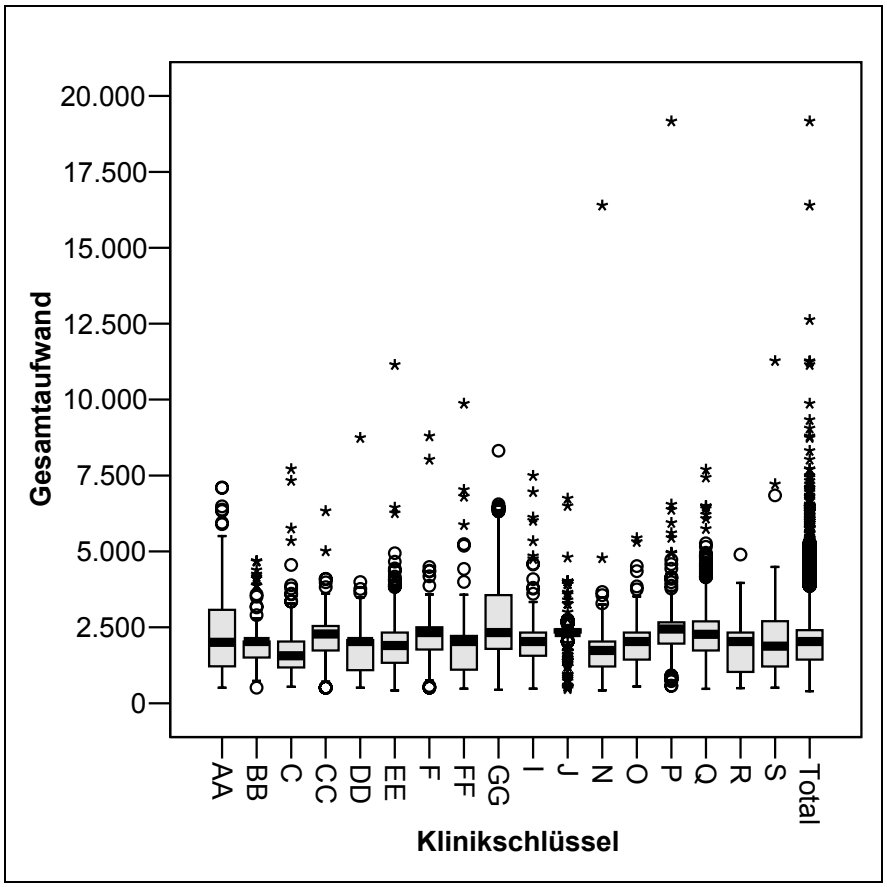

Abbildung 4-2 G-DRG D30Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 200 Fällen in dieser G-DRG

Die Subgruppenanalysen konzentrierten sich auf operative Eingriffe an den Ohren und dem Ohrschädel, an der Nase sowie auf endoskopische Eingriffe, da hierbei neben den Tonsillektomie-Patienten die höchsten Fallzahlen vorhanden waren. Da operative Eingriffe an den Ohren und der Nase sowie endoskopische Eingriffe am Larynx nicht nur in die G-DRG D30Z, sondern in eine Reihe weiterer G-DRGs der MDC 03 eingruppiert wurden, wurde eine DRG-unabhängige Analyse gegenüber einer DRG-abhängiger Analyse dieser Fallgruppen als zielführender angesehen. Somit wurden nicht beispielsweise die Eingriffe am Ohr der G-DRGs D06Z, D09Z, D12Z, D13Z und D30Z isoliert bezüglich Ihrer ökonomischen Homogenität untersucht, sondern alle isolierten Eingriffe am Ohr, an der Nase sowie endoskopischer Eingriffe am Larynx unabhängig von Ihrer G-DRG-Eingruppierung. Die Ergebnisse dieser DRG-übergreifenden Analysen finden sich in Kapitel 5.

Die Rückübertragung der DRG-unabhängigen Analysen auf die Ebene der einzelnen G-DRGs führt zu interessanten Ergebnissen, die das Ausmaß der Inhomogenitäten in Form von erheblichen Fallmigrationen aus der G-DRG D30Z in die neu strukturierten Fallgruppen verdeutlichen, wobei die entsprechenden Subgruppen deutliche Unterschiede hinsichtlich der mittleren Gesamtaufwände zeigen.

 © DRG-Research-Group 2005

Die folgenden drei Abbildungen stellen die Fallmigration für Eingriffe an Ohr und Ohrschädel, Eingriffe an der Nase sowie endoskopischer Eingriffe am Larynx aus der G-DRG D30Z in Abhängigkeit der Komplexität der operativen Eingriffe bzw. bei Eingriffen an der Nase auch in Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung als Hauptdiagnose dar. Die jeweiligen Subgruppen werden ausführlich in Kapitel 5 beschrieben. Am deutlichsten zeigt sich die unsachgerechte Zusammenfassung von Eingriffen, die mit sehr unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall verbunden sind ohne Berücksichtigung ihrer Komplexität bei otochirurgischen Operationen (Abbildung 4-3).

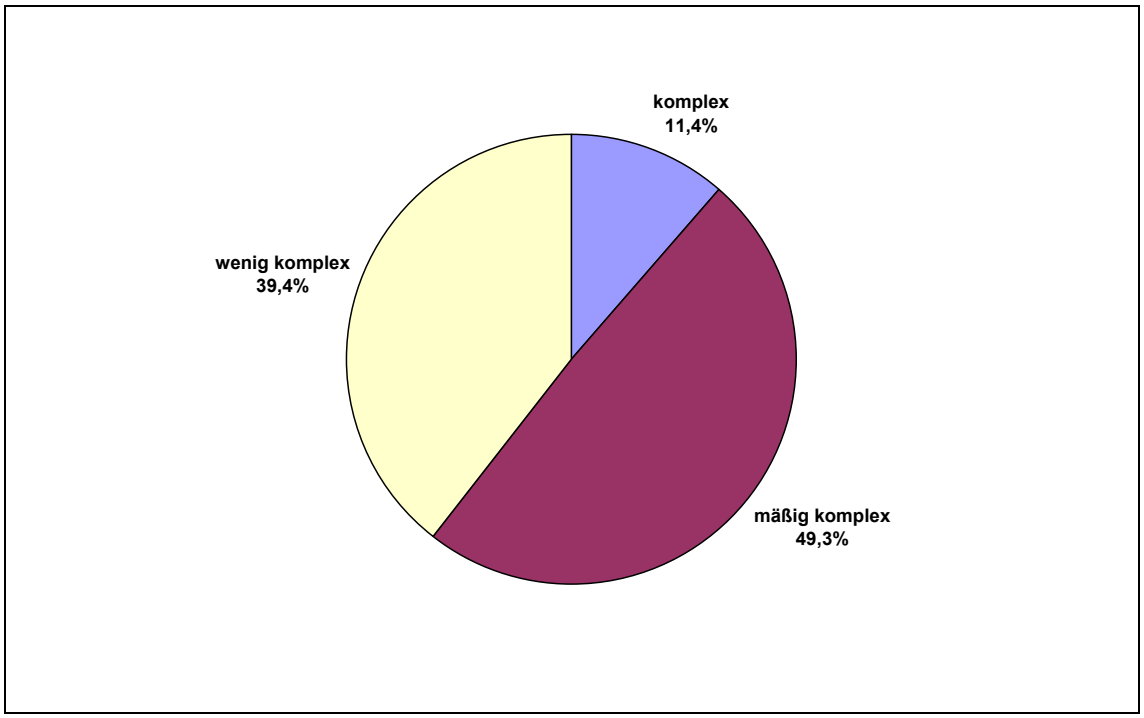

Abbildung 4-3 G-DRG D30Z: Hauptabteilungen: %-Anteile otochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität

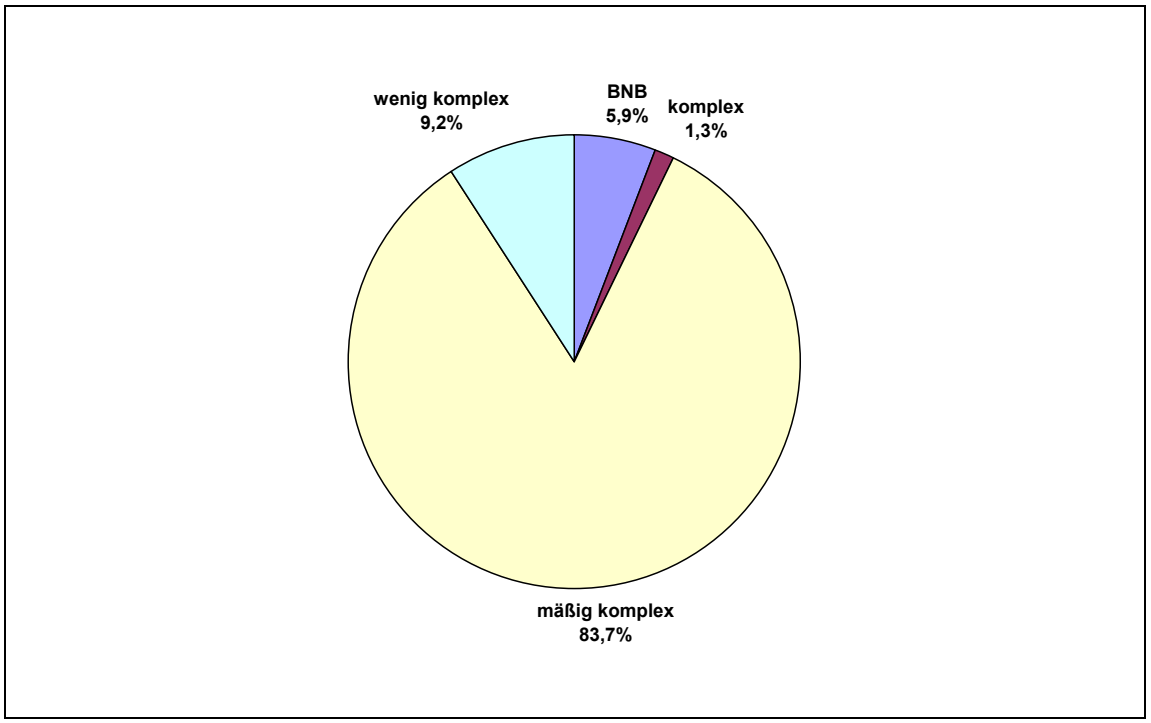

Abbildung 4-4 G-DRG D30Z: Hauptabteilungen: %-Anteile rhinochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität

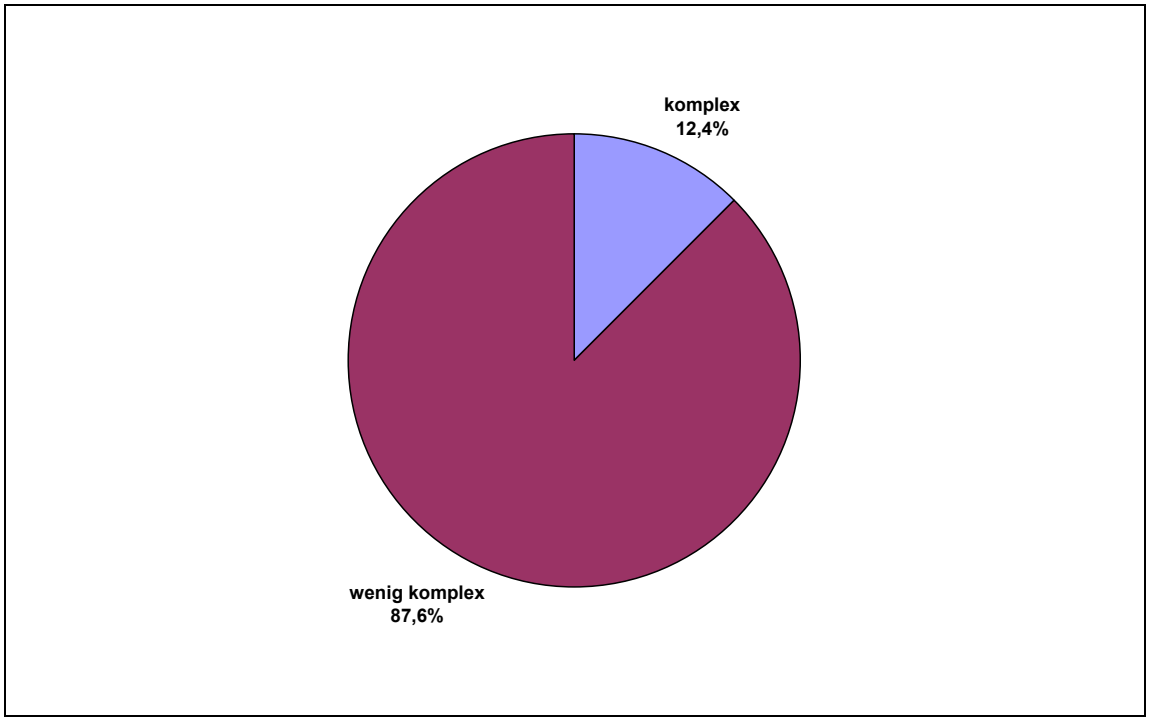

Abbildung 4-5 G-DRG D30Z: Hauptabteilungen: %-Anteile komplexer und wenig komplexer endoskopischer Eingriffe

© DRG-Research-Group 2005

4.1.4 Empfehlung

Die Zusammensetzung der Fallgruppe der G-DRG D30Z ist sehr heterogen. Die Projektanalysen haben gezeigt, dass die vorhandenen Heterogenitäten zu Aufwand-, Verweildauer und Leistungsinhomogenitäten führen. Eine DRG-übergreifende Neustrukturierung von Eingriffen an Ohr und Ohrschädel, Nase sowie endoskopischen Operationen am Larynx wird empfohlen, um eine sach- und leistungsgerechte DRG-Struktur aufzubauen. Diese Neustrukturierung erfordert zusätzlich für rhino- und otochirurgische Eingriffe die umfangreiche Anpassungen des OPS-Kataloges. Entsprechende Anpassungsvorschläge wurden eingereicht (Kapitel 6 und 7).

Die Analyseergebnisse mögen auch auf die Unterschiede der Projekt- und der InEK-Kalkulationsstichprobe zurückzuführen sein. Die Projektstichprobe beinhaltet einen höheren Prozentanteil an Fällen mit erhöhter Komorbidität. Darüber hinaus ist die Komplexität des Patientenspektrums der Projektstichprobe gegenüber der InEK-Stichprobe erhöht. Knapp ein Drittel aller kodierten OPS-Kodes in der InEK-Stichprobe entfiel auf Tonsillektomien ohne Adenotomien in Dissektionstechnik. Der vergleichbare Anteil der Projektstichprobe beträgt 10,4%. Es ist möglich, dass durch die hohe Anzahl von Tonsillektomien in der InEK-Stichprobe die in der Projektstichprobe analysierten Inhomogenitäten nicht auffällig genug hervortraten.

4.2 D06Z Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen

4.2.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	2
n Kliniken	27

n Fälle	3.473
%-Anteil an Stichprobe	13,9%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.529 AÄ
Median (alle Fälle)	2.310 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.157 AÄ
mAufwand (Inlier)	2.311 AÄ
Standarderlös	2.617 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	6,6
mVWD (Inlier)	5,9
mVWD (InEK)	6,4

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	1,4%	1,4%
Inlier	89,9%	92,2%
High Outlier	8,7%	6,5%
CMI	0,89	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	82,9%	83,6%	6,4
PCCL = 2	9,2%	8,4%	7,2
PCCL = 3	6,5%	6,3%	7,8
PCCL = 4	1,4%	1,7%	8,5

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	77,3%
OP	20,3%
Diagnostik	1,4%
Arzneimittel	0,5%
PostOP	0,3%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Nicht-autogenes Mittelohrimplanatat	0,164%
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,158%
audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,076%
Fibrinkleber	0,065%
Andere teure Antibiotika	0,044%

Tabelle 4-2 G-DRG D06Z: Basisanalyse

Ähnlich wie bei der G-DRG D30Z umfassen auch die Eingruppierungskriterien für die G-DRG D06Z unterschiedliche Eingriffe an verschiedenen Lokalisationen im HNO-Bereich. Hierbei handelt es sich um Eingriffe an Mastoid und komplexe Eingriffe am Mittelohr sowie Eingriffe an den Speicheldrüsen, sofern es sich nicht um partielle oder komplette Parotidektomien handelt. Darüber hinaus werden sämtliche Eingriffe an den Nasenebenhöhlen außer isolierten Punktionen der Kieferhöhlen in der G-DRG D06Z zusammengefasst. Die Patientenkomorbidität oder die unterschiedliche Komplexität von Eingriffen an den Nasennebenhöhlen

© DRG-Research-Group 2005

bleiben unberücksichtigt. Auf die G-DRG D06Z entfallen 13,9% oder 3.473 Fälle der Projektstichprobe.

Der prozentuale Anteil der operativen und postoperativen Leistungen am Gesamtaufwand dieser G-DRG beträgt 20,6% (Tabelle 4-11). Durchschnittlich waren pro Operation 1,4 Ärzte und 2,0 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 47 min. und die des OP-Pflegepersonals 58 min. betrug. Drei Viertel des Gesamtaufwandes entfällt auf die Aufwandart Normalstation. Aufgrund der längeren OP-Präsenzzeiten und des höheren Anteils des OP-Personals ist trotz längerer mittlerer Verweildauer im Vergleich zur G-DRG D30Z der prozentuale Anteil der Aufwandart OP der G-DRG D06Z deutlich gegenüber der Aufwandart Normalstation erhöht.

Nicht-autogene Mittelohrimplantate hatten den höchsten prozentualen Anteil am Gesamtaufwand aller besonders dokumentierter Leistungen. Bei 87 Patienten dieser G-DRG wurde die Verwendung dieser Mittelohrimplantate dokumentiert. Dies entspricht einem Anteil von 23,7% aller gesondert dokumentierter nicht autogener Mittelohrimplantate.

450 (13,0%) Fälle der G-DRG D06Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 24,1%. Bei diesen Fällen handelt es sich mehrheitlich um Patienten mit radikalen Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen und um Patienten mit chronischen Mastoiditiden. Die Verweildauer dieser Patienten lag mit 12,3 Tagen fast doppelt so hoch wie die mittlere Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG.

4.2.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur, der PCCL-Verteilung sowie der prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren der Patienten weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen jedoch hinsichtlich der Verweildauer der Normallieger und des prozentualen Anteils der Langlieger.

Die Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe ist gegenüber der InEK-Stichprobe um einen halben Tag verkürzt. Der Anteil der Langlieger der Projektstichprobe beträgt 8,7%, der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe liegt bei 6,5%.

4.2.3 Subgruppenanalyse

Die Fallgruppe der G-DRG D06Z weist sowohl hinsichtlich der mittleren Gesamtaufwendungen aller Patienten als auch hinsichtlich der mittleren Gesamtaufwendungen je teilnehmender Klinik eine erhebliche Streuung auf (Abbildung 4-6 und Abbildung 4-7). Ungefähr 30% aller Fälle haben einen mittleren Gesamtaufwand unterhalb von 2.500 Aufwandäquivalenten und ca. 20% oberhalb von 3.000 Aufwandäquivalenten auf. Die Spannbreite der mittleren Gesamtaufwände je Fall reicht von 510 bis zu 28.387 Aufwandäquivalenten. Der klinikindividuelle mittlere Gesamtaufwand der Fälle in der G-DRG D06Z schwankt zwischen 1.584 und 3.303 Aufwandäquivalenten. Aus den genannten Gründen sind innerhalb dieser Fallgruppe Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten vorhanden.

Die Subgruppenanalysen innerhalb der G-DRG D06Z konzentrierten sich auf Eingriffe an den Nasennebenhöhlen sowie den Anteil der in diese G-DRG eingruppierten Patienten mit Eingriffen an Ohr und Ohrschädel. Letztere Fälle wurden wie auch bei der G-DRG D30Z einer DRG-übergreifenden Analyse zugeführt.

Dem Vorschlag zur Neustrukturierung der DRGs für Eingriffe an den Nasennebenhöhlen folgend (Abschnitt 6.10), zeigt Abbildung 4-8 die Fallmigration in die vorgeschlagenen Subgruppen für sehr komplexe, komplexe und wenig komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen. Abbildung 4-9 stellt die Fallmigration für Eingriffe an Ohr und Ohrschädel dar. Hierbei ist sehr auffäliig, dass knapp ein Fünftel der Patienten den Subgruppen mit mäßig komplexen oder wenig komplexen Eingriffen an Ohr und Mastoid zugeordnet werden. Dies steht im Gegensatz zur gegenwärtigen DRG-Bezeichnung „komplexe“ Eingriffe am Mittelohr.

© DRG-Research-Group 2005

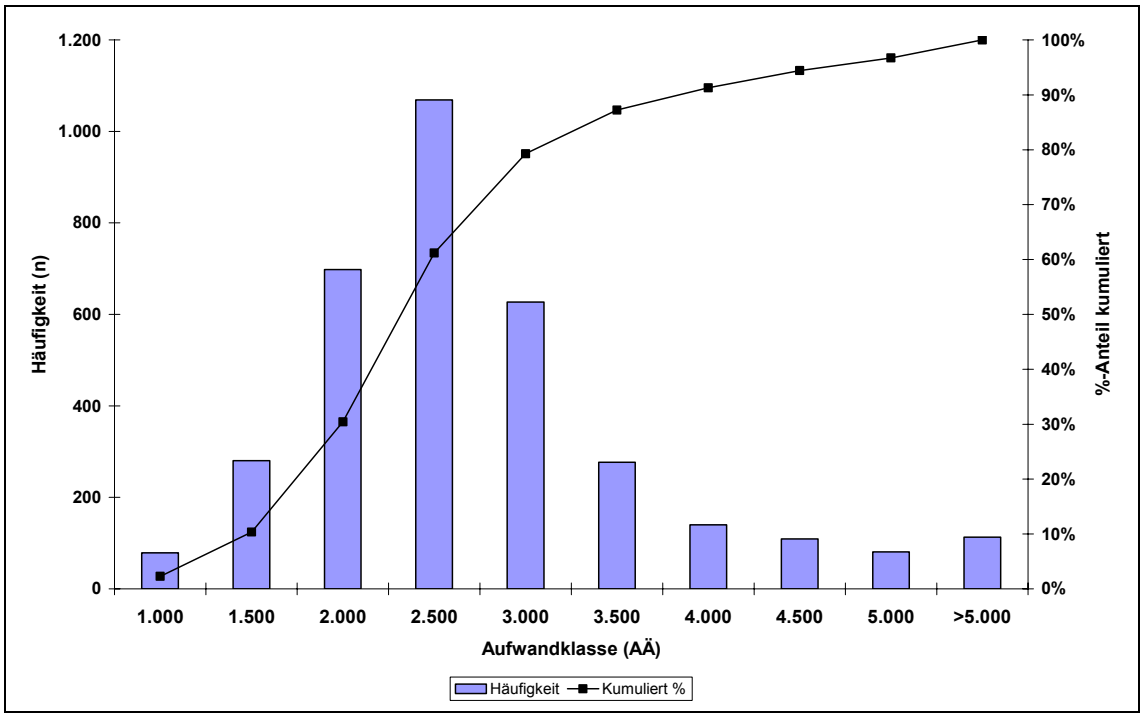

Abbildung 4-6 G-DRG D06Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

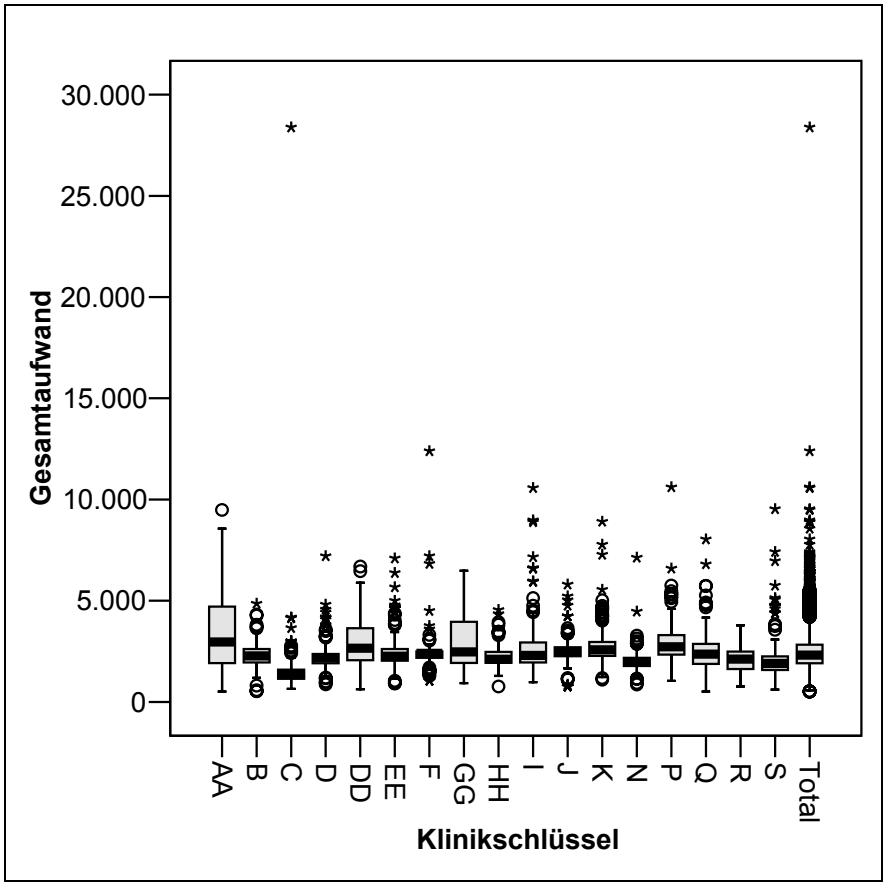

Abbildung 4-7 G-DRG D06Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 100 Fällen in dieser G-DRG

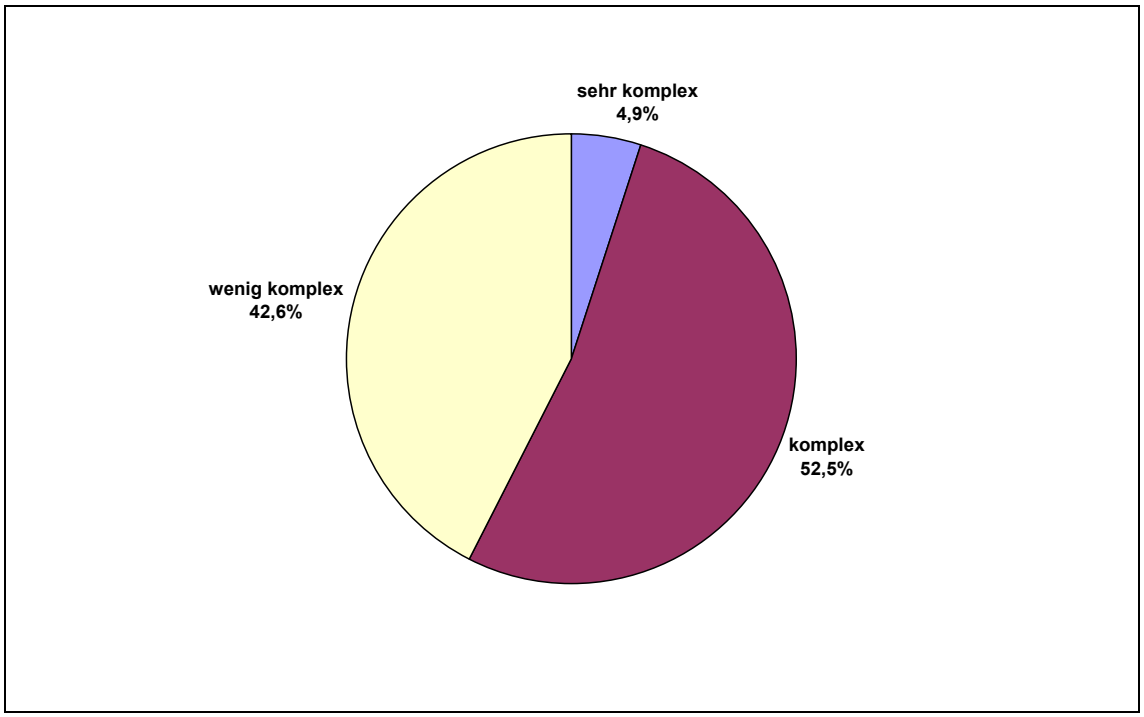

Abbildung 4-8 G-DRG D06Z: Hauptabteilungen: %-Anteile von Eingriffen an den Nasennebenhöhlen unterschiedlicher Komplexität

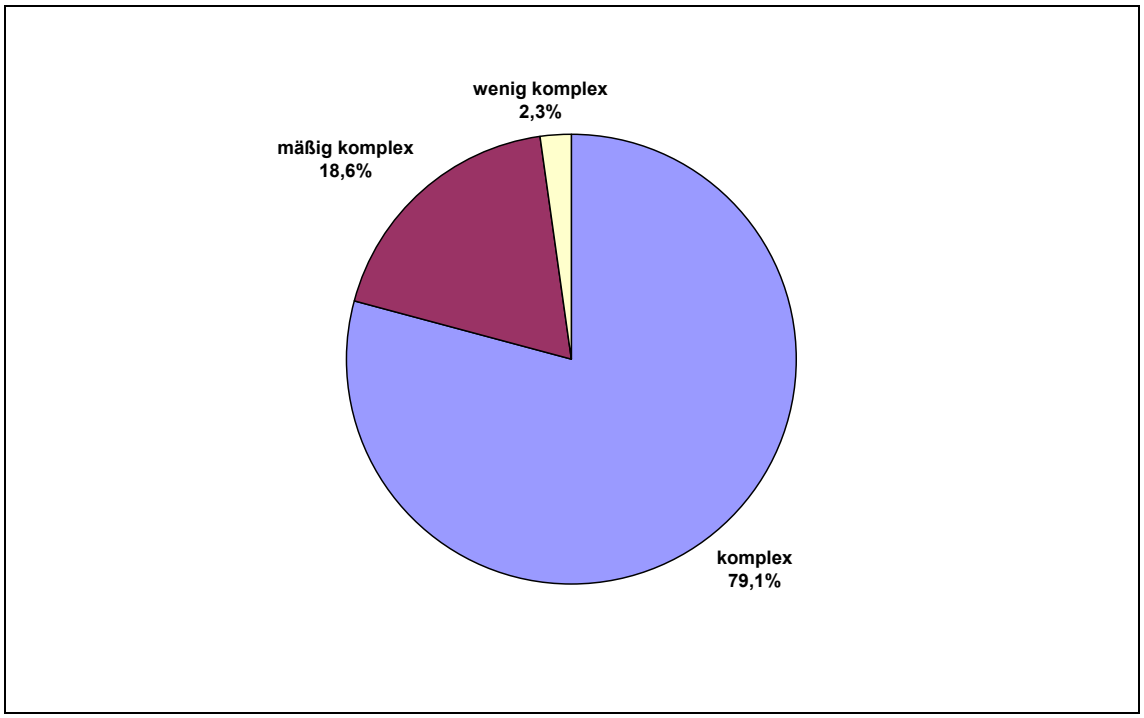

Abbildung 4-9 G-DRG D06Z: Hauptabteilungen: %-Anteile otochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität

© DRG-Research-Group 2005

4.2.4 Empfehlung

Die Zusammensetzung der Fallgruppe der G-DRG D06Z führt aufgrund ihrer Heterogenität zu Aufwand-, Verweildauer und Leistungsinhomogenitäten. Eine DRG-übergreifende Neustrukturierung von Eingriffen an Ohr und Ohrschädel und insbesondere eine an der Komplexität des operativen Eingriffs ausgerichtete DRG-Struktur für Operationen an den Nasennebenhöhlen wird empfohlen, um eine sach- und leistungsgerechte DRG-Struktur aufzubauen. Diese Neustrukturierung wird durch die Umfangreichen Anpassungen des OPS-Kataloges (Kapitel 7) noch wesentlich unterstützt werden.

4.3 D66Z Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals

4.3.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	3
n Kliniken	27

n Fälle	1.800
%-Anteil an Stichprobe	7,2%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.613 AÄ
Median (alle Fälle)	1.480 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.129 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.894 AÄ
Standarderlös	1.692 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	4,9
mVWD (Inlier)	5,8
mVWD (InEK)	6,0

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	22,3%	21,9%
Inlier	76,1%	75,6%
High Outlier	1,6%	2,4%
CMI	0,480	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	80,2%	81,6%	4,8
PCCL = 1	0,2%	0,2%	2,7
PCCL = 2	13,7%	12,4%	5,0
PCCL = 3	5,0%	4,7%	5,8
PCCL = 4	0,9%	1,2%	5,3

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	89,6%
Diagnostik	6,3%
OP	3,0%
Arzneimittel	0,8%
Intensivstation	0,2%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,527%
komplexe Vestibularisdiagnostik CNG/Drehstuhlprüfung o.ä.	0,153%
Andere teure Antibiotika	0,105%
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,074%
Clindamycin	0,037%

Tabelle 4-3 G-DRG D66Z: Basisanalyse

Die G-DRG D66Z Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals ist eine Sammel-DRG für eine Vielzahl von konservativ behandeten Erkrankungen im HNO-Bereich. In dieser G-DRG werden sowohl Fälle mit gutartigen Neubildungen als auch Infekionserkrankungen, Erkrankungen der Speicheldrüsen, Schallempfindungsstörungen u. v. m. zusammengefasst. Es handelt sich um die G-DRG der medizinischen Partition mit der höchsten Fallzahl. 7,2% aller Patienten der Projektstichprobe wurden in die G-DRG D66Z gruppiert.

© DRG-Research-Group 2005

Knapp 90% des Gesamtaufwandes entfielen auf die Aufwandart Normalstation, gefolgt von der Aufwandart Diagnostik mit einem prozentualen Anteil von 6,3%. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand bedeutendsten gesondert dokumentierten Leistungen betreffen teure serologische Diagnostik sowie komplexe Vestibularisdiagnostik. Obwohl es sich um eine DRG der medizinischen Partition handelt, sind OP-Aufwände in einer Größenordnung von 3,0% dokumentiert worden. Auch die perioperative Überwachung auf einer Observations-Station findet sich unter den fünf aufwändigsten besonders dokumentierten Leistungen.

Die Ursache hierfür sind diagnostische endoskopische Untersuchungen mit starren Instrumenten, die im G-DRG System 2005 nicht als OR-Prozedur gelten und somit keine Berücksichtigung in DRGs der operativen Partition finden. Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden diagnostische starre Endoskopien jedoch als Operationen dokumentiert (Abschnitt 5.3). 31,1% (n=292) Patienten innerhalb der Projektstichprobe mit isolierten diagnostischen Endoskopien mit starren Instrumenten wurden in die G-DRG D66Z eingruppiert. Durchschnittlich waren pro diagnostischer Endoskopie 1,5 Ärzte und 1,7 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 32 min. und die des OP-Pflegepersonals 48 min. betrug.

99 (5,5%) Fälle der G-DRG D66Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 14,2%. Mehr als die Hälfte dieser Fälle hatten die Hauptdiagnose H91.2 Idiopathischer Hörsturz. Die mittlere Verweildauer der Fälle mit Aufwand-Extremwerten belief sich auf 12,4 Tage und war damit mehr als doppelt so lang wie die mittlere Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG.

4.3.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur, der PCCL-Verteilung sowie der Anteile von Kurz-, Normal- und Langliegern weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen und der häufigsten OPS-Prozeduren.

Die Diagnosen H61.0 *Perichondritis des äußeren Ohres*, H91.0 *Ototoxischer Hörverlust*, H90.3 *Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung* sowie H93.3 *Krankheiten des N. vestibulocochlearis* gehören zu den Top-12 Hauptdiagnosen der Projektstichprobe und finden sich nicht unter den häufigsten Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe. Demgegenüber verhält es sich umgekehrt mit den unspezifischen Diagnosen H90.5 *Hörverlust durch Schallempfindungsstörung*, nicht näher bezeichnet, H91.9 *Hörverlust, nicht näher bezeichnet* sowie

H90.4 *Einseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung bei nicht eingeschränktem Hörvermögen der anderen Seite*.

Bezogen auf die bereits in Abschnitt 4.3.1 eingegangene Nichtberücksichtigung von diagnostischen Endoskopien mit starren Instrumenten als OR-Prozeduren ist noch anzumerken, dass der OPS-Kode 1-611.0 *Diagnostische Pharyngoskopie*, direkt mit einer Häufigkeit von 5,3% die vierthäufigste OPS-Prozedur dieser DRG der Projektstichprobe darstellt, während dieser OPS-Kode in den Top-OPS-Prozeduren der InEK-Stichprobe nicht vorkommt.

4.3.3 Subgruppenanalyse

Abbildung 4-10 zeigt die Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall der G-DRG D66Z. Auffällig ist ein zweigipfliger Verlauf. Ca. 40% der Fälle haben einen mittleren Gesamtaufwand bis 1.000 Aufwandäquivalenten. Weitere 40% der Fälle haben einen mittleren Gesamaufwand, der zwischen 1.000 und 3.000 Aufwandäuivalenten liegt. Innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D66Z sind Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten vorhanden.Ursächlich hierfür lassen sich im Wesentlichen zwei Subgruppen identifizieren. Einerseits Patienten, die diagnostische starre Endoskopien erhielten und andererseits Patienten mit akuten meist einseitigen Hörverlusten.

Die Subgruppe der Patienten mit diagnostischen starren Endoskopien ist durch eine im Vergleich zur übrigen Fallgruppe sehr kurze mittlere Verweildauer gekennzeichnet. Diese liegt bei 3,8 Tagen und somit mehr als einen Tag unterhalb der mittleren Verweildauer aller Fäller dieser G-DRG und zwei Tage unterhalb der mittleren Verweildauer der Normallieger der G-DRG D66Z. Bedingt durch die kürzere Verweildauer weisen diese Patienten nur mittlere Gesamtaufwendungen je Fall von 1.396 Aufwandäquivalenten auf (Abbildung 4-11).

Anders verhält es sich bei der Subgruppe der Patienten mit akuten Hörverlusten. Diese Fälle sind durch eine mittlere Verweildauer von 7,0 Tagen gekennzeichnet. Darüber hinaus bringt die Suche nach der ursächlichen Grunderkrankung einen erheblichen diagnostischen Aufwand mit sich. Hierdurch wird auch die Art der besonders dokumentierten Leistungen dieser DRG bestimmt, da ein wesentlicher Anteil der teuren serologischen Diagnostik und der komplexen Vestibularisdiagnostik auf diese Patientensubgruppe entfällt. Dadurch resultieren mittlere Gesamtaufwende dieser Patienten von 2.260 Aufwandäquivalenten.

© DRG-Research-Group 2005

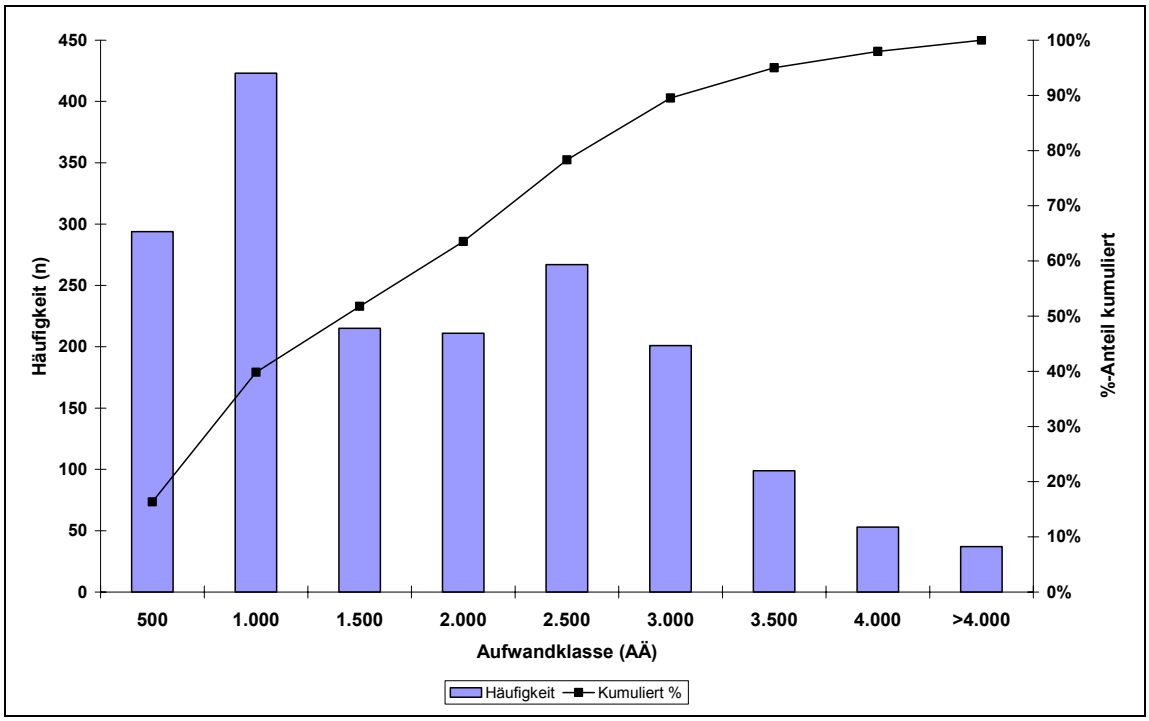

Abbildung 4-10 G-DRG D66Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

In Abhängigkeit der prozentualen Anteile der beiden Subgruppen resultieren auch die sehr unterschiedlichen klinikindividuellen mittleren Gesamtaufwendungen (Abbildung 4-12).

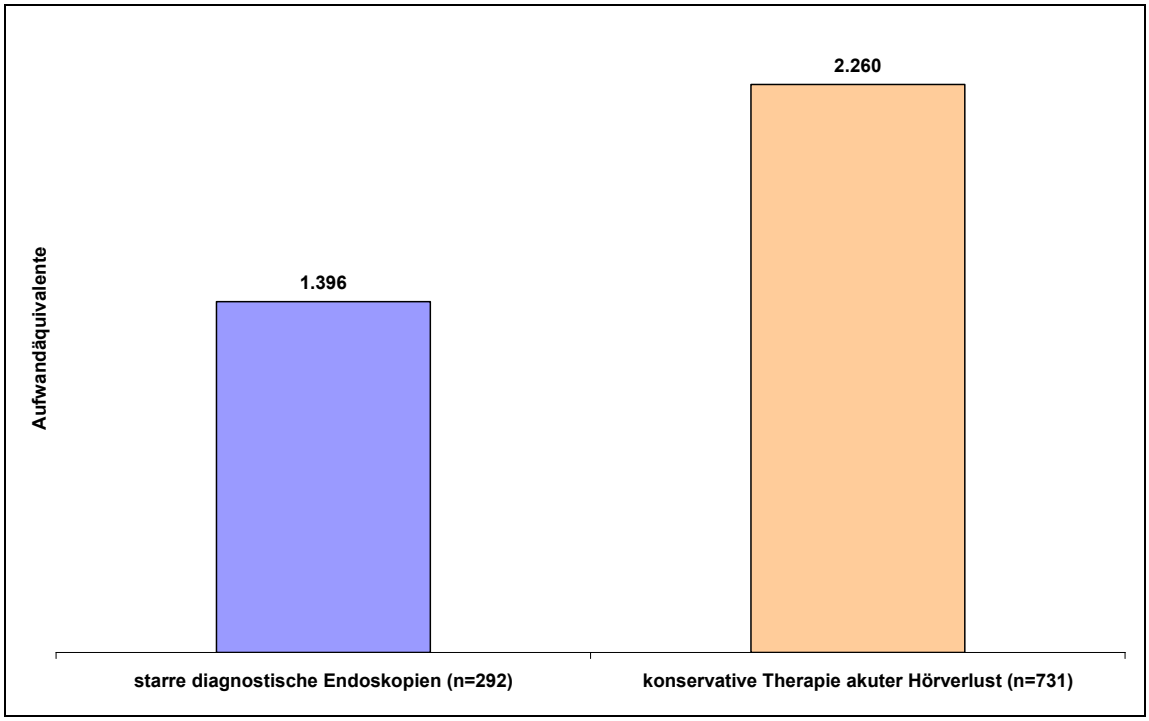

Abbildung 4-11 G-DRG D66Z: Hauptabteilungen: mittleren Gesamtaufwendungen je Fall mit starren diagnostischen Endoskopien im Vergleich zu Fällen mit der Hauptdiagnose akuter Hörverlust

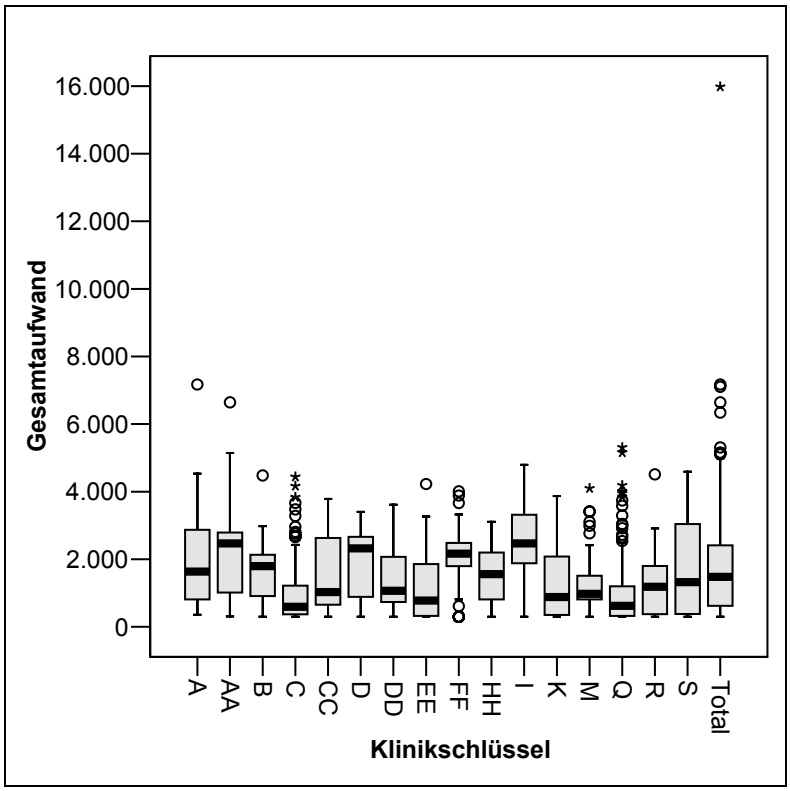

Abbildung 4-12 G-DRG D66Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 50 Fällen in dieser G-DRG

4.3.4 Empfehlung

Die Struktur der G-DRG D66Z führt aufgrund der Zusammenfassung sehr heterogener Fallkonstellationen zu erheblichen Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten. Es konnten zwei Subgruppen innerhalb dieser G-DRG identifiziert werden, deren Gesamtaufwand und Verweildauer aufgrund unterschiedlicher therapeutischer Ansätze erhebliche Unterschiede aufwiesen.

Zur Verbesserung der Abbildungsqualität dieser Leistungen und zur Homogenisierung der Fallgruppe dieser G-DRG wird empfohlen, Fälle mit diagnostischen starren Endoskopien einserseits und Patienten zur konservativen Therapie akuter Hörverluste oder Erkrankungen des N. vestibulochochlearis aus der Fallgruppe der G-DRG D66Z herauszulösen und anderen G-DRGs zuzuordnen. Im Falle der starren diagnostischen Endoskopien wird eine Zuordnung zu den innerhalb der operativen Partition der MDC 03 neu zu strukturierenden G-DRGs für diagnostische Endoskopien und endoskopische Eingriffe empfohlen (Kapitel 5 und Kapitel 6). Die Patienten mit akuten Hörverlusten sollten aufgrund eines vergleichbaren Aufwandprofils und ähnlicher therapeuischer Ansätze der G-DRG D61Z Gleichgewichtsstörungen zugeordnet werden (Abschnitt 4.8).

 © DRG-Research-Group 2005

4.4 D10Z Verschiedene Eingriffe an der Nase

4.4.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	4
n Kliniken	27

n Fälle	1.485
%-Anteil an Stichprobe	5,9%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.382 AÄ
Median (alle Fälle)	2.217 AÄ
StAbw (alle Fälle	874 AÄ
mAufwand (Inlier)	2.217 AÄ
Standarderlös	2.442 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	6,5
mVWD (Inlier)	6,0
mVWD (InEK)	6,2

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	0,5%	0,8%
Inlier	91,9%	95,6%
High Outlier	7,6%	3,6%
CMI	0,83	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	87,6%	87,9%	6,4
PCCL = 2	5,7%	6,3%	6,7
PCCL = 3	6,0%	4,9%	6,7
PCCL = 4	0,7%	0,8%	7,9

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	80,4%
OP	18,4%
Intensivstation	0,5%
Diagnostik	0,4%
PostOP	0,2%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,075%
PDS-Folie o.ä. (Gesamtkosten < 150 €)	0,064%
Osteoimplantat (für Epithese Hörgerät o.ä.)	0,042%
Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.)	0,028%
Fibrinkleber	0,024%

Tabelle 4-4 G-DRG D10Z: Basisanalyse

Bei der G-DRG D10Z handelt es sich um eine große Sammel-DRG für Eingriffe an der inneren und äußeren Nase. Dies betrifft sowohl Eingriffe an den Nasenmuscheln, Operationen an der Nasenscheidewand sowie Septorhinoplastiken ohne Berücksichtigung der Komplexität des jeweiligen operativen Eingriffs. Knapp vier Fünftel des Gesamtaufwandes entfielen auf die Aufwandart Normalstation. Der prozentuale Anteil der Aufwandarten OP und PostOP liegt zusammen bei 18,6% des Gesamtaufwandes. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesantaufwand bedeutendsten gesondert dokumentierten Leistungen betreffen die perioperative Überwachung der Patienten auf einer Observationsstation sowie die Verwendung von PDS-Folie.

Durchschnittlich waren pro rhinochirurgischem Eingriff 1,4 Ärzte und 1,9 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 47 min. und die des OP-Pflegepersonals 55 min. betrug.

307 (20,7%) Fälle der G-DRG D10Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 30,9%. Bei 54,7% (n=168) dieser Fälle wurden Septorhinoplastiken durchgeführt, wobei am häufigsten (n=108) der OPS-Kode 5-218.20 Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und des Knochens mit lokalen Transplantaten kodiert wurde. Die mittlere Verweildauer dieser Fälle betrug 9,9 Tage und war damit gegenüber der mittleren Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG um mehr als 50% verlängert. Der Anteil an Reoperationen (OPS-Kode 5-983 Reoperation) war mit 12,7% in der Gruppe der Patienten mit Aufwand-Extremwerten gegenüber einem Anteil dieses OPS-Kodes in Höhe von 6,1% für die gesamte G-DRG D10Z deutlich erhöht.

4.4.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur, der PCCL-Verteilung, der mittleren Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen und OPS-Prozeduren weitgehend überein. Bei mehr als 80% der Fälle wurde in beiden Stichproben der ICD-Kode J34.2 Nasenseptumdeviation oder M95.0 Erworbene Deformität der Nase als Hauptdiagnose kodiert. Prozentuale Anteile weiterer Hauptdiagnosen belaufen sich auf nicht mehr als 2% der Fälle.

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der prozentualen Anteile der Normal- und der Langlieger. Der prozentuale Anteil der Langlieger war in der Projektstichprobe mehr als doppelt so hoch wie in der InEK-Stichprobe.

4.4.3 Subgruppenanalyse

80% der in die G-DRG D10Z eingruppierten Fällen haben einen Gesamtaufwand zwischen 1.500 und 3.000 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-13). Dies ist eine erhebliche Spannbreite zumal weitere 10% der Patienten einen Gesamtaufwand von mehr als 3.000 Aufwandäquivalenten aufweisen. Aufgrund der Eingruppierung von Eingriffen an der Nase mit sehr unterschiedlicher Komplexität und teilweise erheblicher Variationen bestehen Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D10Z (Abbildung 4-14).

© DRG-Research-Group 2005

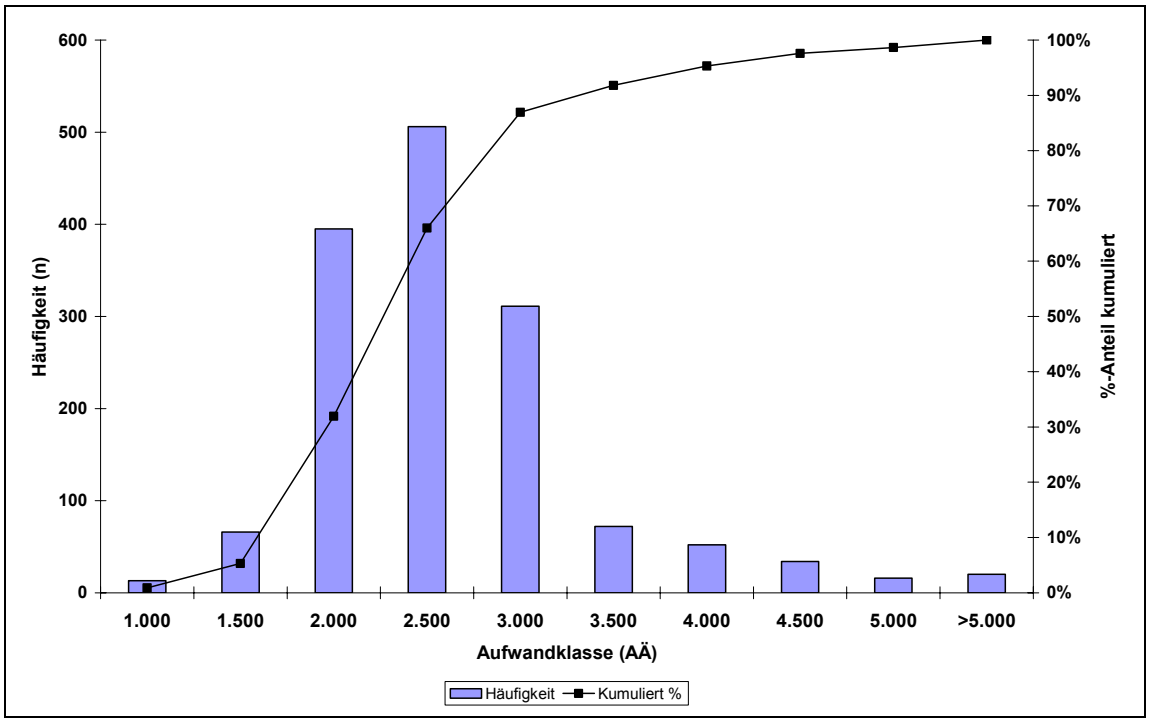

Abbildung 4-13 G-DRG D10Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

Die Fälle der G-DRG D10Z wurden Teil einer DRG-übergreifenden Analyse zur Verbesserung der Abbildungsqualität rhinochirurgischer Eingriffe, um vergleichbar den Eingriffen an Ohr und Ohrschädel eine umfassende Untersuchung von Eingriffen an der Nase hinsichtlich ihres Ressourcenverbrauchs durchzuführen. Die Ergebnisse dieser DRG-übergreifenden Analysen finden sich in Kapitel 5.

Nachfolgend wird die Rückübertragung der DRG-unabhängigen Analyse auf die Ebene der G-DRG D10Z dargestellt (Abbildung 4-13). Die Mehrzahl der Patienten aus der G-DRG D10Z würde der G-DRG mit mäßig komplexen Eingriffen an der Nase zugeordnet. 18% der Fälle, die in die G-DRG D10Z eingruppiert wurden, bilden eine Subgruppe mit deutlich erhöhtem Ressourcenverbrauch. Hierbei handelt es sich um Patienten, die komplexe Eingriffe an der Nase erhielten (17,4%) bzw. Patienten mit bösartigen Neubildungen der Nase oder der Nasennebenhöhlen als Hauptdiagnose im Zusammenhang mit einer OR-Prozedur.

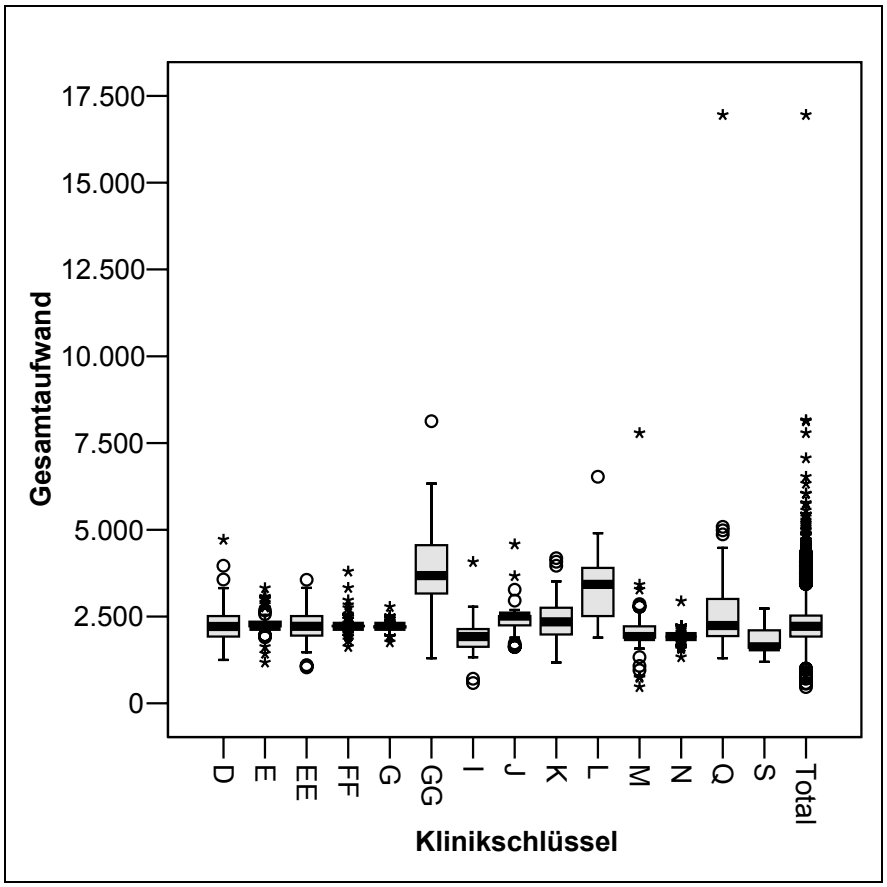

Abbildung 4-14 *G-DRG D10Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 50 Fällen in dieser G-DRG*

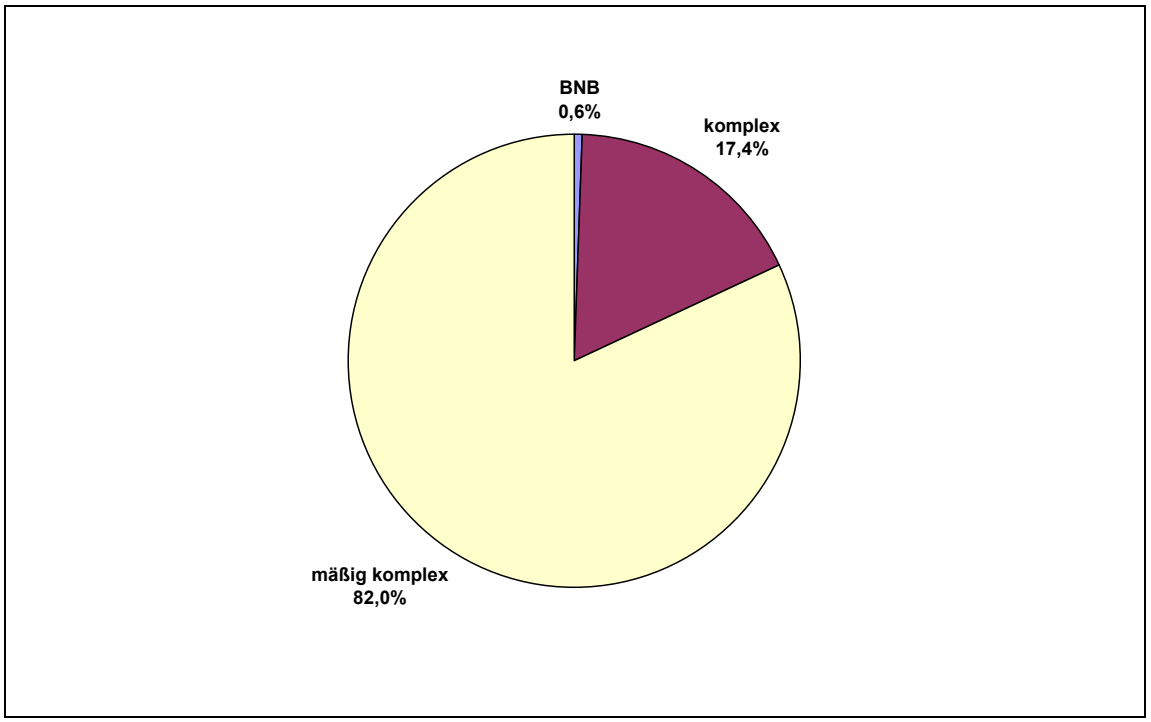

Abbildung 4-15 *G-DRG D10Z: Hauptabteilungen: %-Anteile rhinochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität sowie rhinochirurgischer Eingriffe bei bösartiger Neubildung der Nase*

© DRG-Research-Group 2005

4.4.4 Empfehlung

Die G-DRG D10Z stellt eine Sammel-DRG für rhinochirurgische Eingriffe sehr unterschiedlicher Komplexität dar. Hierdurch sind erhebliche Spannbreiten der Gesamtaufwenungen je Fall sowie der mittleren Gesamtaufwendungen je Klinik bedingt, die zu Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten innerhalb der Fallgruppe führen. Mehr als 20% der Patienten haben Gesamtaufwendungen, die den dreifachen Standardbereich überschreiten. Die Komplexität des rhinochirurgischen Eingriffs bzw. Unterschiede des jeweiligen Ressourcenverbrauchs lassen sich jedoch nicht schon bereits durch die zur Verfügung stehenden OPS-Kodes der Version 2004 vermitteln. Dies wurde als wesentliches Hindernis einer sachgerechten Abbildungsqualität rhinochirurgischer Eingriffe identifiziert und wird im Abschnitt 5.2 ausführlich erläutert.

Vor diesem Hintergrund wurden sowohl auf der Ebene der OPS-Kodes als auch auf der Ebene der G-DRGs Anpassungsvorschläge zur Verbesserung der Abbildungsqualität rhinochirurgischer Eingriffe ausgearbeitet (Abschnitt 6.9 und 7.1).

4.5 E63Z Schlafapnoesyndrom

4.5.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	5
n Kliniken	11

n Fälle	1.116
%-Anteil an Stichprobe	4,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	509 AÄ
Median (alle Fälle)	369 AÄ
StAbw (alle Fälle	232 AÄ
mAufwand (Inlier)	682 AÄ
Standarderlös	812 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	1,5
mVWD (Inlier)	2,1
mVWD (InEK)	2,3

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	54,7%	64,6%
Inlier	44,7%	32,1%
High Outlier	0,6%	3,3%
CMI	0,200	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	91,3%	78,8%	1,5
PCCL = 2	7,6%	14,5%	1,6
PCCL = 3	1,1%	5,8%	1,6
PCCL = 4	0%	0,8%	0

Top-Aufwandarten (in %)	
Normalstation	88,7%
OP	6,2%
Diagnostik	5,1%

Top Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Andere teure Antibiotika	0,021%
Ciprofloxacin	0,012%

Tabelle 4-5 G-DRG E63Z: Basisanalyse

Die G-DRG E63Z Schlafapnoesyndrom fasst Patienten zusammen, die im Sinne des G-DRG-Systems konservativ an dieser Erkrankung therapiert werden. Zuordnungsrelevant sind lediglich die beiden Hauptdiagnosen E66.2 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation und G47.3 Schlafapnoe. Da die Durchführung von diagnostischen Endoskopien mit starren Instrumenten im G-DRG-System 2005 keine Zuordnung zu den G-DRGs der operativen Partition der MDC 03 auslöst, entfällt ein Anteil von 6,2% für operative Leistungen in diese G-DRG (Abschnitt 5.3). Durchschnittlich waren pro diagnostischer Endoskopie 1,5 Ärzte und 1,9 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 34 min. und die des OP-Pflegepersonals 57 min. betrug.

Patienten aus elf Kliniken der Projektstichprobe wurden dieser G-DRG zugeordnet. Mit einer Fallzahl von 1.116 Fällen hat diese G-DRG einen Anteil von 4,5% an allen Fällen der pro-

© DRG-Research-Group 2005

spektiven Projektstichprobe. Letztlich dominiert jedoch eine Klinik die Fallstruktur dieser G-DRG, da 71,0% aller Patienten dieser G-DRG in dieser Klinik behandelt wurden. Drei Kliniken (Q, M und EE) haben einen kumulativen Fallanteil von 92,8% (Abbildung 4-16).

71 (6,4%) Fälle der G-DRG E63Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 13,3%. Die Ursache hierfür ist eine deutlich verlängerte mittlere Verweildauer dieser Fälle (3,1 Tage) im Vergleich zur mittleren Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG.

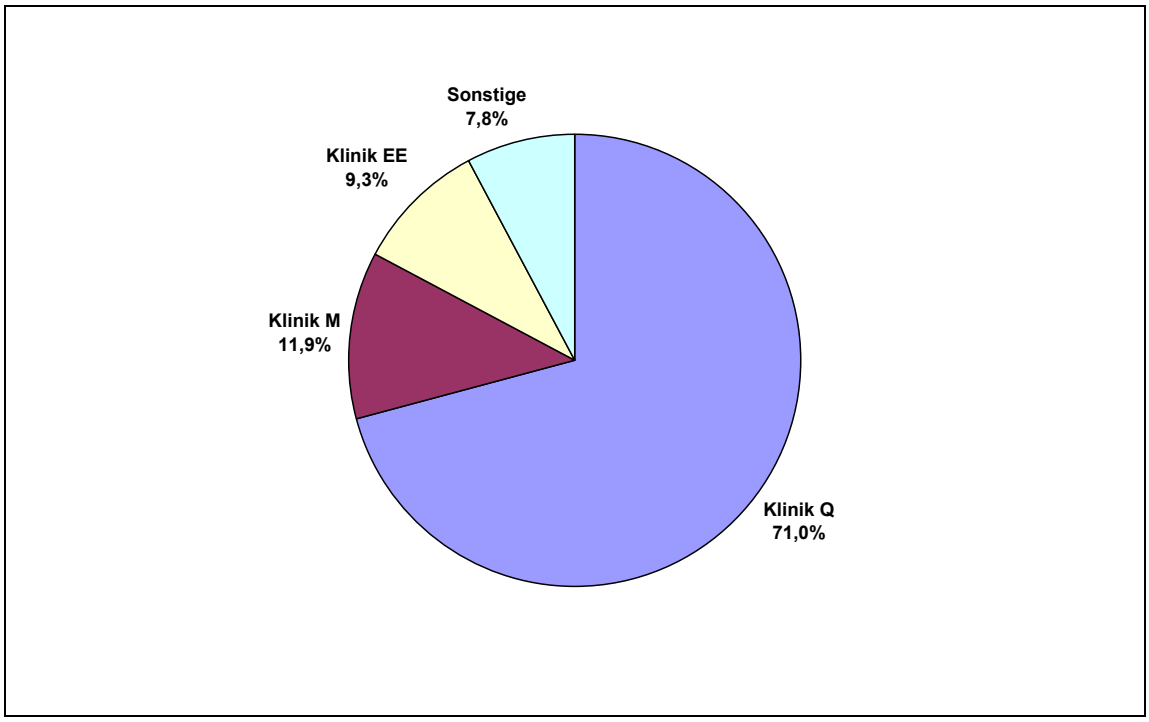

Abbildung 4-16 G-DRG E63Z: Hauptabteilungen: %-Anteile einzelner Kliniken an der Fallgruppe

4.5.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Altersstruktur, die mittlere Verweildauer der Normallieger und die prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen stimmen sowohl in der Projekt- als auch in der InEK-Stichprobe im Wesentlichen überein. Gegenüber der InEK-Stichprobe war die Komorbidität der Projektstichprobe geringer ebenso wie der Anteil der Kurzlieger. Der Anteil der Fälle mit einem PCCL=0 liegt um 12,5% höher. Bei Kurzliegern liegt eine Differenz von 9,9% vor.

4.5.3 Subgruppenanalyse

Die G-DRG E63Z umfasst aufgrund der Beschränkung auf nur zwei Hauptdiagnosen einen eng begrenzten medizinischen Bereich. Allerdings werden dieser G-DRG nicht nur aus der HNO-Heilkunde, sondern auch aus anderen medizinischen Fachgebieten – insbesondere der Inneren Medizin – Patienten zugeordnet. Mehr als 90% der Patienten haben mittlere Gesamtaufwendungen von weniger als 800 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-17).

Die Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall zeigt sich ein eingipfliger Verlauf. Wesentliche klinikindividuelle Unterschiede hinsichtlich der mittleren Gesamtaufwendungen bestehen nicht (Abbildung 4-18). Innerhalb dieser G-DRG weicht die Subgruppe der Patienten, die eine starre diagnostische Endoskopie erhielten bezüglich Verweildauer und mittlerem Gesamtaufwand nicht wesentlich von den übrigen Fällen der G-DRG ab. Es ergeben sich keine Hinweise auf relevante Subgruppen mit unterschiedlichen Gesamtaufwendungen.

4.5.4 Empfehlung

Das eng umschriebene Patientenspektrum, der sehr geringe Anteil an Patienten mit erhöhter Komorbidität, die geringen klinikindividuellen Unterschiede sowie die oligozentrische Dominanz der Fallgruppe führen nicht zu konkreten Anpassungsvorschlägen für die G-DRG E63Z.

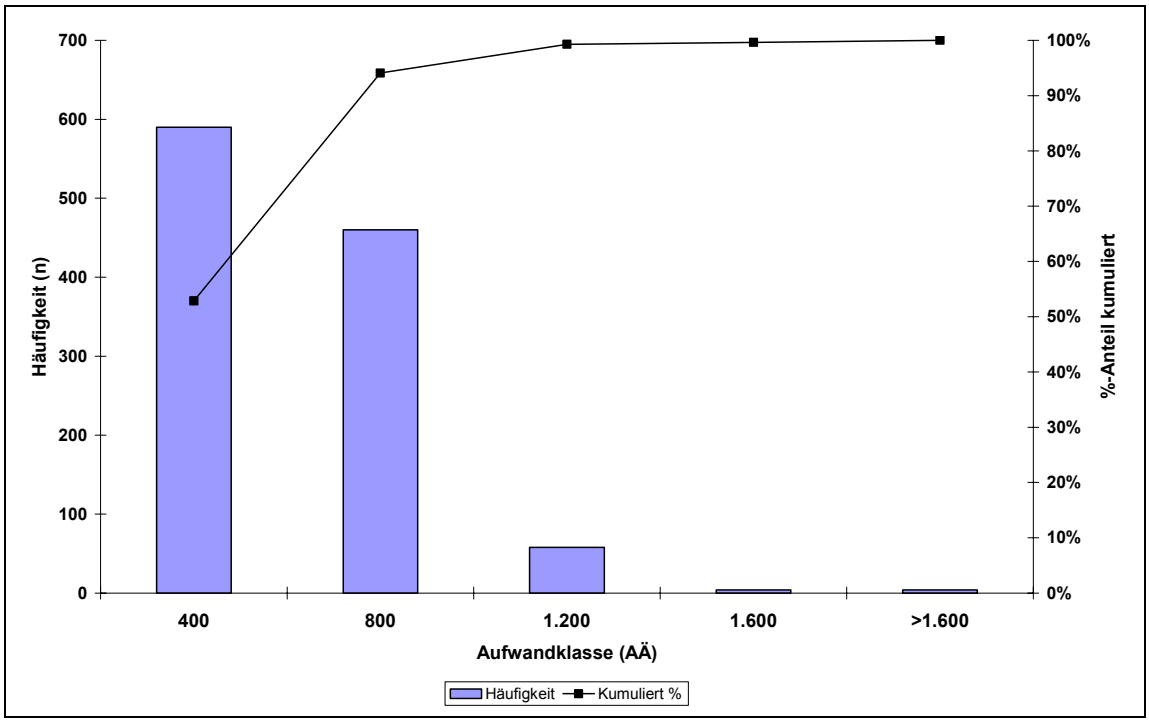

Abbildung 4-17 G-DRG E63Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

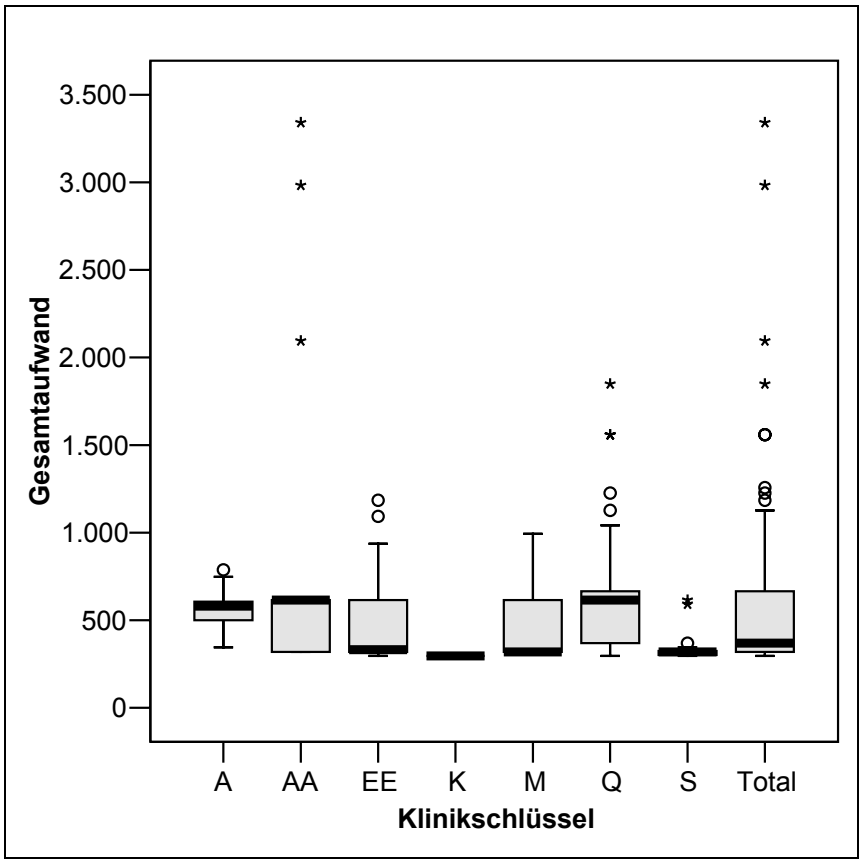

Abbildung 4-18 G-DRG E63Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 10 Fällen in dieser G-DRG

4.6 D13Z Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals

4.6.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	6
n Kliniken	27

n Fälle	1.093
%-Anteil an Stichprobe	4,4%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	995 AÄ
Median (alle Fälle)	782 AÄ
StAbw (alle Fälle	815 AÄ
mAufwand (Inlier)	968 AÄ
Standarderlös	1.350 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	2,4
mVWD (Inlier)	2,3
mVWD (InEK)	2,7

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	39,3%	49,5%
Inlier	52,3%	44,2%
High Outlier	8,3%	6,3%
CMI	0,39	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	87,3%	90,7%	2,3
PCCL = 2	4,8%	4,4%	2,3
PCCL = 3	6,4%	4,1%	2,4
PCCL = 4	1,5%	0,9%	5,3

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	70,5%
OP	26,7%
Diagnostik	1,8%
PostOP	0,4%
Arzneimittel	0,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,196%
Audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,094%
Desmopressin	0,052%
Andere teure Antibiotika	0,050%
Trachealstent (z.B. Montgomery-T-Tube)	0,023%

Tabelle 4-6 G-DRG D13Z: Basisanalyse

Die G-DRG D13Z beinhaltet Patienten mit kleinen Eingriffen an Ohr, Nase und Hals, wie z. B. Parazentesen mit Einlage einer Paukendrainage, isolierte Eingriffe an den unteren Nasenmuscheln und isolierte Adenotomien. 4,4% aller Fälle der Projektstichprobe wurden dieser G-DRG zugeordnet. 27,1% des gesamten Ressourcenverbrauches entfielen auf die Aufwandarten OP und PostOP.

Durchschnittlich waren pro operativem Eingriff 1,4 Ärzte und 1,7 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 31 min. und die des OP-Pflegepersonals 47 min. betrug.

© DRG-Research-Group 2005

73 (6,7%) Fälle der G-DRG D13Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 23,4%. Bei 32 dieser Patienten wurde eine einseitige Parazentese mit Einlage einer Paukendrainage durchgeführt. Die einseitige Parazentese war bei diesen Patienten nicht die Haupttherapie. Die mittlere Verweildauer aller Fälle mit Aufwand-Extremwerten betrug 9,7 Tage. Der mittlere PCCL lag bei 0,7. 18 (24,7%) Patienten mit Aufwandextremwerten hatten OPS-Kodes im Datensatz, welche für die G-DRG D12Z gruppierungsrelevant sind. Aufgrund einer Fehlstruktur des G-DRG-Algorithmus wird die G-DRG D13Z vor der G-DRG D12Z berücksichtigt. Diese 18 Fälle mit einer gruppierungsrelevanten Prozedur für die G-DRG D12Z sind aufgrund dieses Strukturmangels unsachgerecht in die G-DRG D13Z eingruppiert worden. Nähere Erläuterungen finden sich in den Abschnitten 4.6.4 und 6.4.

4.6.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Beide Stichproben stimmen hinsichtlich der Altersstruktur und der Häufigkeiten der Hauptdiagnosen weitgehend überein. Demgegenüber beinhaltet die Projektstichprobe einen höheren Anteil an Normal- und Langliegern sowie einen geringeren Anteil von Kurzliegern als die InEK-Stichprobe. Auch der Anteil an Fällen mit einer erhöhten Komorbidität (PCCL > 2) ist um mehr als 3% erhöht. Dennoch ist die mittlere Verweildauer der Normallieger um 0,4 Tage gegenüber der InEK-Stichprobe verringert.

4.6.3 Subgruppenanalyse

Während knapp 80% der Fälle einen Gesamtaufwand von bis zu 900 Aufwandäquivalenten aufweisen, weisen Fälle mit einem höheren Gesamtaufwand eine deutliche Streubreite auf (Abbildung 4-19). Dies zeigt sich auch an der Darstellung der klinikindividuellen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall (Abbildung 4-20), die von sehr vielen Aufwandextremwerten (Sternchen) dominiert wird. Diese Fallgruppe wird durch das Spannungsverhältnis dominiert, einerseits einen sehr großen Anteil an Patienten mit kurzer Verweildauer zu enthalten, die wenig komplexe operative Eingriffe erhalten haben und andererseits einen relativ geringen Anteil an Patienten mit einem erheblichen Ressourcenverbrauch zu beinhalten, welche im Verlauf ihres gegenüber der restlichen Fallgruppe mit erheblich längeren Verweildauern verbunderen stationären Aufenthaltes einen der für diese G-DRG gruppierungsrelevanten operativen Eingriff (z. B. einseitige Parazentese) erhalten haben.

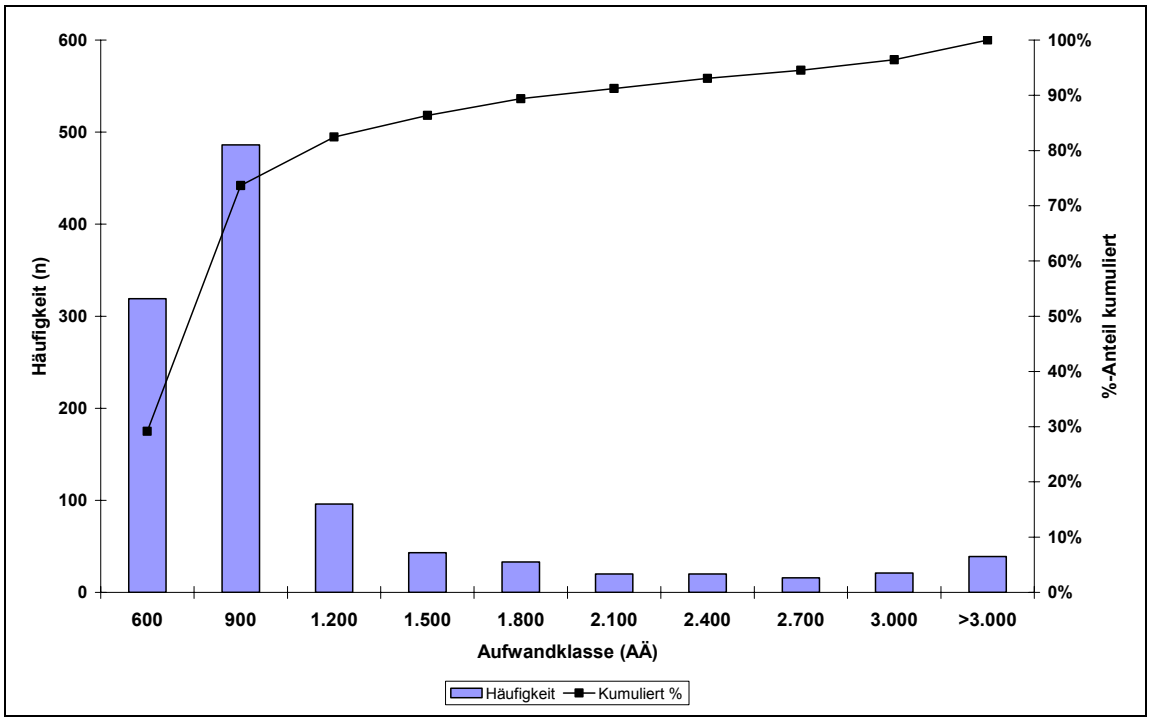

Abbildung 4-19 G-DRG D13Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

Darüber hinaus wurde insbesondere bei den für diese G-DRG gruppierungsrelevanten rhinochirurgischen Eingriffen ein prozentualer Anteil von 13,8% mäßig komplexer Eingriffe identifiziert, welche gegenüber den wenig komplexen Eingriffen mit einem deutlich erhöhten mittleren Gesamtaufwand je Fall einhergehen. Gleiches gilt für Patienten mit bösartigen Neubildungen im Bereich der Nase und der Nasennebenhöhlen (0,6%) (Abbildung 4-21).

Die Subgruppe der 18 Fälle, die aufgrund des Strukturmangels im DRG-Algorithmus nicht in die G-DRG D12Z, sondern in die G-DRG D13Z eingruppiert wurden, haben einen mittleren Gesamtaufwand von 3.483 AÄ. Dieser Wert übersteigt den mittleren Gesamtaufwand aller Fälle der G-DRG D13Z um mehr als das Dreifache.

4.6.4 Empfehlung

Aufgrund eines unsachgerechten G-DRG Algorithmus sowie einer Vermischung von – insbesondere – wenig und mäßig komplexen rhinochirurgischen Eingriffen sind in der Fallgruppe der G-DRG D13Z Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten vorhanden. Aus diesem Grund wurden zwei Anpassungsvorschläge formuliert, die Auswirkungen auf die Fallgruppe der G-DRG D13Z haben. Dies ist einerseits ein Vorschlag zur Korrektur des DRG-Algorithmus (Abschnitt 6.4) und andererseits der Vorschlag zur Neustrukturierung rhinochirurgischer Eingriffe (Abschnitt 6.9).

 © DRG-Research-Group 2005

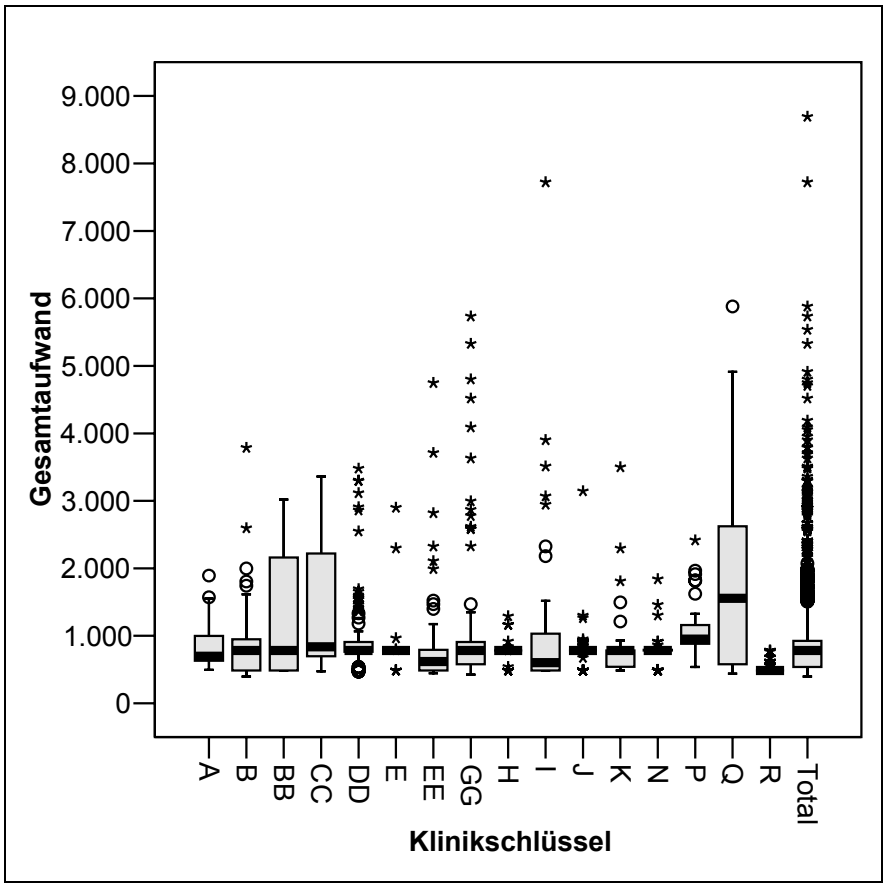

Abbildung 4-20 *G-DRG D13Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 30 Fällen in dieser G-DRG*

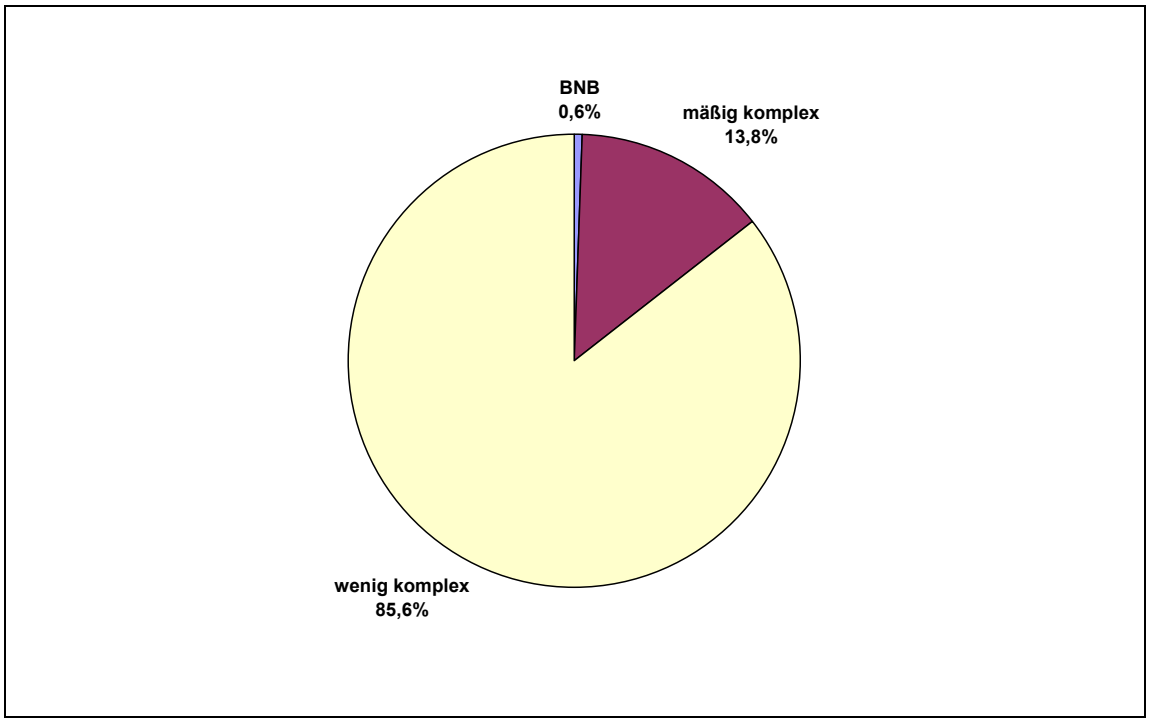

Abbildung 4-21 *G-DRG D13Z: Hauptabteilungen: %-Anteile rhinochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität sowie rhinochirurgischer Eingriffe bei bösartiger Neubildung an der Nase*

4.7 D60B Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC

4.7.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	7
n Kliniken	26

n Fälle	648
%-Anteil an Stichprobe	2,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.340 AÄ
Median (alle Fälle)	965 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.148 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.449 AÄ
Standarderlös	1.778 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	3,4
mVWD (Inlier)	3,6
mVWD (InEK)	4,7

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	24,5%	37,1%
Inlier	72,2%	55,7%
High Outlier	3,2%	7,1%
CMI	0,520	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	56,8%	59,9%	3,2
PCCL = 2	37,0%	40,1%	4,0
PCCL = 3	4,5%	0%	1,0
PCCL = 4	1,7%	0%	1,0

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	74,5%
Diagnostik	12,0%
OP	10,7%
PostOP	2,2%
Arzneimittel	0,5%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,553%
Ernährung über Magensonde	0,164%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,104%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,069%
Andere teure Antibiotika	0,055%

Tabelle 4-7 G-DRG D60B: Basisanalyse

In die G-DRG D60B Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC werden Patienten mit konservativ behandelten Malignomen des HNO-Bereiches mit geringer Komorbidität oder einer Verweildauer von einem Belegungstag eingruppiert. Die korrespondierende G-DRG für Fälle mit erhöhter Komorbidität ist die G-DRG D60A (Abschnitt 4.16). Bei der G-DRG D60B handelt es sich um die dritthäufigste DRG der medizinischen Partition. 2,6% aller Patienten der Projektstichprobe wurden in diese G-DRG gruppiert.

© DRG-Research-Group 2005

Zur Abklärung eines Verdachts auf das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung, zur Ausdehnungsbestimmung eines Malignoms oder zum Auschluss von Zweitmalignomen im Kopf-Hals-Bereich werden sehr häufig starre diagnostische Endoskopien durchgeführt. Diese Endoskopien werden jedoch im G-DRG-System 2005 nicht als relevante Eingriffe zur Eingruppierung in die operative Partition der MDC 03 angesehen (Abschnitt 5.3).

Aus diesem Grund machen die Aufwandarten OP und PostOP einen prozentualen Anteil von zusammen 12,9% des Gesamtaufwandes dieser G-DRG aus, obwohl es sich bei dieser G-DRG um eine DRG der medizinischen Partition handelt. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand der G-DRG bedeutendste besonders dokumentierte Leistung ist die Perioperative-Überwachung auf einer Observations-Station. 43,5% (n=408) aller innerhalb der Projektstichprobe durchgeführten isolierten diagnostischen Endoskopien mit starren Instrumenten wurden in die G-DRG D60B eingruppiert. Durchschnittlich waren pro diagnostischer Endoskopie 1,6 Ärzte und 1,7 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 34 min. und die des OP-Pflegepersonals 50 min. betrug.

29 (4,5%) Fälle der G-DRG D60B hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 16,7%.

Die größte Gruppe (n=5) dieser Patienten ist durch die gemeinsame Hauptdiagnose C32.1 Bösartige Neubildung: Supraglottis gekennzeichnet. Dies ist von besonderer Bedeutung, da sich diese Hauptdiagnose an Top-6 der häufigsten Hauptdiagnosen der Projektstichptobe findet, während sie nicht in den Top-9 Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe zu finden ist. Diese Fälle weisen einen mittleren Gesamtaufwand von 4.751 Aufwandäquivalenten auf. Die mittlere Verweildauer beträgt 12,8 Tage. Alle 29 Fälle mit Aufwand-Ausreißern haben eine mittlere Verweildauer von 13,0 Tagen und beträgt somit mindestens das Dreifache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG D60B.

4.7.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen jedoch hinsichtlich der PCCL-Verteilung, der Anteile von Kurz-, Normal- und Langliegern, der Verweildauer der Normallieger sowie der Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen und der häufigsten OPS-Prozeduren.

Die Projektstichprobe weist gegenüber der InEK-Kalkulationsstichprobe einen um 6,2% erhöhten Anteil an Fällen mit einer PCCL-Stufe > 2 auf. Der prozentuale Anteil der Normal-

lieger ist in der Projektstichprobe um 17% geringer als in der InEK-Kalkulationsstichprobe, der Anteil der Kurzlieger ist um 12,5% geringer. Umgekehrt verhält es sich bei den Langliegern. Hier ist der prozentuale Anteil in der InEK-Kalkulationsstichrpobe um 4% höher. Die Verweildauer der Normallieger ist in der Projektstichprobe um einen Tag verkürzt.

Patienten mit der Hauptdiagnose C32.1 Bösartige Neubildung der Supraglottis machen in der Projektstichprobe einen prozentualen Anteil von 5,9% an allen Hauptdiagnosen dieser G-DRG aus. In den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe kommt diese Hauptdiagnose jedoch nicht vor. Die OPS-Prozedur 8-540.1 Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen: intravnös, der vierthäufigste OPS-Kode der InEK-Stichprobe befindet sich nicht unter den Top-10 OPS-Kodes der Projektstichprobe.

4.7.3 Subgruppenanalyse

Die Streubreite der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall innerhalb der G-DRG D60B ist erheblich. Während ca. 20% der Fälle einen Gesamtaufwand unterhalb von 600 Aufwandäquivalenten aufweisen, haben 20% der Fälle einen Gesamtaufwand von mehr als 2.100 Aufwandäquivalenten. Die Steigung der Kurve mit dem kumulativen prozentualen Anteil der Fälle je Aufwandklasse ist oberhalb von 1.500 Aufwandäquivalenten sehr gering (Abbildung 4-22). Die klinikindividuellen mittleren gesamtaufwendungen schwanken ebenfalls erheblich (Abbildung 4-23).

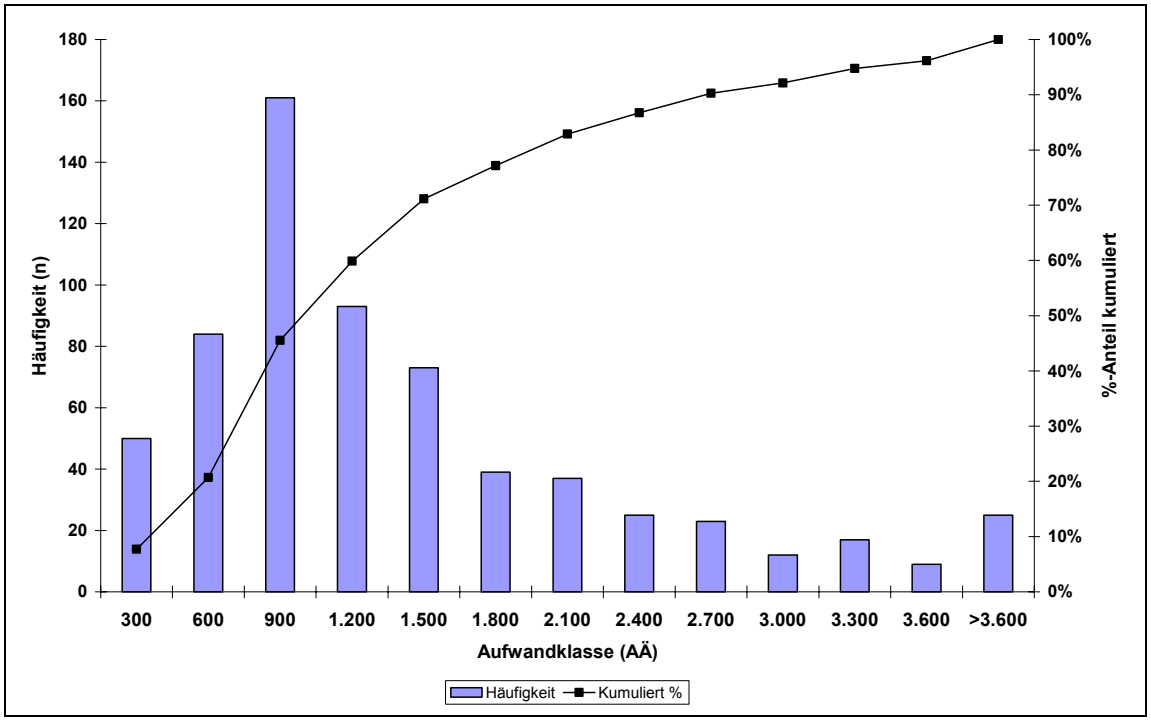

Abbildung 4-22 G-DRG D60B: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

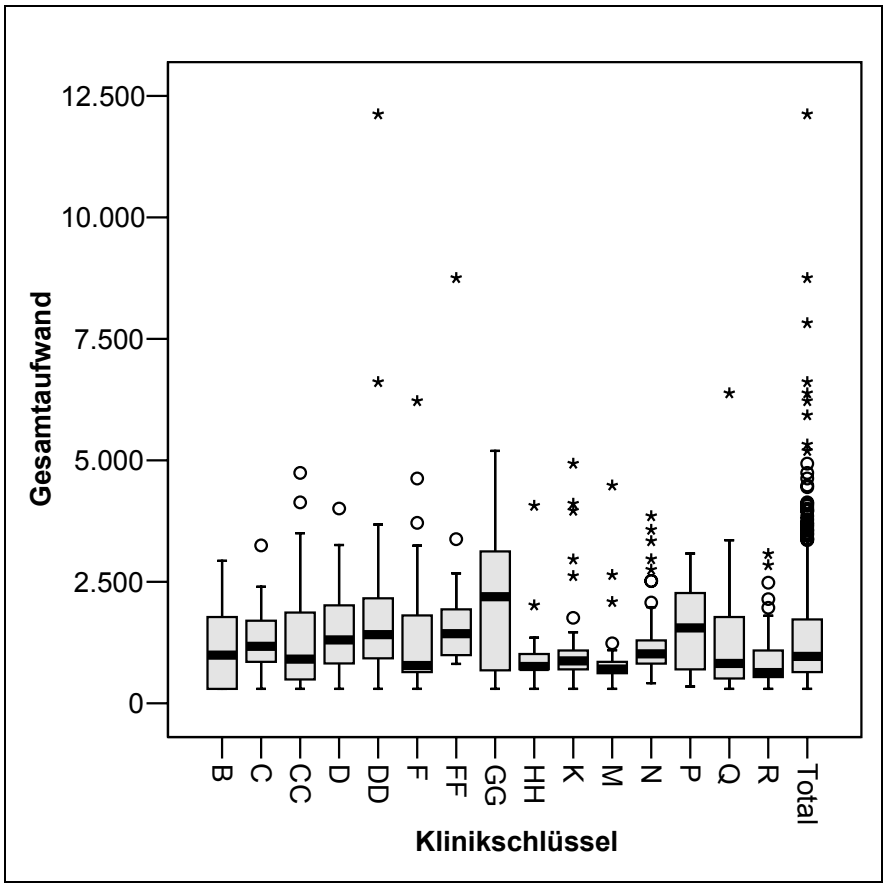

Abbildung 4-23 G-DRG D60B: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 20 Fällen in dieser G-DRG

Diese erhebliche Streubreite ist ein Hinweis auf bestehende Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten.

Entsprechend der DRG-Bezeichnung der G-DRG D60B werden mehrere Fallkonstellationen zusammengefasst. Einerseits Patienten mit einer Verweildauer von einem Belegungstag unabhängig von ihrer Komorbidität und andererseits Patienten mit einer längeren Verweildauer als einem Belegungstag mit einem PCCL-Level < 3. Hinzu kommen Patienten, die eine starre diagnostische Endoskopie erhalten haben. Die Analysen der Projektstichprobe zeigten, dass sich die mittleren Gesamtaufwendungen dieser drei Subgruppen sehr deutlich unterscheiden (Abbildung 4-24).

Die Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag hatten mit 1,3 den höchsten PCCL der drei Subgruppen und den geringsten mittleren Gesamtaufwand. Die Verweildauer der Patienten, die eine starre diagnostische Endoskopie erhielten lag bei 3,2 Tagen, der mittlere PCCL betrug 0,9. Patienten ohne starre diagnostische Endoskopie und einer Verweildauer von mehr als einem Belegungstag bilden die Subgruppe mit dem höchsten mittleren Gesamtaufwand. Dieser betrug 1.945 Aufwandäquivalente bei einer mittleren Verweildauer von 5,4 Tagen und einem mittleren PCCL von 0,8.

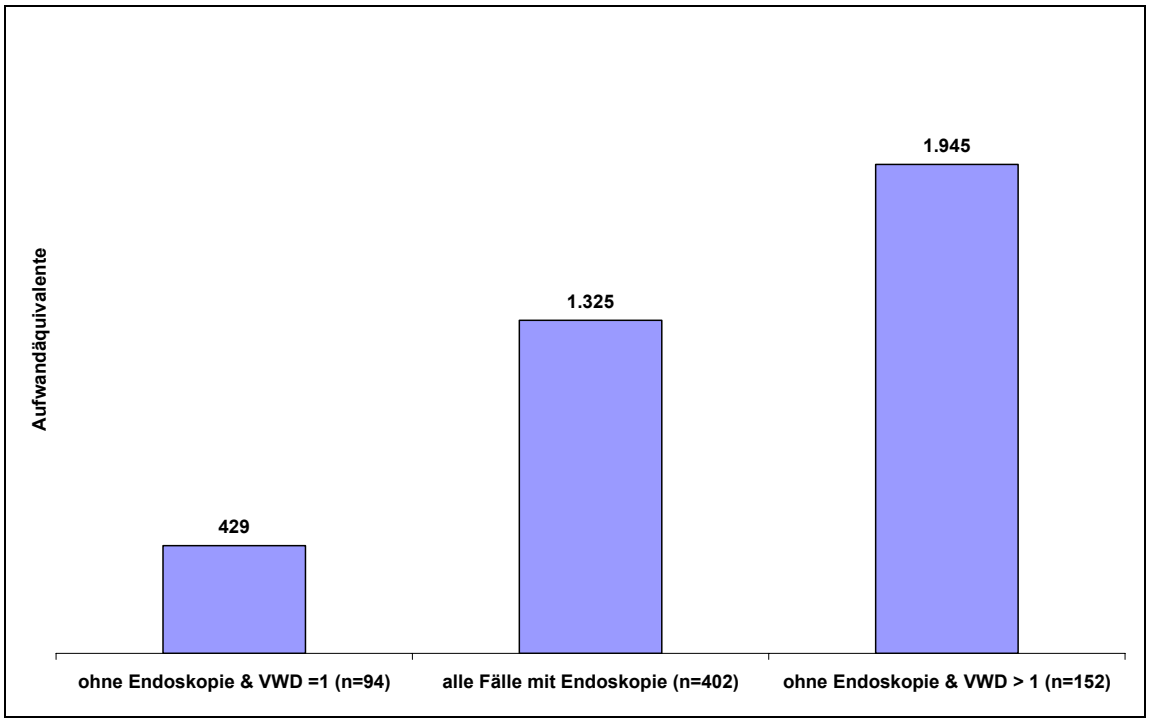

Abbildung 4-24 G-DRG D60B: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit einer Verweildauer von einem Belegungstag und der Durchführung starrer diagnostischer Endoskopien

4.7.4 Empfehlung

Die Struktur der G-DRG D60B führt aufgrund der Zusammenfassung sehr heterogener Fallkonstellationen zu erheblichen Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten. Es konnten drei Subgruppen innerhalb dieser G-DRG identifiziert werden, deren Gesamtaufwand aufgrund unterschiedlicher therapeutischer Ansätze und Vorgaben durch die DRG-Struktur (Verweildauer = ein Belegungstag) erhebliche Unterschiede aufwiesen.

Zur Homogenisierung der Fallgruppe dieser G-DRG und zur Verbesserung der Abbildungsqualität wird empfohlen, Fälle mit diagnostischen starren Endoskopien aus der Fallgruppe der G-DRG D60B herauszulösen und den innerhalb der operativen Partition der MDC 03 neu zu strukturierenden G-DRGs für diagnostische Endoskopien und endoskopische Eingriffe zuzuordnen (Kapitel 5 und Kapitel 6).

Darüber hinaus ist zu überprüfen, ob aufgrund der erheblichen Unterschiede der mittleren Gesamtaufwenungen eine separate Gruppierung von Patienten mit einer Verweildauer von einem Belegungstag und länger als ein Belegungstag auch innerhalb der InEK-Stichprobe zu einer Homogenisierung der Fallgruppe führt.

 © DRG-Research-Group 2005

4.8 D61Z Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)

4.8.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	8
n Kliniken	27

n Fälle	639
%-Anteil an Stichprobe	2,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.996 AÄ
Median (alle Fälle)	1.962 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.048 AÄ
mAufwand (Inlier)	2.100 AÄ
Standarderlös	1.856 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	6,0
mVWD (Inlier)	6,4
mVWD (InEK)	6,5

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	8,5%	11,2%
Inlier	90,5%	84,0%
High Outlier	1,1%	4,8%
CMI	0,590	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	86,7%	69,9%	6,0
PCCL = 1	0%	0,2%	0
PCCL = 2	10,2%	16,8%	6,5
PCCL = 3	3,0%	11,0%	6,6
PCCL = 4	0,2%	2,1%	10%

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	89,5%
Diagnostik	10,2%
OP	0,2%
Arzneimittel	0,1%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,681%
Teure serolog. Diagnostik (Gesamtk Kosten > 50 €)	0,629%
komplexe Vestibularisdiagnostik CNG/Drehstuhlprüfung o.ä.	0,346%
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,042%
Elektrocochleographie	0,024%

Tabelle 4-8 G-DRG D61Z: Basisanalyse

Patienten mit konservativer Behandlung von Gleichgewichtsstörungen werden der G-DRG D61Z Gleichgewichtsstörungen zugeordnet. Hierbei handelt es sich um 2,6% (n=639) der Patienten der Projektstichprobe mit Neuropathia vestibularis, M. Meniere, Schwindel und Taumel, Labyrinthitis u. a. Hauptdiagnosen.

Knapp 90% des Gesamtaufwandes entfielen auf die Aufwandart Normalstation, gefolgt von der Aufwandart Diagnostik mit einem prozentualen Anteil von 10,2%. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesantaufwand bedeutendsten gesondert dokumentierten Leistungen

betreffen audiologische und einfache Vestibularisdiagnostik, teure seologische Diagnostik sowie komplexe Vestibularisdiagnostik.

Obwohl es sich um eine DRG der medizinischen Partition handelt, sind OP-Aufwände in einer Größenordnung von 0,2% dokumentiert worden. Auch die perioperative Überwachung auf einer Observations-Station findet sich unter den fünf aufwändigsten besonders dokumentierten Leistungen. Die Ursache hierfür sind diagnostische endoskopische Untersuchungen mit starren Instrumenten, die im G-DRG System 2005 nicht als OR-Prozedur gelten und somit keine Berücksichtigung in DRGs der operativen Partition finden. Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden diagnostische starre Endoskopien jedoch als Operationen dokumentiert (Abschnitt 5.3). Vier Fälle aus der G-DRG D61Z erhielten diagnostische endoskopische Leistungen mit starren Instrumenten.

81 (12,7%) Fälle der G-DRG D61Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 23,7%.

Bei diesen Fällen handelt es sich mehrheitlich um Patienten mit Neuropathia vestibularis als Hauptdiagnose. Die sehr viel höheren Gesamtaufwände resultieren aufgrund längerer Verweildauern.

4.8.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur und der mittleren Verweildauer der Normallieger weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen jedoch hinsichtlich der PCCL-Verteilung, der Anteile an Kurz-, Normal- und Langliegern sowie der Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen und der häufigsten OPS-Prozeduren.

13,1% der Patienten der InEK-Stichprobe hatten einen PCCL von > 2. In der Projektstichprobe betrug dieser Anteil nur 3,2%. Der Anteil der Normallieger in der Projektstichprobe beträgt 90,5%. Der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe liegt bei 84,0%.

Die häufigste Hauptdiagnose dieser G-DRG in der Projektstichprobe war mit einem Anteil von 51,5% H81.2 Neuropathia vestibularis. Die Diagnose H81.2 ist auch die häufigste Hauptdiagnose der InEK-Stichprobe, der prozentuale Anteil an allen Hauptdiagnosen beträgt jedoch ledicglich 26,5%. Demgegenüber hat die Hauptdiagnose R42 Schwindel und Taumel einen Anteil von 21,8% an allen Hauptdiagnosen der G-DRG der InEK-Stichprobe, während der vergleichbare Wert der Projektstichprobe 4,1% beträgt. Dieser deutliche Unterschied

© DRG-Research-Group 2005

beruht höchstwahrscheinlich auf einer unspezifischen Kodierung innerhalb der InEK-Stichprobe.

4.8.3 Subgruppenanalyse

Die Streuung der Gesamtaufwendungen innerhalb der G-DRG D61Z ist sehr deutlich. Die Steigung der Kurve mit den kumulativen prozentualen Anteilen der Fälle je Aufwandklasse ist im Vergleich zu anderen G-DRGs sehr gering. Die Höhe der individuellen Gesamtaufwendungen je Patient variieren erheblich in Abhängigkeit der Verweildauer. Die Art der Therapie ist bei der Mehrzahl der in diese G-DRG eingruppierten Fälle ähnlich. In Abhängigkeit des klinischen Zustands der Patienten, ergibt sich die Verweildauer. Kriterien für Inhomogenitäten innerhalb der G-DRG sind daher anhand der Hauptdiagnosen nicht auszumachen. Gleiches gilt für Komorbiditäten – der Anteil der Fälle mit einem PCCL > 2 liegt bei 3,2%. Darüber hinaus sind 90,5% der Fälle Normallieger.

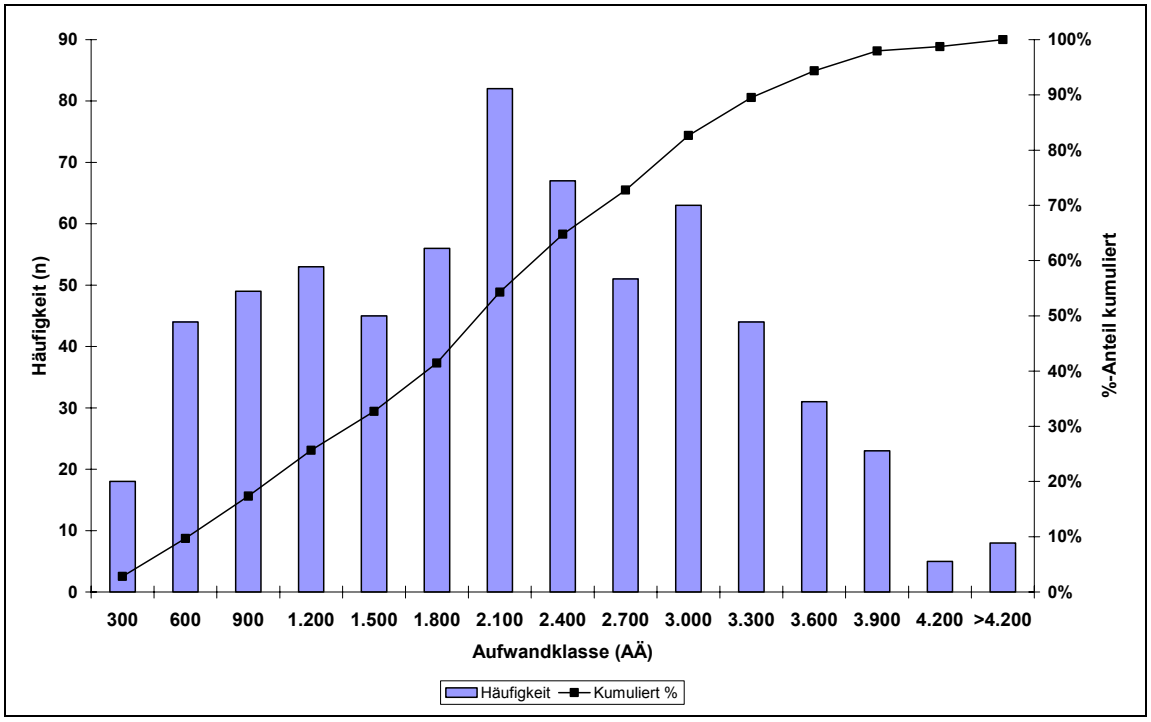

Abbildung 4-25 G-DRG D61Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

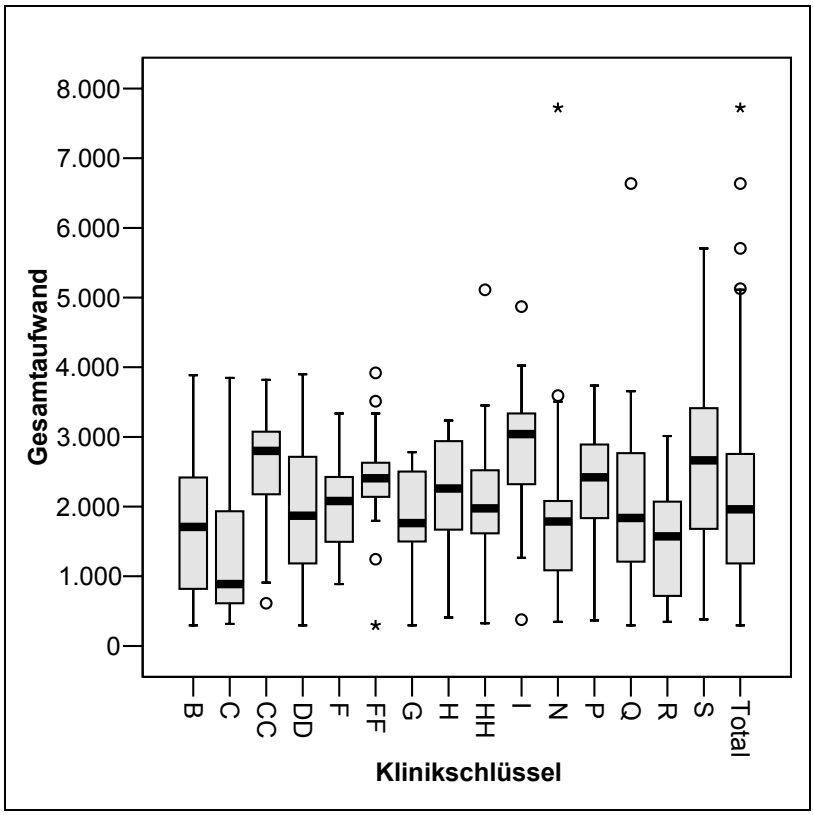

Abbildung 4-26 G-DRG D61Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 20 Fällen in dieser G-DRG

4.8.4 Empfehlung

Bei der Analyse der G-DRG D66Z (Abschnitt 4.3.4) wurde eine Subgruppe mit akutem Hörverlust bzw. Krankheiten des N. Vestibulocochlearis identifiziert, die vergleichbare mittlere Gesamtaufwendungen hat wie alle Fälle der G-DRG D61Z.

Die Patienten mit akuten Hörverlusten sollten aufgrund eines vergleichbaren Aufwandprofils und ähnlicher therapeuischer Ansätze der G-DRG D61Z Gleichgewichtsstörungen zugeordnet werden. Nach dieser Zuordnung wird eine erneute Überprüfung der Fallgruppe der G-DRG D61Z empfohlen.

© DRG-Research-Group 2005

4.9 D63Z Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege

4.9.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	9
n Kliniken	27

n Fälle	613
%-Anteil an Stichprobe	2,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.244 AÄ
Median (alle Fälle)	1.094 AÄ
StAbw (alle Fälle	861 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.308 AÄ
Standarderlös	1.329 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	3,8
mVWD (Inlier)	4,0
mVWD (InEK)	4,1

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	18,6%	18,1%
Inlier	77,0%	75,5%
High Outlier	4,4%	6,3%
CMI	0,400	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	77,7%	53,7%	3,7
PCCL = 1	0%	0,2%	0
PCCL = 2	17,0%	31,1%	3,9
PCCL = 3	4,9%	13,3%	4,8
PCCL = 4	0,5%	1,7%	5,7

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	89,7%
OP	3,6%
Arzneimittel	3,2%
Diagnostik	2,6%
Intensivstation	0,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Andere teure Antibiotika	0,496%
Clindamycin	0,207%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,147%
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,140%
Trachealstent (z.B. Montgomery-T-Tube)	0,131%

Tabelle 4-9 G-DRG D63Z: Basisanalyse

Die G-DRG D63Z fasst alle Patienten mit einer Mittelohrentzündungen oder Infektionen der oberen Atemwege zusammen, die keine im Sinne des G-DRG-Systems als operativ definierte Eingriffe erhielten. Diese DRG-Struktur bewirkt, dass die Fallgruppe nicht nur überwiegend Patienten aus HNO-Kliniken aufnimmt, sondern auch anderer Fachrichtungen, insbesondere pädiatrischer Abteilungen, beinhaltet (s. Folgeabschnitt).

Knapp 90% des Gesamtaufwandes entfielen auf die Aufwandart Normalstation. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesantaufwand bedeutendsten gesondert dokumentierten Leistungen betreffen andere teure Antibiotika, den Wirkstoff Clindamycin sowie teure serologische

Diagnostik mit Gesamtkosten von mehr als 50 Euro (Tabelle 4-9). 114 (18,6%) Fälle der G-DRG D63Z hatte eine Verweildauer von einem Belegungstag.

Obwohl es sich um eine DRG der medizinischen Partition handelt, sind OP-Aufwände in einer Größenordnung von 3,6% dokumentiert worden. Auch die perioperative Überwachung auf einer Observations-Station findet sich unter den fünf aufwändigsten besonders dokumentierten Leistungen. Die Ursache hierfür sind diagnostische endoskopische Untersuchungen mit starren Instrumenten, die im G-DRG System 2005 nicht als OR-Prozedur gelten und somit keine Berücksichtigung in DRGs der operativen Partition finden. Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden diagnostische starre Endoskopien jedoch als Operationen dokumentiert (Abschnitt 5.3). 10,1% (n=95) aller innerhalb der Projektstichprobe durchgeführten isolierten diagnostischen Endoskopien mit starren Instrumenten wurden in die G-DRG D63Z eingruppiert. Durchschnittlich waren pro diagnostischer Endoskopie 1,2 Ärzte und 1,5 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 29 min. und die des OP-Pflegepersonals 41 min. betrug.

41 (6,7%) Fälle der G-DRG D63Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 18,9%.

10 dieser Patienten hatten die Hauptdiagnose H66.0 Akute eitrige Otitis media bzw. H66.9 Otitis media, nicht näher bezeichnet. Der mittlere PCCL dieser Patienten betrug 0,4 bzw. 1. Die Verweildauer aller Patienten mit Aufwand-Extremwerten lag mit 10,4 Tagen mehr als 2,5fach über der mittleren Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG.

4.9.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der prozentualen Anteile an Kurz-, Normal- und Langliegern sowie der Verweildauer der Langlieger weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen jedoch hinsichtlich der Altersstruktur, PCCL-Verteilung, sowie der Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen und der häufigsten OPS-Prozeduren.

Die Altersstruktur der InEK-Stichprobe weist 48,3% der Fälle in den Alterklassen bis 5 Jahre aus. Der vergleichbare Wert der Projektstichprobe betrug 4,6%. 15% der Patienten der InEK-Stichprobe hatten einen PCCL von > 2. In der Projektstichprobe betrug dieser Anteil nur 5,4%.

Die häufigste Hauptdiagnose dieser G-DRG in der Projektstichprobe war mit 22,2% J36 Peritonsillarabszess. Die Liste mit den Top-Hauptdisgnosen der InEK-Stichprobe wird mit

© DRG-Research-Group 2005

einem Anteil von 21,9% von J06.9 Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet angeführt. Dieser Kode findet sich nicht innerhalb der Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe. Auch betreffen 13,9% aller Hauptdiagnosen der Projektstichprobe chronische Infektionen der oberen Atemwege, welche sich ebenfalls in der InEK-Stichprobe nicht unter den Top-Hauptdiagnosen befinden.

Entsprechend der Altersstruktur der Patienten der InEK-Stichprobe finden sich als Top-OPS-Prozeduren EEG-Untersuchungen und Punktionen des Liquor-Systems, welche nicht zu den häufigsten OPS-Prozeduren der Projektstichprobe gehören.

4.9.3 Subgruppenanalyse

Abbildung 4-27 zeigt die Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall der G-DRG D63Z. Es zeigt sich ein eingipfliger Verlauf. Wesentliche klinikindividuelle Unterschiede hinsichtlich der mittleren Gesamtaufwendungen bestehen nicht.

Innerhalb dieser G-DRG weicht die Subgruppe der Patienten, die eine starre diagnostische Endoskopie erhielten bezüglich Verweildauer und mittlerem Gesamtaufwand nicht wesentlich von den übrigen Fällen der G-DRG ab.

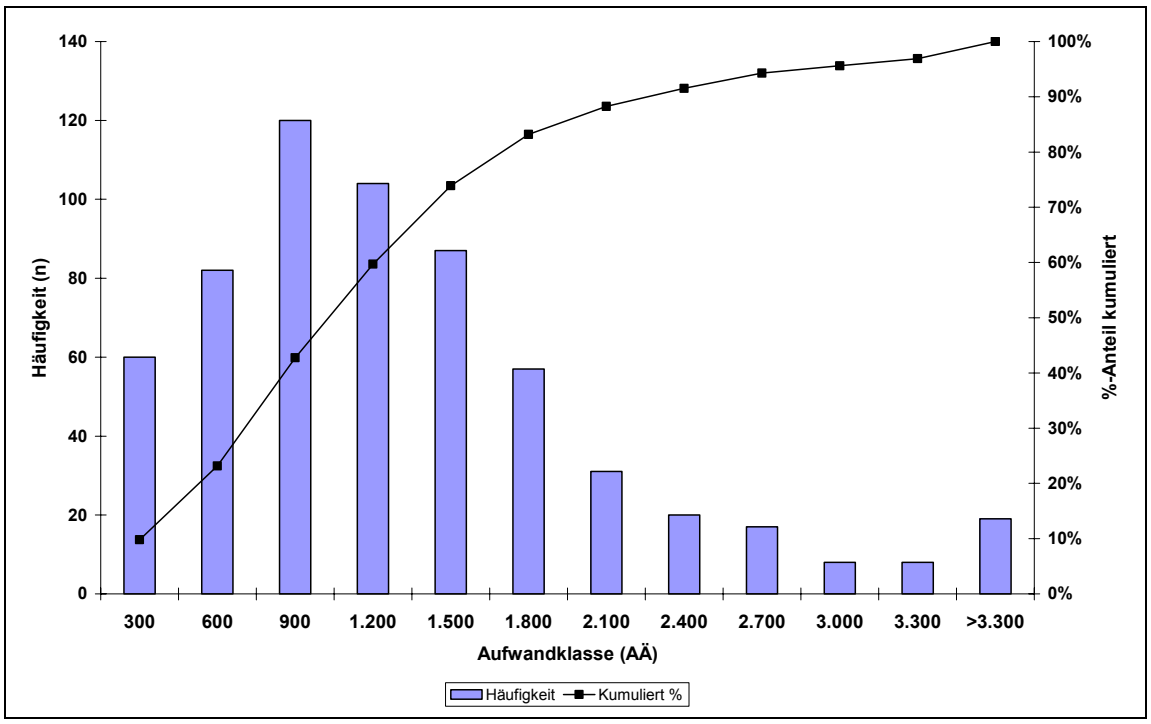

Abbildung 4-27 G-DRG D63Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

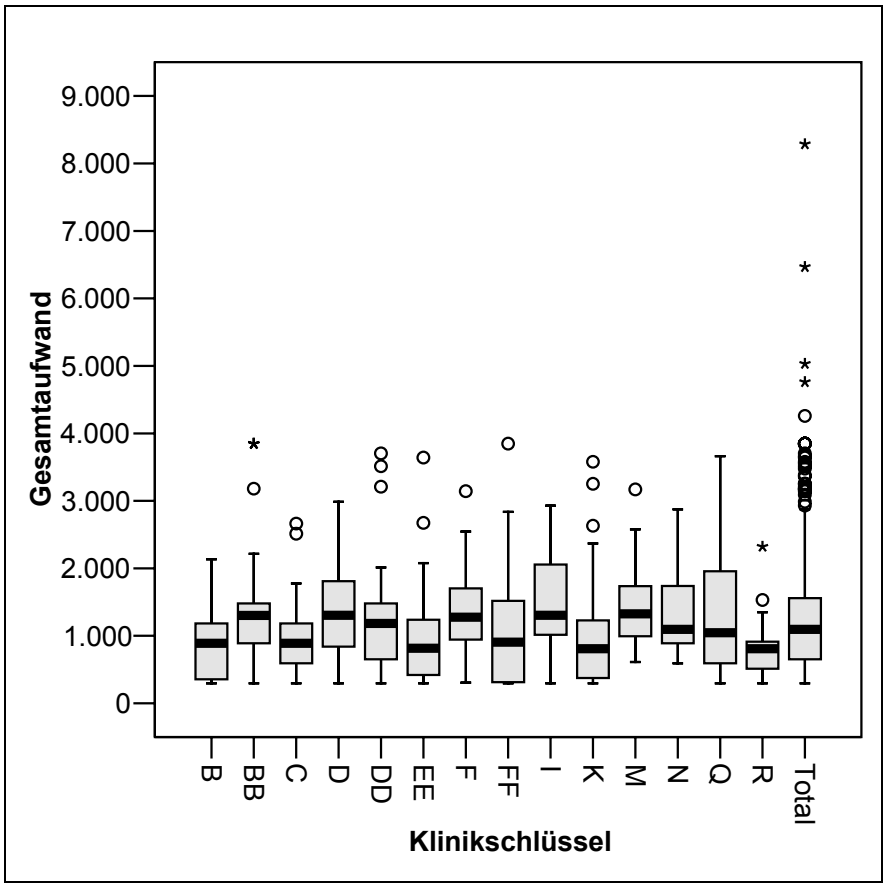

Abbildung 4-28 G-DRG D63Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 20 Fällen in dieser G-DRG

Wesentlich höhere mittlere Gesamtaufwände als die übrigen Fälle der G-DRG entfielen jedoch auf die Gruppe der Patienten mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe H66.- Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media. Hierbei entfielen die Mehrzahl der Fälle auf die Hauptdiagnosen H66.9 Otitis media, nicht näher bezeichnet (n=19) und H66.0 Akute eitrige Otitis media (n=18). Die Ursache liegt in einer im Vergleich zur gesamten Fallgruppe der G-DRG erheblich verlängerte Verweildauer. Diese beträgt bei den Patienten mit der Hauptdiagnose aus der Gruppe H66.- 5,8 Tage gegenüber einer mittleren Verweildauer der gesamten Fallgruppe von 3,7 Tagen.

© DRG-Research-Group 2005

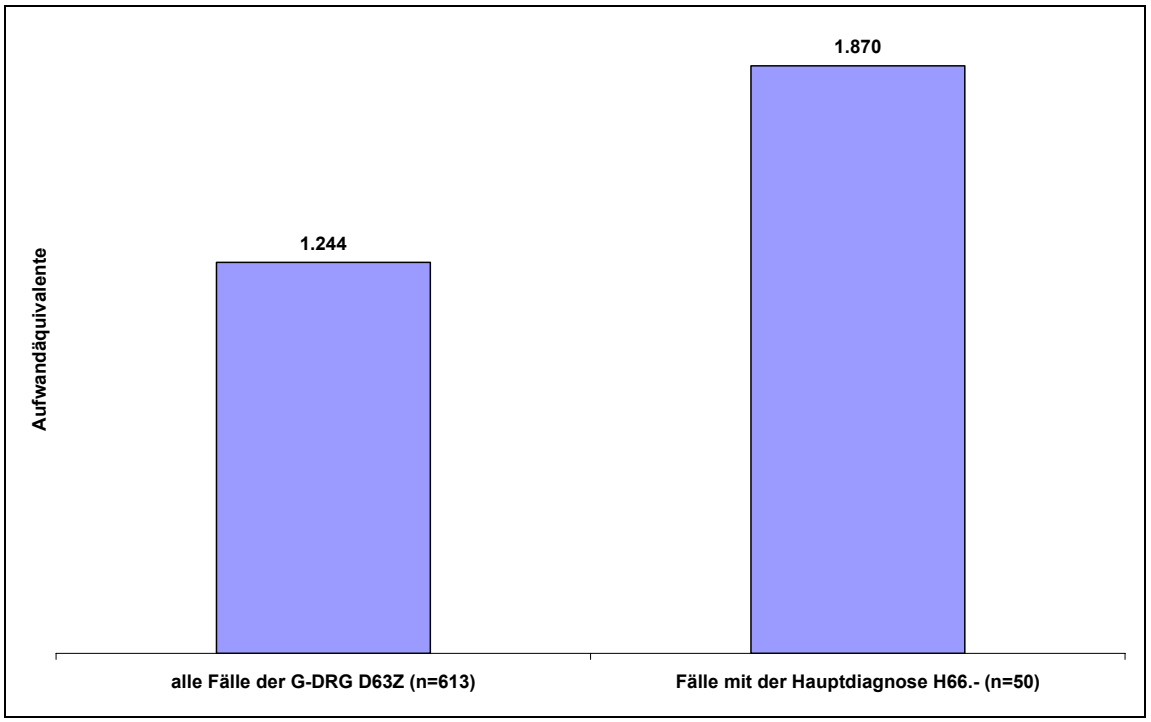

Abbildung 4-29 G-DRG D63Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall aller Fälle der G-DRG D63Z im Vergleich zu Fällen mit der Hauptdiagnose aus der ICD-Gruppe H66.- Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media

Die Häufigkeiten der Patienten mit den Hauptdiagnosen H66.0 bzw. H66.9 sind jedoch sowohl in der Projekt- als auch in der InEK-Stichprobe vergleichbar.

4.9.4 Empfehlung

Der Stichprobenvergleich hat erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Patientenstruktur gezeigt. Die InEK-Stichprobe umfasst vor allem Kinder mit teilweise erheblichen Komorbiditäten. Die Projektstichprobe hat ihren Altersschwerpunkt bei den über 18jährigen Patienten, welche überwiegend keine Komorbidität aufwiesen. Die erheblich höheren Gesamtaufwendungen für Patienten mit der Hauptdiagnose aus der Gruppe H66.- werden daher in der InEK-Stichprobe in der insgesamt komorbideren Fallgruppe aufgegangen sein.

Es wird empfohlen, die Fälle mit starren diagnostischen Endoskopien trotz eines vergleichbaren mittleren Gesamtaufwandes aus dieser G-DRG zu entfernen und den neu zu strukturierenden endoskopischen G-DRGs der MDC 03 zuzuordnen. Dies führt zu einer einheitlichen Verfahrensweise bei der Gruppierung dieser Fälle. Darüber hinaus wird empfohlen, die G-DRG D63Z zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der erheblichen höheren Gesamtaufwendungen verbunden mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe H66.- eine separate Gruppierung dieser Fälle in eine andere G-DRG mit vergleichbarem Gesamtaufwand durchzuführen.

4.10 D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals

4.10.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	10
n Kliniken	26

n Fälle	439
%-Anteil an Stichprobe	1,8%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.109 AÄ
Median (alle Fälle)	1.914 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.457 AÄ
mAufwand (Inlier)	2.084 AÄ
Standarderlös	2.439 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	5,4
mVWD (Inlier)	5,3
mVWD (InEK)	6,1

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	11,2%	10,1%
Inlier	84,7%	83,0%
High Outlier	4,1%	7,0%
CMI	0,77	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	67,0%	68,2%	4,6
PCCL = 2	12,5%	13,0%	5,6
PCCL = 3	13,7%	12,3%	6,9
PCCL = 4	6,8%	6,5%	9,6

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	75,4%
OP	19,6%
Diagnostik	3,3%
PostOP	0,7%
Intensivstation	0,5%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,173%
Andere teure Antibiotika	0,110%
Lasertubus	0,095%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,065%
Ernährung über Magensonde	0,049%

Tabelle 4-10 G-DRG D12Z: Basisanalyse

Der G-DRG D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals sind innerhalb der MDC 03 zahlenmäßig die meisten gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zugeordnet. Hierbei handelt es sich entsprechend der DRG-Beschreibung um eine sehr heterogene Gruppe von OPS-Kodes mit unterschiedlicher Komplexität. Beispielhaft seien hier Lymphknotenbiopsien, Palatoplastiken, Wunddebridements, Hauttransplantationen und Eingriffe bei Verbrennungen genannt.

Drei Viertel des Gesamtaufwandes dieser G-DRG entfällt auf die Aufwandart Normalstation, weitere 20,3% auf operative bzw. postoperative Leistungen. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand der DRG aufwändigste besonders dokumentierte Leistung war die Perioperative Überwachung auf einer Observations-Station.

© DRG-Research-Group 2005

Durchschnittlich waren pro operativem Eingriff 1,7 Ärzte bzw. Ärztinnen und 1,8 OP-Pfleger bzw. -Schwestern beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit des ärztlichen Personals 44 min. und die des OP-Pflegepersonals 56 min. betrug.

22 (5,0%) Fälle der G-DRG D12Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 15,3%.

Bei der Hälfte dieser Patienten wurden bösartige Neubildungen als Hauptdiagnose dokumentiert. Bei neun Patienten wurden Eingriffe der OPS-Gruppe 5-292 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pharynx durchgeführt. Der mittlere PCCL und die mittlerer Verweildauer der Patienten mit Aufwand-Extremwerten betrugen 2,8 bzw. 17,7 Tage. Dies entspricht mehr als dem Dreifachen der mittleren Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG.

4.10.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Alters- und der PCCL-Struktur der Patienten weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen jedoch hinsichtlich des Anteils der Langlieger, der mittleren Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen.

Die InEK-Stichprobe weist einen um knapp 3% höheren Anteil an Langliegern auf als die Projektstichprobe. Die mittlere Verweildauer der Normallieger ist in der Projekt um 0,8 Tage kürzer als in der InEK-Stichprobe. Während der ICD-Kode Q18.1 Präaurikuläre(r) Sinus und Zyste die dritthäufigste Hauptdiagnose der InEK-Stichprobe darstellt, ist dies bei der Projektstichprobe der ICD-Kode K14.8 Sonstige Krankheiten der Zunge.

4.10.3 Subgruppenanalyse

Die Spannbreite aller Gesamtaufwendungen der in die G-DRG D12Z eingruppierten Fällen reicht von 346 bis 15.691 Aufwandäquivalenten. Hiervon haben 70% Gesamtaufwendungen zwischen 1.000 und 3.500 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-30). Aufgrund der Vielzahl der unterschiedlichen Hauptdiagnosen und operativer Prozeduren, die in der G-DRG D12Z zusammengefasst sind, entstehen bei der Subgruppenbildung auf Kode-Ebene „Grüppchen“ mit sehr geringen Fallzahlen.

Auffällig ist jedoch ein sehr deutlicher Unterschied des Ressourcenverbrauches in Abhängigkeit von der Komorbidität der Patienten. 20,5% der Patienten haben einen PCCL > 2 und

damit eine deutlich erhöhte Komorbiditä. Während Patienten mit einem PCCL = 0 13,5% geringere mittlere Gesamtaufwendungen gegenüber dem mittleren Gesamtaufwand aller Fälle der G-DRG aufweisen, ist der Ressourchenverbrauch der Patienten mit einem PCCL = 3 um 30,1% und mit einem PCCL = 4 sogar um 70,7% gegenüber dem mittleren Gesamtaufwand aller Fälle der G-DRG erhöht. Auch klinikindividuell zeigen sich in Abhängigkeit des mittleren PCCL unterschiedliche mittlere Gesamtaufwendungen. Die Hauptabteilung mit dem höchsten mittleren PCCL (1,6) weist auch den zweithöchsten mittleren Gesamtaufwand aller Kliniken für diese G-DRG auf (Abbildung 4-31).

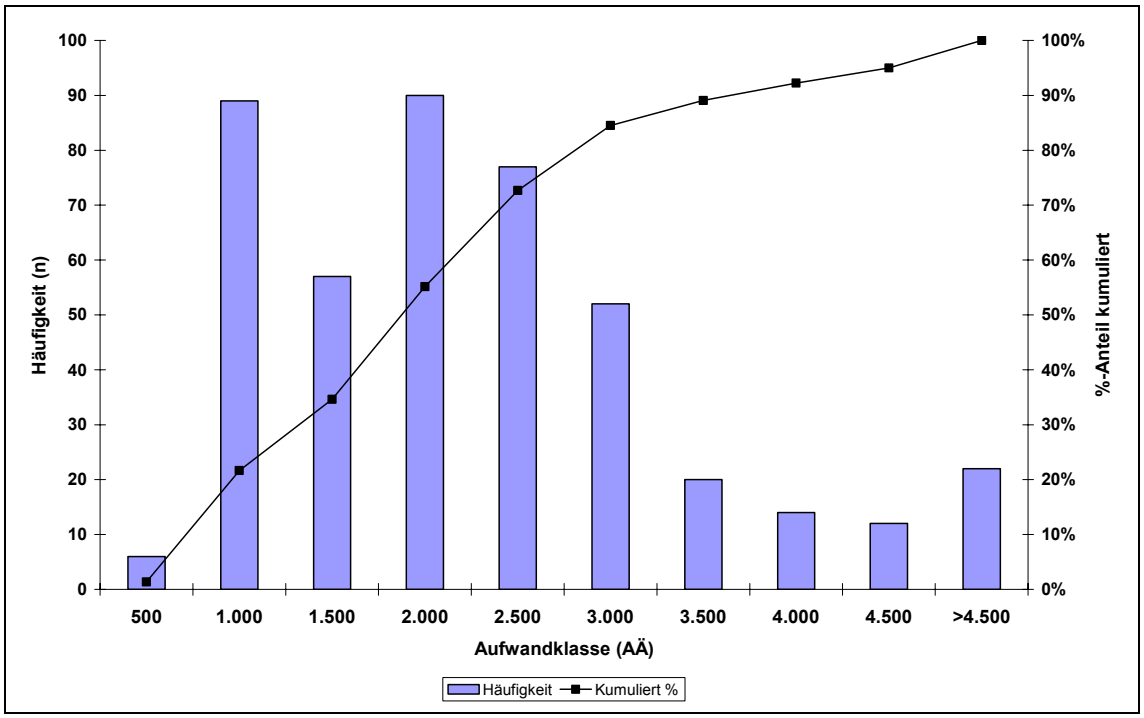

Abbildung 4-30 G-DRG D12Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

Werden zwei Subgruppen in Abhängigkeit des Ausmaßes der Morbidität (PCCL > 2) gebildet, werden Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb der Fallgruppe deutlich. Beide Subgruppen weisen erhebliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall auf (Abbildung 4-32), welche maßgeblich durch deutlich längere Verweildauern bedingt sind. Der Verweildauerunterschied zwischen beiden Subgruppen beträgt drei Tage (PCCL < 3: 4,8 Tage, PCCL > 2: 7,8 Tage).

© DRG-Research-Group 2005

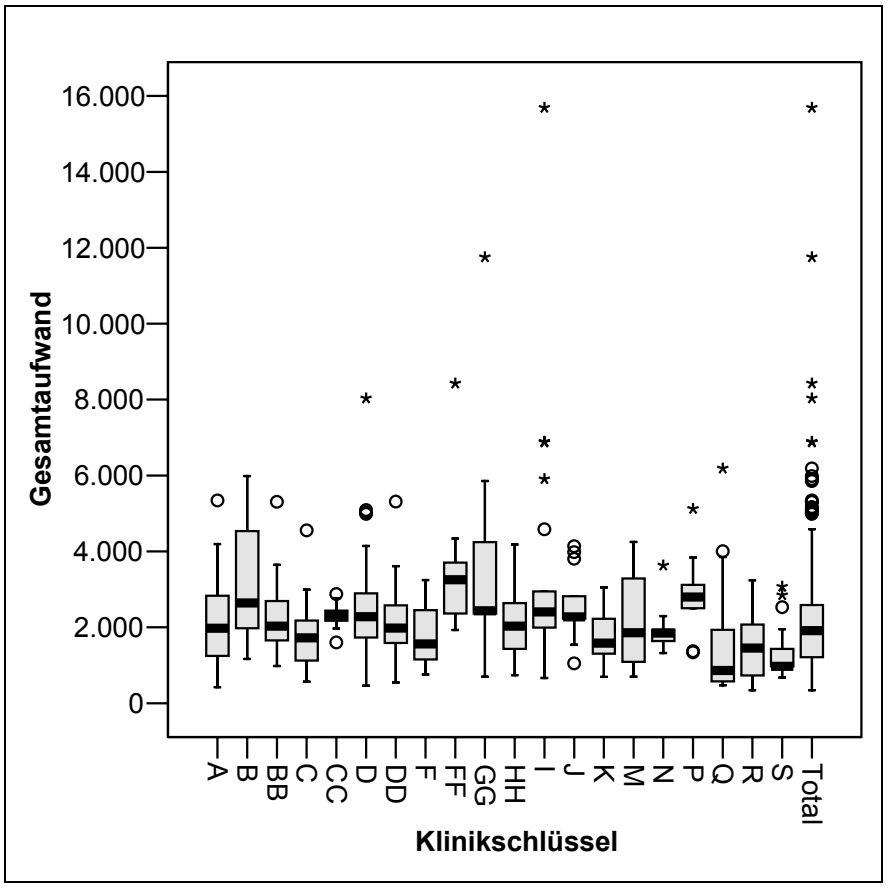

Abbildung 4-31 *G-DRG D12Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 10 Fällen in dieser G-DRG*

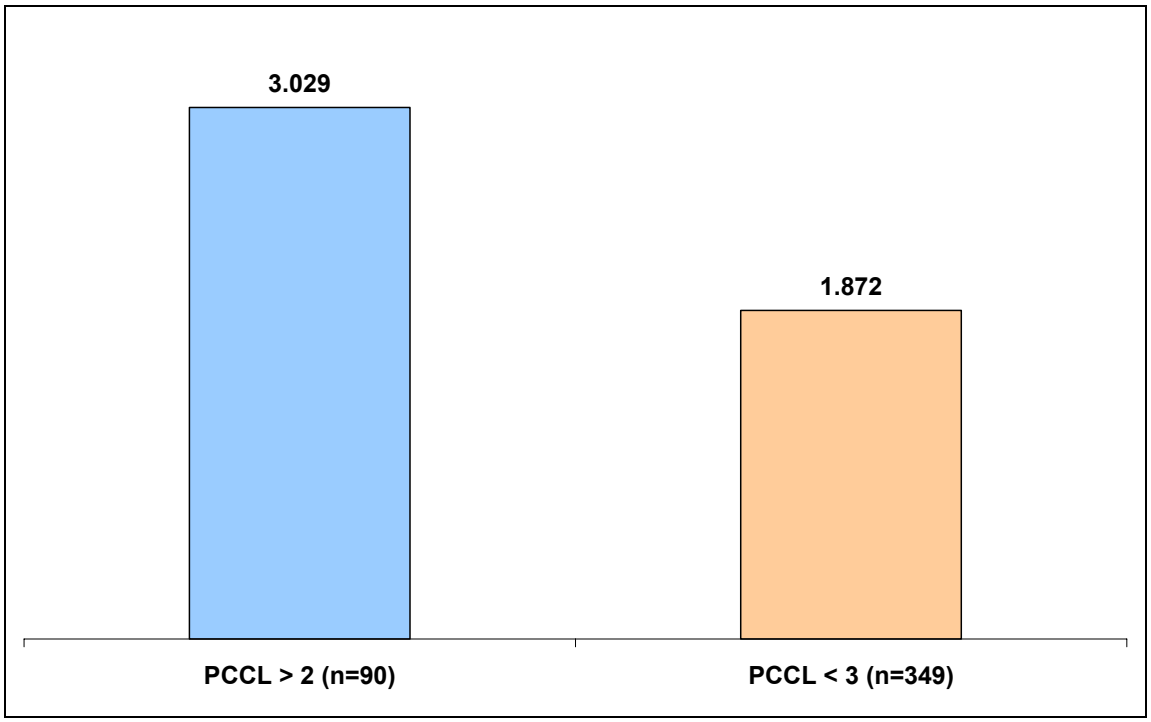

Abbildung 4-32 *G-DRG D12Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit eines PCCL > 2*

4.10.4 Empfehlung

Die G-DRG D12Z ist gekennzeichnet durch eine Zusammenfassung von Patienten mit sehr unterschiedlichen Hauptdiagnosen, Komorbiditäten und operativen Eingriffen. Bei der Subgruppenanalyse wurde deutlich, dass erhebliche Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb dieser G-DRG vorliegen, da keine Berücksichtigung der Komorbidität der Patienten erfolgt. 20,5% der Patienten mit einem PCCL > 2 haben einen mittleren Gesamtaufwand, welcher denjenigen der übrigen Fallgruppe um 61,8% übersteigt.

Es wird empfohlen, die Abbildungsqualität von Fällen mit anderen Eingriffen an Ohr, Nase, Mund und Hals durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL>2 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D12Z deutlich zu verbessern. Ein entsprechener Anpassungsvorschlag wurde eingereicht (Abschnitt 6.5).

© DRG-Research-Group 2005

4.11 D62Z Epistaxis

4.11.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	11
n Kliniken	27

n Fälle	406
%-Anteil an Stichprobe	1,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.136 AÄ
Median (alle Fälle)	898 AÄ
StAbw (alle Fälle	854 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.173 AÄ
Standarderlös	1.163 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	3,5
mVWD (Inlier)	3,7
mVWD (InEK)	4,2

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	19,7%	23,4%
Inlier	75,6%	69,8%
High Outlier	4,7%	6,8%
CMI	0,350	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	52,7%	57,7%	3,2
PCCL = 1	0,5%	0%	1,5
PCCL = 2	29,3%	24,4%	3,5
PCCL = 3	13,8%	14,8%	3,9
PCCL = 4	3,7%	3,1%	7,0

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	92,3%
OP	4,9%
PostOP	1,0%
Diagnostik	0,9%
Arzneimittel	0,6%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,579%
Andere teure Antibiotika	0,072%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,049%
PPSB	0,030%
Clindamycin	0,023%

Tabelle 4-11 DRG D62Z: Basisanalyse

Die G-DRG D62Z gehört zu den DRGs der medizinischen Partition. Die Zuordnung zu dieser G-DRG erfolgt ausschließlich anhand der Hauptdiagnose R04.0 Epistaxis, sofern keine operativen Prozeduren durchgeführt werden. Die Ursachen für die Notwendigkeit einer stationären Therapie der Epistaxis sind vielfältig. Ein nicht unerheblicher Teil dieser Patienten, leidet an schwerwiegenden internistischen Grunderkrankungen, wie z. B. Thrombozytenfunktionsstörungen und anderen Gerinnungsstörungen oder wird aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen mit Antikoagulanzien behandelt. Zwei Drittel der Patienten sowohl der Projekt- als auch der InEK-Stichprobe sind älter als 60 Jahre, knapp 20% älter als 80 Jahre.

Bei 33 Fällen dieser DRG wurden diagnostische Endoskopien mit starren Instrumenten durchgeführt. Diese Maßnahmen gelten im G-DRG-System 2005 nicht als Operationen und führen daher nicht zu einer Eingruppierung in G-DRGs der operativen Partition. Die DGHNOKHC empfiehlt jedoch die Berücksichtigung starrer diagnostischer Endoskopien als gruppierungsrelevante Prozeduren für G-DRGs der operativen Partition der Hauptdiagnosekategorie 3 (Abschnitt 5.3). Dementsprechend erfolgte auch die Dokumentation starrer diagnostischer Endoskopien als Operation im Rahmen der Personal- und Sachkostenerfassung auf den Erhebungsbögen des Projektes. Dies führte zu operativen und postoperativen Aufwänden in Höhe von 4,8% des Gesamtaufwandes dieser G-DRG.

23 (5,7%) Fälle, die in diese G-DRG eingruppiert wurden, hatten mittlere Gesamtaufwendungen, die die Höhe der dreifachen Standardabweichung übertrafen. Die mittlere Verweildauer dieser Fälle betrug 11,0 Tage, der mittlere PCCL betrug 2,04. 18,3% des Gesamtaufwandes aller Fälle der G-DRG D62Z entfällt auf die Behandlung dieser Patientengruppe.

4.11.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Das Geschlechterverhältnis der Projektstichprobe umfasst 6,4% mehr männliche Patienten als die InEK-Stichprobe. Die Altersverteilung der Projektstichprobe entspricht weitgehend derjenigen der InEK-Stichprobe. Patienten zwischen 65 und 74 Lebensjahren sowie die Altersgruppe der über 80jährigen stellen in beiden Stichproben einen Anteil von mehr als 40%.

4.11.3 Subgruppenanalyse

Die Komorbidität und das fortgeschrittene Alter der Mehrzahl der aufgrund von Epistaxis behandelten Patienten sind für die Behandlungsdauer und den resultierenden Ressourcenverbrauch von großer Bedeutung. Die mittleren Gesamtaufwände der in die G-DRG D62Z Epistaxis eingruppierten Fälle weisen eine erhebliche Spannbreite auf (Abbildung 4-33). Es resultieren deutliche Verweildauer- und Aufwandinhomogenitäten innerhalb dieser G-DRG, da durch die Struktur des G-DRG-System 2005 die Komorbiditäten der Patienten bei der Zuordnung zur G-DRG D62Z unberücksichtigt bleiben. Daher wurde eine vergleichende Betrachtung der mittleren Gesamtaufwände in Abhängigkeit eines PCCL>2 durchgeführt. Die Schwelle >2 wurde gewählt, da sowohl in der Projekt- als auch in der Kalkulationsstichprobe ca. 18% der Fälle einen PCCL>2 aufweisen, jedoch nur ca. 4% einen PCCL>3.

© DRG-Research-Group 2005

Wird das Fallkollektiv in Abhängigkeit des patientenbezogenen Gesamtschweregrades (PCCL) aufgeteilt, so resultieren zwei Subgruppen mit deutlichen Unterschieden hinsichtlich der Höhe des mittleren Gesamtaufwandes (Abbildung 4-35).

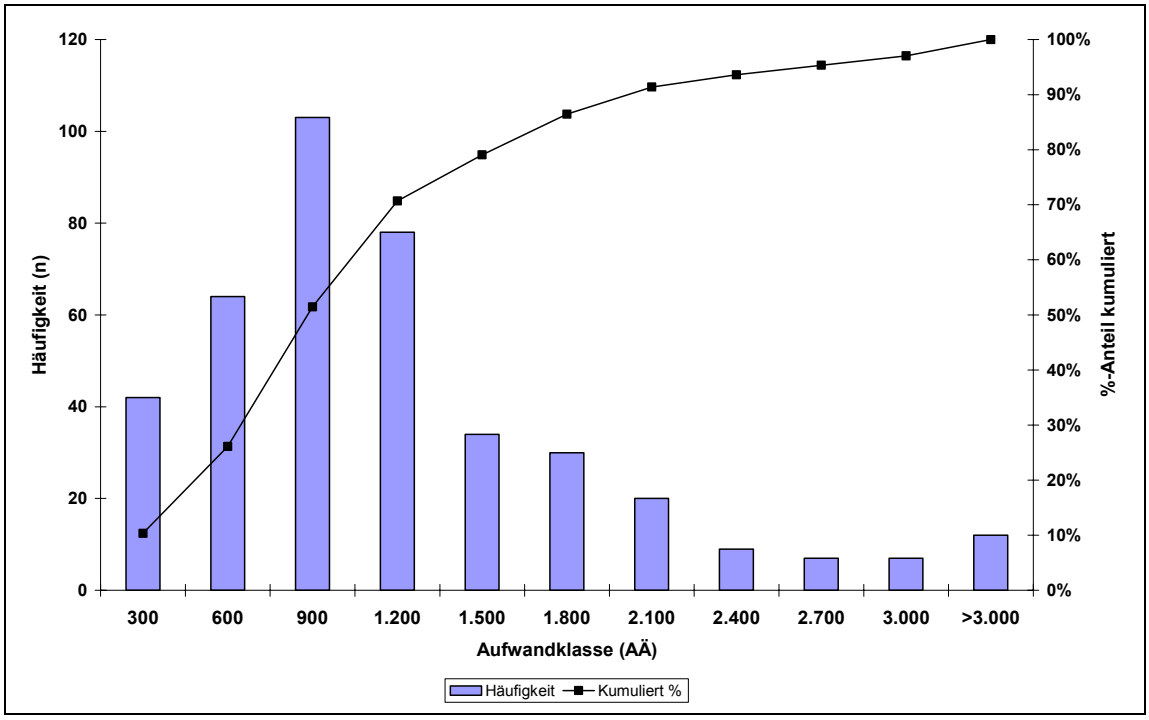

Abbildung 4-33 G-DRG D62Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

4.11.4 Empfehlung

Es wird empfohlen, die Abbildungsqualität von Fällen mit konservativ behandelter Epistaxis durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL>2 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D62Z deutlich zu verbessern. Ein entsprechender Anpassungsvorschlag wurde fristgerecht eingereicht (Abschnitt 6.2)

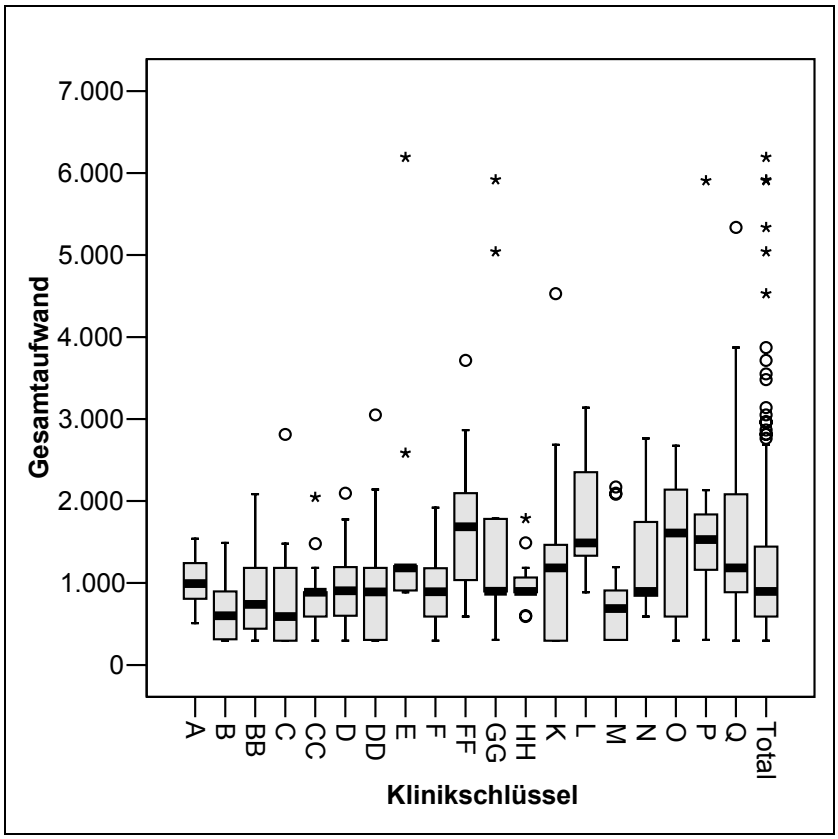

Abbildung 4-34 *G-DRG D62Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 10 Fällen in dieser G-DRG*

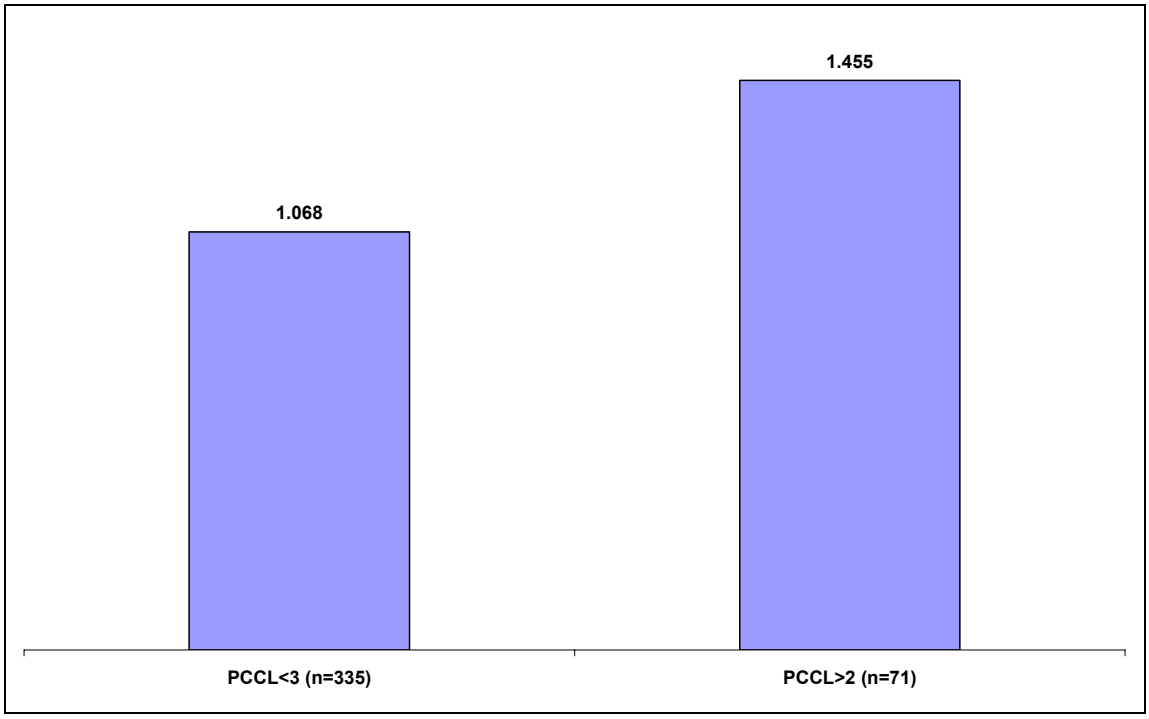

Abbildung 4-35 *G-DRG D62Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit eines PCCL > 2*

© DRG-Research-Group 2005

4.12 D65Z Verletzung und Deformität der Nase

4.12.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	12
n Kliniken	27

n Fälle	364
%-Anteil an Stichprobe	1,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	920 AÄ
Median (alle Fälle)	636 AÄ
StAbw (alle Fälle	816 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.201 AÄ
Standarderlös	1.196 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	2,4
mVWD (Inlier)	3,2
mVWD (InEK)	3,4

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	56,0%	46,3%
Inlier	37,6%	49,0%
High Outlier	6,3%	4,7%
CMI	0,290	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	84,3%	82,7%	2,1
PCCL = 1	4,7%	3,4%	3,8
PCCL = 2	8,5%	9,3%	3,0
PCCL = 3	2,2%	4,4%	7,8
PCCL = 4	0,3%	0,2%	1,0

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	77,4%
OP	20,7%
Diagnostik	1,2%
PostOP	0,4%
Arzneimittel	0,3%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,159%
Andere teure Antibiotika	0,081%
Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.)	0,032%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,022%
Clindamycin	0,021%

Tabelle 4-12 G-DRG D65Z: Basisanalyse

Die G-DRG D65Z Verletzung und Deformität der Nase fasst Patienten mit Behandlungen der Nase zusammen, die im Sinne des G-DRG-Systems keine operative Therapie erhalten haben, d. h. keine für die operative Partition der MDC 03 gruppierungsrelevanten OPS-Kodes verwendet wurden. Die Hauptdiagnosen, die dieser DRG zugeordnet sind, sind Nasenbeinfrakturen, offenen Wunden im Bereich der Nase, Nasenseptumdeviation und erworbene Deformitäten der Nase.

Durchschnittlich waren pro operativem Eingriff 1,3 Ärzte und 1,5 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 25 min. und die des OP-Pflegepersonals 41 min. betrug.

16 (4,4%) Fälle der G-DRG D65Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 16 Fälle beläuft sich auf 17,1%. 13 dieser 16 Fälle hatten die Hauptdiagnose Nasenbeinfraktur. Die mittlere Verweildauer aller 16 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 11,1 Tagen und betrug damit mehr als das Dreifache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 0,75. Lediglich bei einem dieser Patienten wurde die auf die gesamte G-DRG bezogen häufigste schweregradsteigernde Nebendiagnose S06.0 Gehirnerschütterung kodiert.

Alleine sieben der 16 Fälle mit Aufwand-Extremwerten wurden in Klinik GG behandelt (Abbildung 4-37).

4.12.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Altersstruktur und die PCCL-Verteilung beider Stichproben stimmen im Wesentlichen überein. Im Vergleich zur InEK-Stichprobe ist in der Projektstichprobe der Anteil der Kurzlieger um 10% zu Lasten der Normallieger erhöht. Die mittlere Verweildauer der Normallieger ist in der Projektstichprobe geringfügig um 0,2 Tage kürzer als in der InEK-Stichprobe. Aufgrund des sehr hohen Anteils an Kurzliegern beträgt die mittlere Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG nur 2,4 Tage.

In beiden Stichproben beträgt der kumulative Anteil der beiden Top-Hauptdiagnosen S02.2 Nasenbeinfraktur und J34.2 Nasenseptumdeviation mehr als 90%. Demzufolge ist auch die häufigste OPS-Prozedur die geschlossene Reposition einer Nasenbeinfraktur (5-216.0).

Obwohl es sich um eine DRG der konservativen Partition der MDC 03 handelt, wurden im Rahmen der OP-Dokumentation des Projektes operative Leistungen mit einem prozentualen Anteil von 20,7% am Gesamtressourcenverbrauch der DRG dokumentiert. Dies korreliert mit der InEK-Stichprobe. Hier beträgt der Anteil der OP-Kosten 17,9%.

4.12.3 Subgruppenanalyse

Die Spannbreite der Gesamtaufwendungen je Fall in dieser G-DRG ist erheblich. Sie reicht von 296 bis 8.582 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-36). 56,0% der Fälle hatten nur eine stationäre Verweildauer von einem Tag. Die PCCL-Struktur verzeichnet lediglich einen Anteil von 2,5% mit PCCL-Werten > 2. 94,0% aller Patienten haben die Hauptdiagnose Nasenbeinfraktur bzw. Nasenseptumdeviation, wobei der Anteil der Hauptdiagnose Nasenbeinfraktur bei 79,7% liegt. Die häufigste schweregradsteigernde Nebendiagnose S06.0 Gehirnerschüt-

© DRG-Research-Group 2005

terung wurde nur in 5,5% der Fälle kodiert und findet sich nur bei einem Fall mit Aufwand-Extremwerten.

Die zusätzliche Kodierung von Weichteilschäden erfolgte in fünf Fällen, wobei hiervon bei vier Fällen ein Weichteilschden I. Grades angegeben wurde. Keiner der Fälle mit Weichteilschäden weist Aufwand-Extremwerte auf.

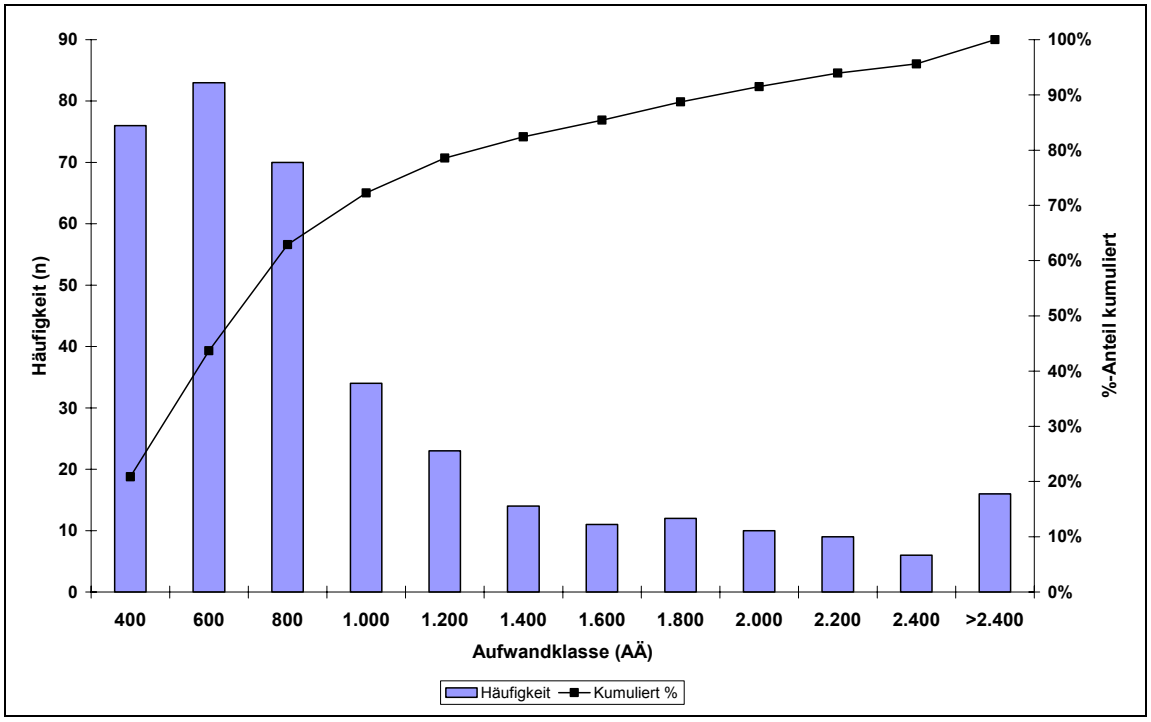

Abbildung 4-36 G-DRG D65Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

Die sehr hohen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall in den beiden Kliniken GG und L (Abbildung 4-37) korrelieren nicht mit erhöhten mittleren PCCL-Werten der behandelten Patienten. Die Höhe der Gesamtaufwendungen in diesen Kliniken ergibt sich nicht durch höhere operative Aufwände, sondern durch die im Vergleich zur übrigen Fallgruppe erheblich verlängerte Verweildauer dieser Patienten.

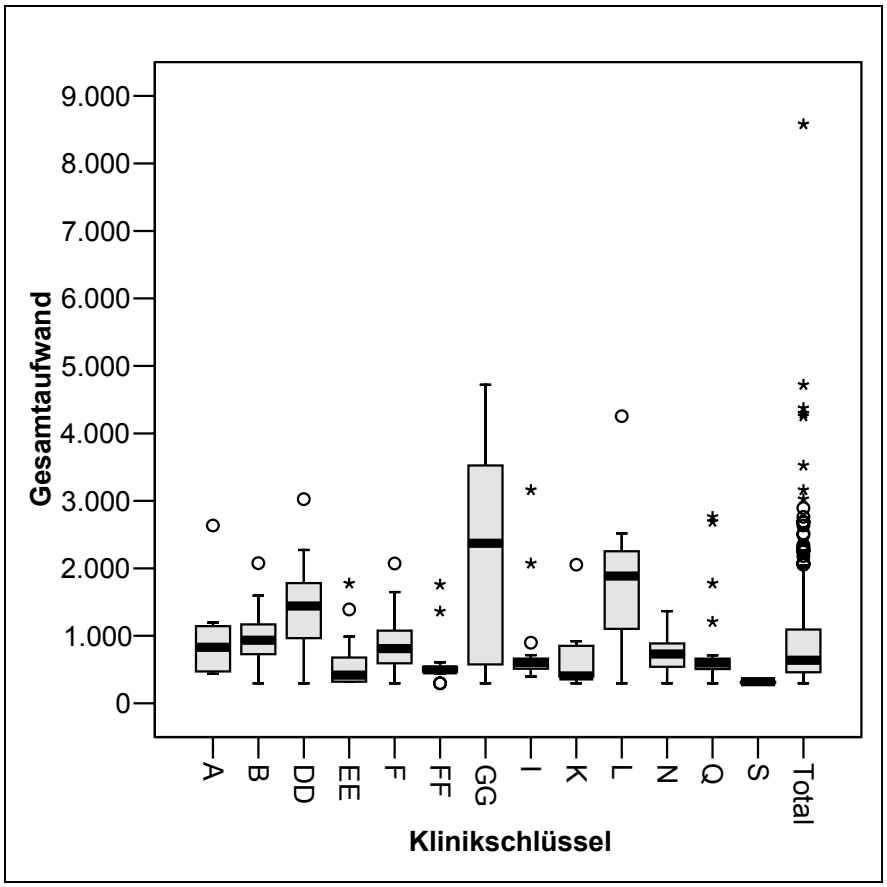

Abbildung 4-37 G-DRG D65Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 10 Fällen in dieser G-DRG

4.12.4 Empfehlung

Die Fallgruppe dieser G-DRG ist durch eine erhebliche Streubreite der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall und der mittleren klinikindividuellen Gesamtaufwendungen gekennzeichnet. Diese Zuordnung geschieht vor dem Hintergrund einer sehr übersichtlichen Struktur dieser G-DRG. Die Anzahl der zugeordneten Hauptdiagnosen ist gering, die überwiegende Mehrzahl der Patienten entstammen wenigen Altersklassen, haben keine oder nur geringe Komorbiditäten und weisen nur eine kurze Verweildauer auf.

Der Vergleich der Projektstichprobe und der InEK-Stichprobe ergab, dass bis auf wesentlich höhere Anteile von Kurzliegern keine wesentlichen Unterschiede bestehen. Die Subgruppenanalyse konnte keine Kriterien für eine Erklärung der erheblichen Streubreite der Gesamtaufwendungen identifizieren. Die Möglichkeit der Differenzierung der Komplexität der Hauptdiagnose Nasenbeinfraktur durch die zusätzliche Angabe von Weichteilschäden wurde lediglich bei fünf Fällen genutzt.

 © DRG-Research-Group 2005

Es wird empfohlen, die G-DRG D65Z zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der erheblichen Streubreite der Gesamtaufwendungen, die Ursachen hierfür erneut zu untersuchen.

Durch die Auswirkungen des Kataloges für ambulante Operationen im Krankenhaus gem. §115b SGB V ist zukünftig eine Verschiebung innerhalb der Fallgruppe dieser G-DRG zu erwarten. Die unter vollstationären Bedingungen versorgten Patienten werden höhere Komorbiditäten bzw. komplexere Grunderkrankungen bei geringerer Fallzahl aufweisen. Ob hierdurch auch eine Verweildauerverlängerung eintritt, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden.

4.13 D05Z Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen

4.13.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	13
n Kliniken	27

n Fälle	341
%-Anteil an Stichprobe	1,4%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	3.484 AÄ
Median (alle Fälle)	3.261 AÄ
StAbw (alle Fälle	982 AÄ
mAufwand (Inlier)	3.284 AÄ
Standarderlös	3.646 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	7,2
mVWD (Inlier)	6,6
mVWD (InEK)	7,1

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	0,3%	0,2%
Inlier	92,1%	91,4%
High Outlier	7,6%	8,4%
CMI	1,24	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	72,1%	76,9%	6,8
PCCL = 2	11,4%	10,6%	7,4
PCCL = 3	12,0%	9,4%	8,3
PCCL = 3	12,0%	9,4%	8,3

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	61,2%
OP	36,7%
Diagnostik	0,7%
Intensivstation	0,6%
PostOP	0,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,225%
Andere teure Antibiotika	0,061%
Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.)	0,042%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,032%
Fibrinkleber	0,009%

Tabelle 4-13 G-DRG D05Z: Basisanalyse

Die G-DRG D05Z Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen umfasst operative Eingriffe an der Ohrspeicheldrüse sowie die Naht von Speicheldrüsenausführungsgängen nach Verletzungen. Die übrigen Eingriffe an Speicheldrüsen werden in die G-DRG D06Z Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen eingruppiert.

Die G-DRG D05Z hat mit 36,7% den höchsten prozentualen Anteil der Aufwandart OP von allen Top-30 DRGs des Projektes. Durchschnittlich waren pro Operation 2,0 Ärzte und 2,1 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 34 min. und die des OP-Pflegepersonals 40 min. betrug.

© DRG-Research-Group 2005

255 (74,8%) Fälle der G-DRG D05Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 255 Fälle beläuft sich auf 81,2%. 62,4% (n=159) dieser Patienten hatten die Hauptdiagnose D11.0 Gutartige Neubildung: Parotis. Deutlich längere Verweildauern als der Durchschnitt der Fälle der G-DRG D05Z weisen Patienten mit der Hauptdiagnose K11.2 Sialadenitis auf. Sieben der neun Patienten mit dieser Hauptdiagnose hatte Aufwand-Extremwerte. Der prozentuale Anteil der Fälle mit Aufwandextremwerten, welche durch eine komplette Parotidektomie therapiert wurden, lag bei 11,8%. Die mittlere Verweildauer aller 255 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 8,9 Tagen und war um 1,7 Tage gegenüber der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG verlängert. Der mittlere PCCL lag bei 0,9.

4.13.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur der Patienten, der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger sowie der prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger.

Der Anteil der Patienten mit einem PCCL>2 in der InEK-Stichprobe beträgt 12,6%. Der vergleichbare Wert der Projektstichprobe beläuft sich auf 16,4%. Trotz dieser erhöhten Komorbidität der Projektstichprobe ist die Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe ist um 0,5 Tage kürzer als die der InEK-Stichprobe.

4.13.3 Subgruppenanalyse

Die G-DRG D05 umfasst ein eng begrenztes Gebiet der HNO-Heilkunde, welches durch eine hohe Fallzahl und einen sehr hohen Anteil der Aufwandart OP bestimmt ist. 1,4% der Projektstichprobe werden dieser G-DRG zugeordnet. Mehr als 80% der Patienten sowohl in der Projekt- als auch in der InEK-Stichprobe haben eine der beiden Top-Hauptdiagnosen D11.0 Gutartige Neibildung: Parotis oder D37.0 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Lippe, Mundhöhle und Pharynx.

Dennoch ergibt sich eine erhebliche Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall dieser G-DRG zwischen 1.743 und 8.611 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-38).

In Abhängigkeit der Komplexität der durchgeführten Operation wurden zwei Subgruppen innerhalb dieser G-DRG mit erheblichen Unterschieden des mittleren Gesamtaufwandes

identifiziert. Hierbei handelt es sich um die partielle Parotidektomie einerseits und komplette Parotidektomie andererseits (Abbildung 4-40). Zwischen beiden Gruppen besteht ein erheblicher Unterschied bezüglich operativem Aufwand und postoperativer Verweildauer – auch auf klinikindividueller Ebene (Abbildung 4-39). Dies ist sowohl auf die zugrunde liegenden Erkrankungen (bei kompletter Parotidektomie oft bösartige Neubildungen oder chronische-vernarbende Entzündungen) als auch durch das wesentlich höhere Risiko von Läsionen des N. facialis bei kompletten Parotidektomien bedingt.

Eine Eingruppierung von Fällen mit partieller und kompletter Parotidektomie in der gleichen G-DRG führt demnach zu erheblichen Aufwand-, Leistungs- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb der G-DRG D05Z, zumal komplette Parotidektomien häufiger in spezialisierten Zentren operiert werden. Da die Fallzahl von kompletten Parotidektomien im Vergleich zu partiellen wesentlich geringer ist, sind diese Inhomogenitäten weniger auffällig.

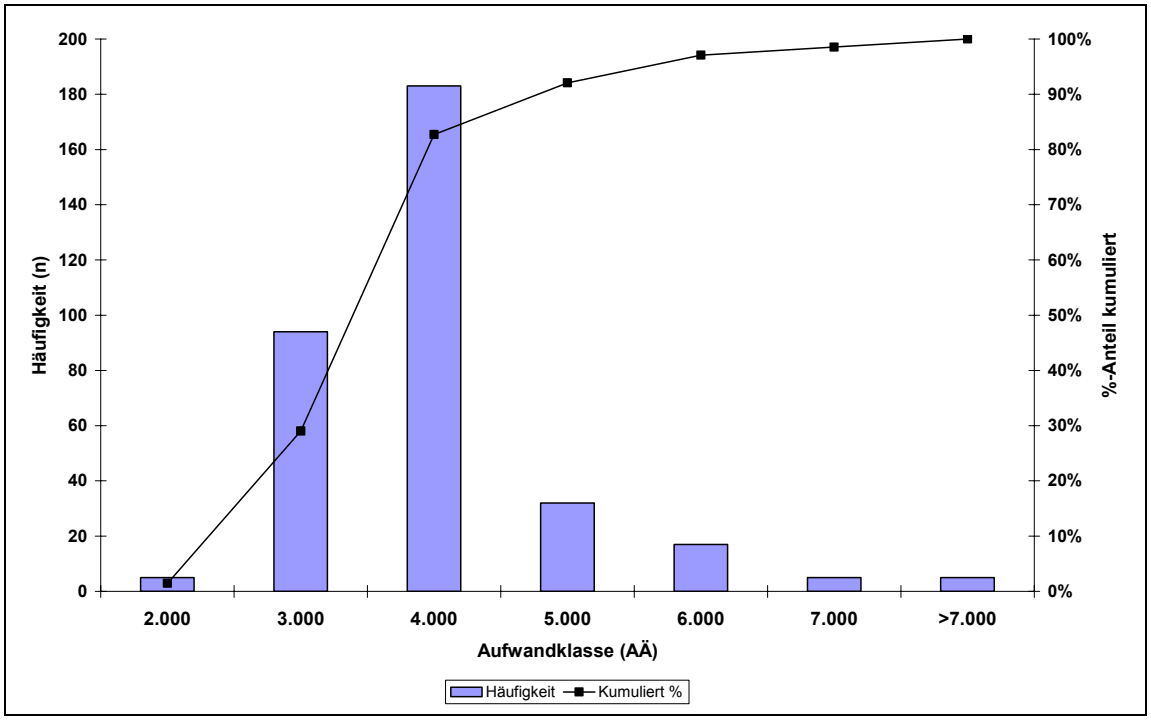

Abbildung 4-38 G-DRG D05Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

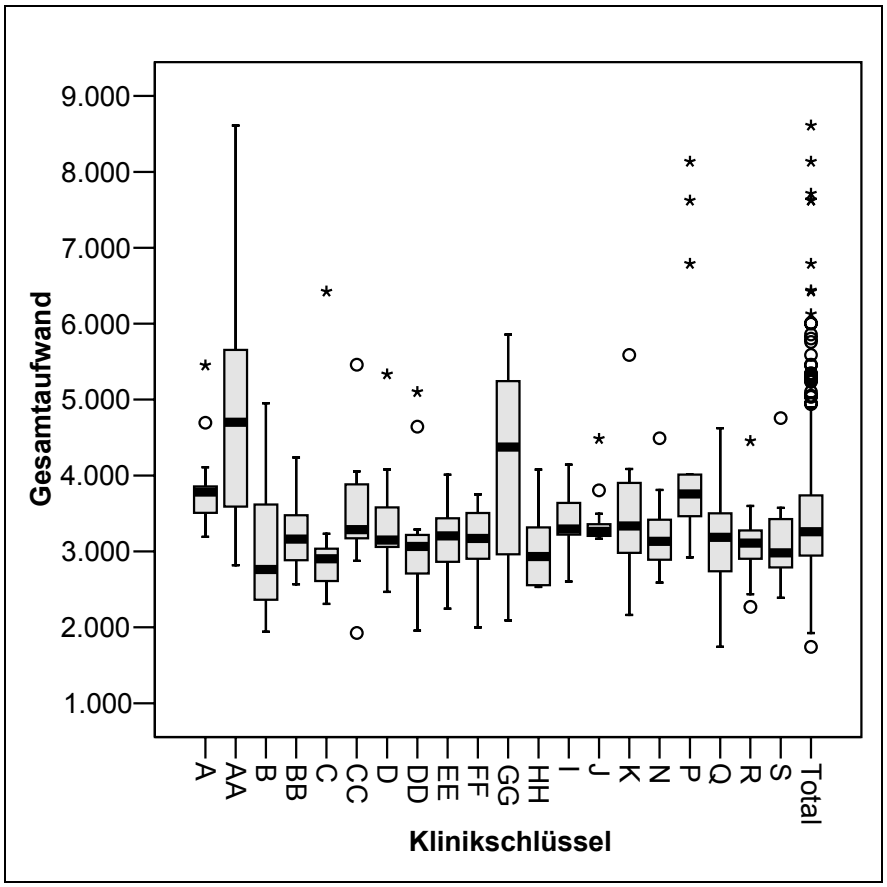

Abbildung 4-39 *G-DRG D05Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 10 Fällen in dieser G-DRG*

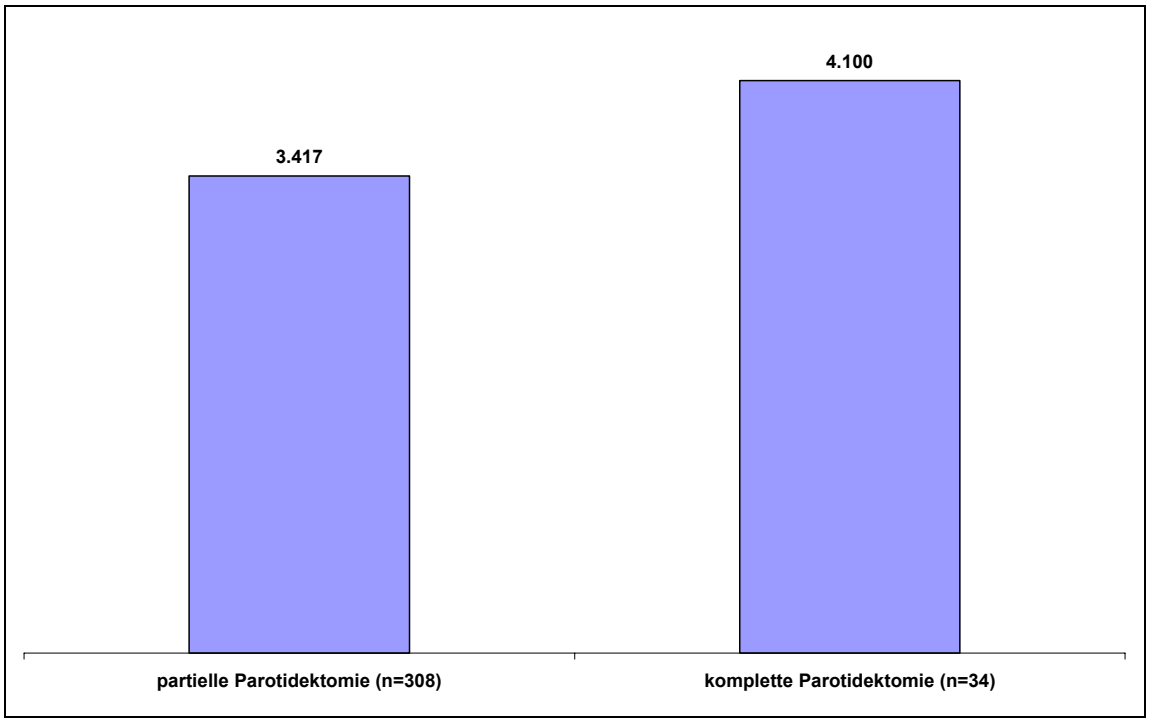

Abbildung 4-40 *G-DRG D05Z: Hauptabteilungen: mittlerer Gesamtaufwand je Fall mit partieller bzw. kompletter Parotidektomie*

4.13.4 Empfehlung

Es wird empfohlen, eine Differenzierung von kompletten (sehr komplexen) und partiellen (komplexen) Parotidektomien auf G-DRG-Ebene durchzuführen, verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D05Z. Ein Anpassungsvorschlag wurde eingereicht (Abschnitt 6.12).

© DRG-Research-Group 2005

4.14 X63Z Folgen einer medizinischen Behandlung

4.14.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	14
n Kliniken	27

n Fälle	225
%-Anteil an Stichprobe	0,9%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.020 AÄ
Median (alle Fälle)	602 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.153 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.170 AÄ
Standarderlös	1.535 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	3,1
mVWD (Inlier)	3,6
mVWD (InEK)	5,7

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	30,2%	23,6%
Inlier	68,0%	68,1%
High Outlier	1,8%	8,3%
CMI	0,420	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	75,6%	59,3%	2,7
PCCL = 1	0,9%	1,5%	1,0
PCCL = 2	15,6%	14,8%	3,3
PCCL = 3	6,2%	15,8%	5,8
PCCL = 4	1,8%	8,5%	11,3

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	90,5%
OP	3,4%
PostOP	2,1%
ZE	1,8%
Intensivstation	1,0%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,698%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,348%
Andere teure Antibiotika	0,144%
Faktor VIII	0,090%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,087%

Tabelle 4-14 G-DRG X63Z: Basisanalyse

Die G-DRG X63Z fasst alle Patienten mit Folgen einer medizinischen Behandlung zusammen, welche durch nicht-operative Maßnahmen im Sinne des G-DRG-Systems therapiert wurden. Der kumulative Anteil von 5,5% der Aufwandarten OP und PostOP (Tabelle 4-14) beruht auf der Durchführung von diagnostischen starren Endoskopien, welche im G-DRG-System nicht als Operation angesehen werden. In diese G-DRG werden Patienten aus allen medizinischen Fachrichtungen eingruppiert, wodurch sich deutliche Unterschiede zwischen der Projekt- und der InEK-Stichprobe ergeben. Ein Großteil der Patienten mit Nachblutungen nach oropharyngealen Eingriffen (insbesondere Tonsillektomien), welche durch konservative

Maßnahmen therapiert werden können, werden dieser G-DRG zugeordnet. Ein erheblicher Anteil dieser Nachblutungen ist durch Gerinnungsstörungen der Patienten verursacht. Abgesehen von der G-DRG E63Z, deren Fallgruppe unizentrisch dominiert wird, handelt es sich bei der G-DRG X63Z um die DRG mit der höchsten Fallzahl außerhalb der MDC 03. 225 (0,9%) Fälle der Projektstichprobe aus allen an der prospektiven Projektphase beteiligten Hauptabteilungen werden in diese G-DRG eingruppiert.

Elf (4,9%) Fälle der G-DRG X63Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser elf Fälle beläuft sich auf 25,2%. Fünf Fälle hatten die Hauptdiagnose T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs. Die mittlere Verweildauer aller elf Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 14,5 Tagen und betrug damit mehr als das 4,5fache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 1,9.

4.14.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Altersstruktur und der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger, der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Die zahlenmäßig bedeutendste Altersklasse innerhalb dieser G-DRG in der InEK-Stichprobe entfiel mit einem prozentualen Anteil von 16,7% auf die 65-74 jährigen Patienten. Demgegenüber entfallen 38,2% aller Patienten der Projektstichprobe auf die Altersklasse der 18-29 jährigen Fälle. Dies hat auch Auswirkungen auf die PCCL-Struktur sowie die Kurz-, Normal- und Langlieger. 92,1% der Fälle der Projektstichprobe hat einen mittleren PCCL < 3. Der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe betrug 75,6%. Bei vergleichbaren prozentualen Anteilen der Normallieger in beiden Stichproben, finden sich in der Projektstichprobe ca. 10% mehr Kurzlieger und ca. 10% mehr Langlieger in der InEK-Stichprobe.

Die mittlere Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe beträgt 3,6 Tage und ist somit um 2,1 Tage kürzer als der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe.

Bezogen auf die Hauptdiagnosen sind in beiden Stichproben die T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert und T81.8 Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, andernorts nicht klassifiziert jeweils die beiden häufigsten Hauptdiagnosen. Der kumulative Anteil beider Diagnosen beträgt jedoch in der Projektstichprobe 92,0% und in der InEK-Stichprobe lediglich 63,6%.

© DRG-Research-Group 2005

4.14.3 Subgruppenanalyse

Abbildung 4-41 zeigt die Streuung der Gesamtaufwendungen nach Aufwandklassen an. Die Spannbreite liegt zwischen 296 und 8.878 Aufwandäquivalenten. Die Identifizierung von Subgruppen mit unterschiedlichen Gesamtaufwänden wird durch zwei Ursachen deutlich erschwert. Die Fallgruppe von Patienten mit der Hauptdiagnose T81.0 und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, andernorts nicht klassifiziert mit einem Anteil von 87,6% dominiert. Darüber hinaus handelt es sich bei dieser und auch bei den anderen häufigsten Hauptdiagnosen um sehr unspezifische Kodes, die ihrerseits unterschiedliche Komplikationen zusammenfassen können.

Patienten mit einer erhöhten Komorbidität (PCCL > 2) erfordern zwar einen erheblich höheren Gesamtaufwand, machen jedoch lediglich mit einem Anteil von 8% der Fälle zahlenmäßig nur eine sehr kleine Fallgruppe aus (n=18).

Die klinikindividuellen Schwankungen der Gesamtaufwendungen bewegen sich bis auf Klinik K in relativ Grenzen (Abbildung 4-42). Die hohe Streubreite der Gesamtaufwendungen in Klinik K wird durch fünf Patienten verursacht, bei denen die Hauptdiagnose T85.6 Mechanische Komplikation durch sonstige näher bezeichnete interne Prothesen, Implantate oder Transplantate.dokumentiert wurde. Zwei dieser Patienten verursachten durch Verweildauern von 10 bzw. 23 Tagen sehr hohe individuelle Gesamtaufwendungen.

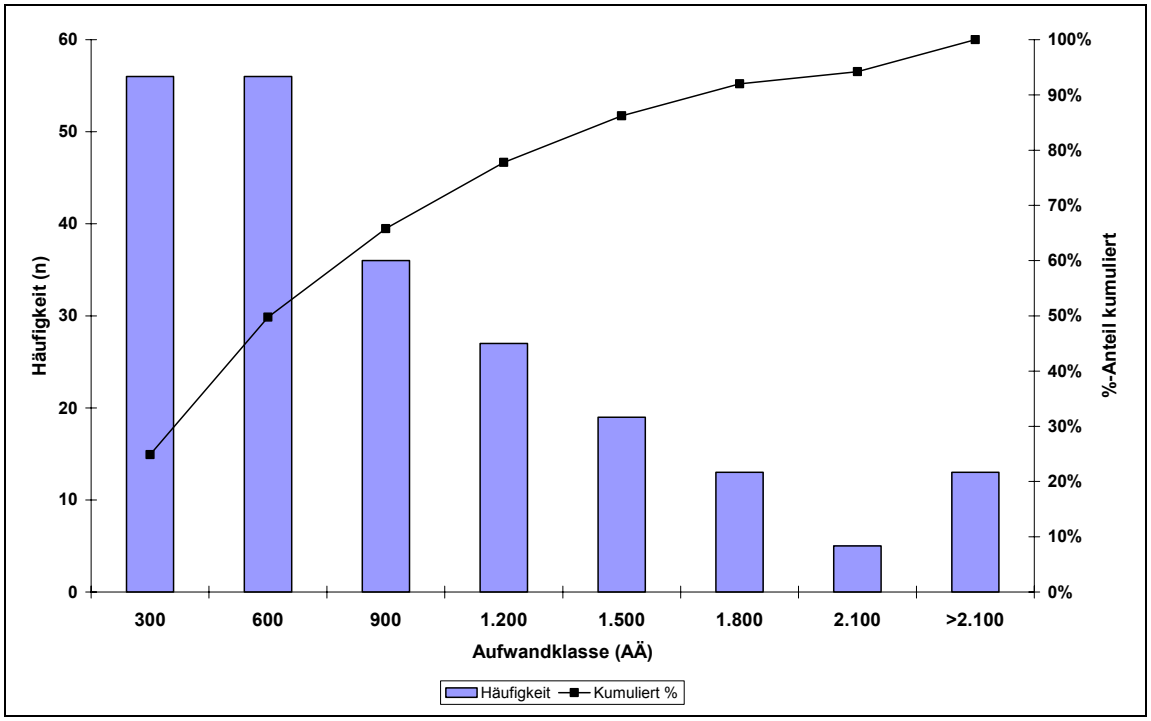

Abbildung 4-41 G-DRG X63Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

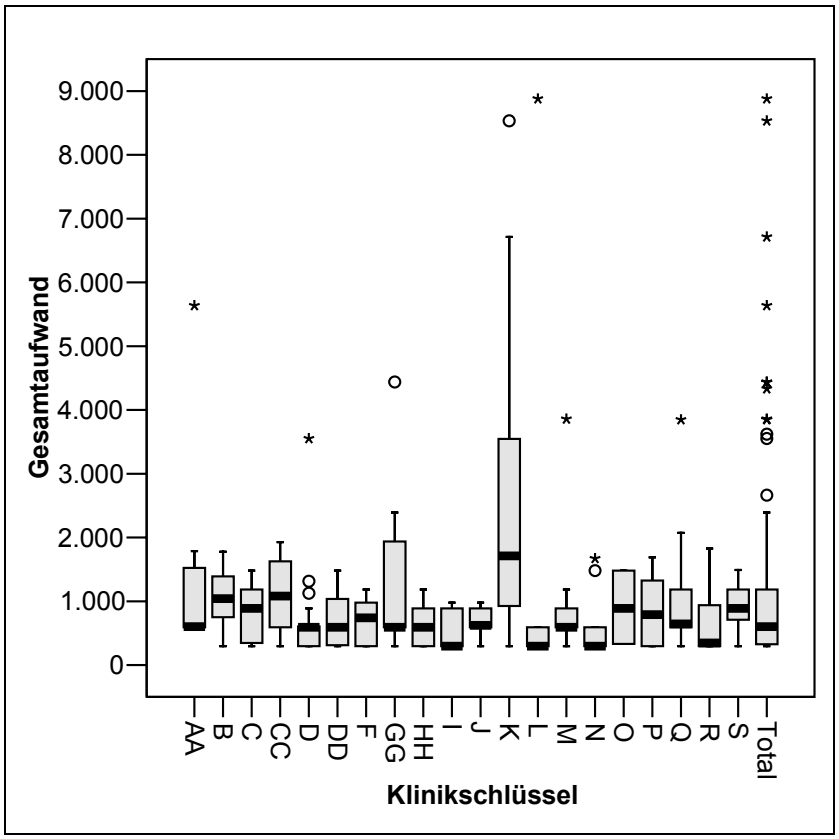

Abbildung 4-42 G-DRG X63Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

4.14.4 Empfehlung

Die G-DRG X63Z ist charakterisiert durch eine heterogene Fallgruppe, deren Gesamtaufwendungen eine erhebliche Streubreite aufweisen. Aufgrund weniger, jedoch sehr unspezifischer Hauptdiagnosen ist die Subgruppenermittlung deutlich limitiert. Patienten mit erhöhter Komorbidität verursachen zwar tendenziell auch höhere Gesamtaufwendungen, dennoch ist diese Gruppe zahlenmäßig nur sehr gering vertreten und die klinikindividuellen mittleren Gesamtaufwendungen bewegen sich mit Ausnahme einer Klinik in einem relativ engen Rahmen.

Darüber hinaus wird die Fallgruppe der G-DRG X63Z der InEK-Stichprobe auch von einer Reihe anderer medizinischer Fachgebiete gebildet, so dass Ergebnisse aus der Projektstichprobe nicht unmittelbar auch auf die InEK-Stichprobe zutreffen müssen.

Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG X63Z zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

 © DRG-Research-Group 2005

4.15 D24Z Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals

4.15.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	15
n Kliniken	23

n Fälle	224
%-Anteil an Stichprobe	0,9%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	9.362 AÄ
Median (alle Fälle)	8.305 AÄ
StAbw (alle Fälle	4.849 AÄ
mAufwand (Inlier)	8.568 AÄ
Standarderlös	9.811 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	18,3
mVWD (Inlier)	16,7
mVWD (InEK)	18,1

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	4,5%	1,9%
Inlier	86,6%	88,5%
High Outlier	8,9%	9,6%
CMI	3,3	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	10,7%	24,8%	12,3
PCCL = 2	17,9%	25,6%	14,1
PCCL = 3	36,2%	25,1%	16,7
PCCL = 4	35,3%	24,5%	23,9

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	57,9%
OP	28,5%
PostOP	8,1%
Intensivstation	3,0%
Diagnostik	1,8%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	1,757%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,343%
Ernährung über Magensonde	0,275%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,143%
Andere teure Antibiotika	0,067%

Tabelle 4-15 G-DRG D24Z: Basisanalyse

Die G-DRG D24Z Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ist zahlenmäßig die bedeutendste G-DRG, welche aus der Differenzierung der Basis-DRG D02 Große Eingriffe an Kopf und Hals der Version 2004 des G-DRG-Systems hervorgegangen ist. 224 Fälle oder 0,9% der Fälle der Projektstichprobe wurden dieser G-DRG zugeordnet. Die große Bedeutung der operativen Prozedur bei den in diese G-DRG eingruppierten Patienten wird durch den hohen gemeinsamen Anteil von 36,6% der beiden Aufwandarten OP und PostOP am Gesamtressourcenverbrauch deutlich (Tabelle 4-15). Die perioperative Überwachung auf einer Observations-Station ist die gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand

wichtigste besonders dokumentierte Leistung. Die G-DRG D24Z hat den dritthöchsten prozentualen Anteil der Aufwandart OP unter den Top-30-DRGs der Projektstichprobe.

Durchschnittlich waren pro Operation 2,3 Ärzte und 2,3 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 35 min. und die des OP-Pflegepersonals 43 min. betrug.

32 (14,3%) Fälle der G-DRG D24Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 32 Fälle beläuft sich auf 28,4%. Sechs Patienten wurden aufgrund der Hauptdiagnose C09.8 Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend sowie vier Patienten mit der Hauptdiagnose C32.8 Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend behandelt. Die mittlere Verweildauer aller 32 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 34,3 Tagen und betrug damit mehr als das Doppelte der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 3,6.

4.15.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der Altersstruktur der Patienten und der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Der Anteil der Patienten mit einem PCCL>2 in der Kalkulationsstichprobe 49,5% beträgt, beläuft sich dieser Anteil in der Projektstichprobe auf 71,5%. Trotz dieser erhöhten Komorbidität der Projektstichprobe ist die Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe ist um 1,4 Tage geringer als die der InEK-Stichprobe. Bezogen auf die Hauptdiagnosen beläuft sich der prozentuale Anteil einer bösartigen Neubildung des Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend (ICD-Kode C13.8) in der Projektstichprobe auf 8,9%. Im Gegensatz dazu kommt diese Hauptdiagnose in den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe nicht vor.

4.15.3 Subgruppenanalyse

Die Spannbreite der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall innerhalb dieser G-DRG sind erheblich. Der Gesamtaufwand liegt zwischen 2.510 und 30.136 Aufwandäquivalenten. Dies betrifft einerseits die Streuung der mittleren Gesamtaufwendungen aller Patienten der DRG (Abbildung 4-43) und andererseits auch die mittleren Gesamtaufwendungen je teilnehmen-

© DRG-Research-Group 2005

der Klinik (Abbildung 4-44). Innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D24Z sind Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten zu vermuten.

Aufgrund der PCCL-Struktur dieser G-DRG wurden die Subgruppenanalysen auf einen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch in Abhängigkeit der Komorbidität konzentriert. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall insbesondere zwischen den PCCL-Stufen 3 und 4 (Abbildung 4-45).

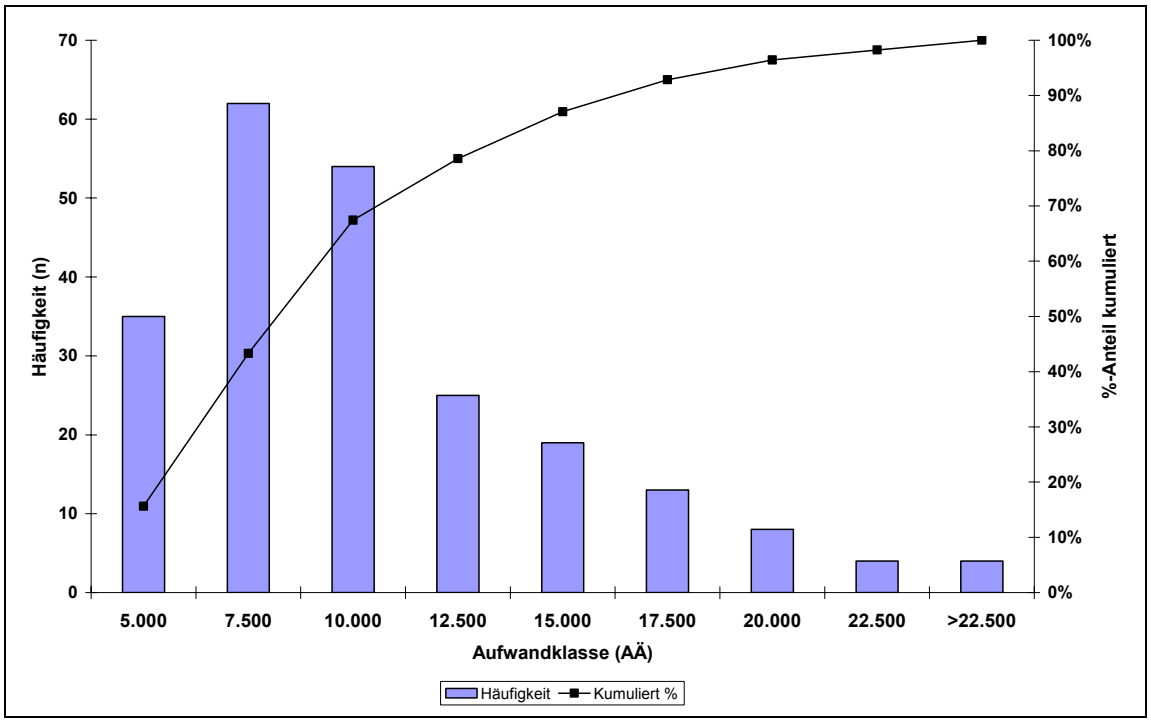

Abbildung 4-43 G-DRG D24Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

Auf Klinikebene führt die Struktur der G-DRG D24Z des G-DRG-Systems 2005 zu systematischen Unterfinanzierungen, sofern deutliche Unterschiede hinsichtlich der PCCL-Struktur der Patienten bestehen. Klinik N mit einem prozentualen Anteil von Patienten mit einem PCCL < 3 in Höhe von 71,4% (n=10) hat mit 7.468 Aufwandäquivalenten einen deutlich geringeren mittleren Gesamtaufwand je Patient als Klinik P. In Klinik P lag der Anteil der Patienten mit einem PCCL >2 bei 85,7% und der mittleren Gesamtaufwand je Fall betrug 14.591 Aufwandäquivalente (Abbildung 4-44).

Wird eine Differenzierung innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D24Z in Abhängigkeit einer PCCL-Stufe von >3 bzw. <4 vorgenommen, so ergeben sich deutliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall (Abbildung 4-46).

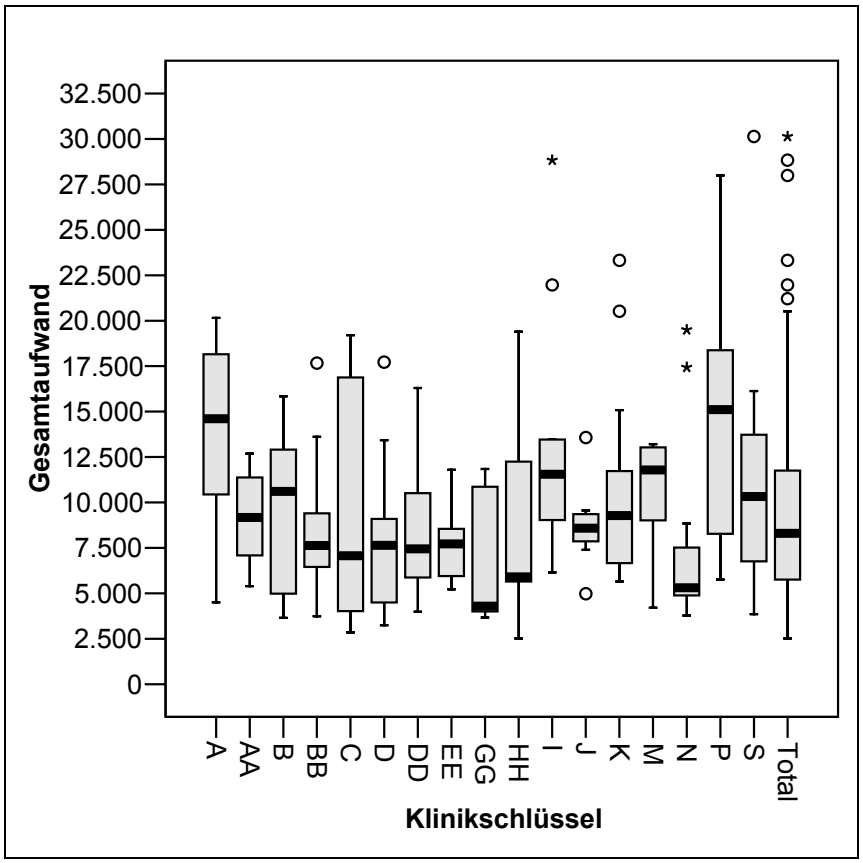

Abbildung 4-44 G-DRG D24Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

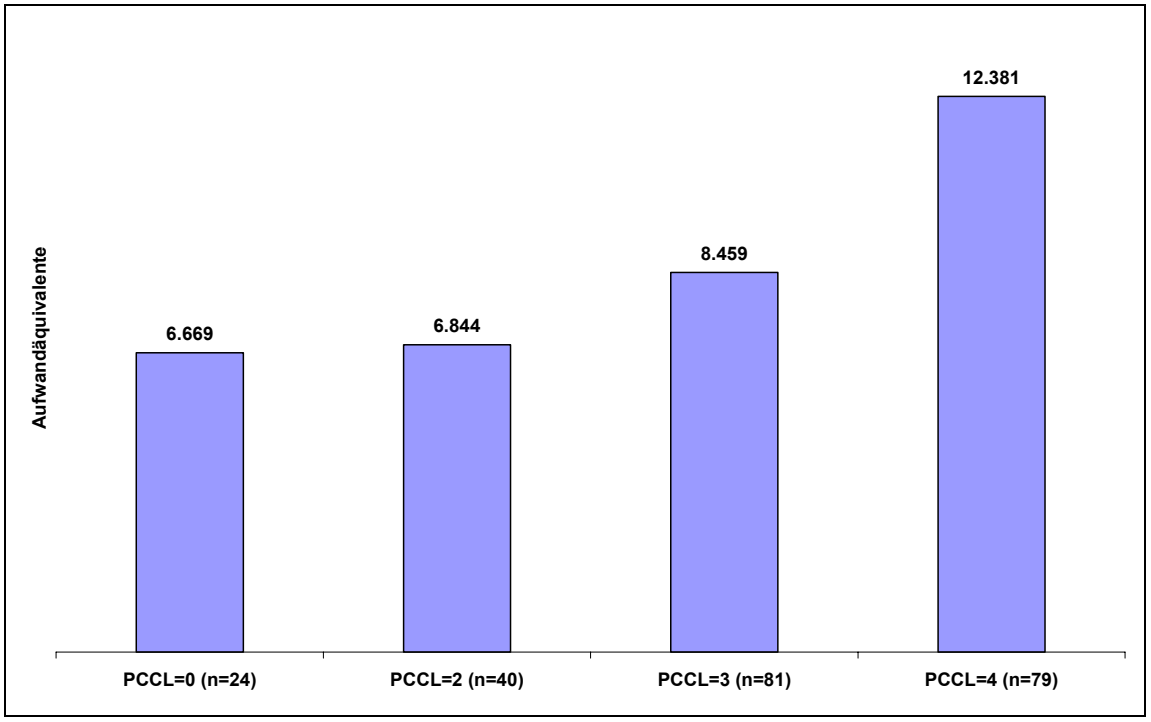

Abbildung 4-45 G-DRG D24Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendunge je Fall in Abhängigkeit des PCCL

© DRG-Research-Group 2005

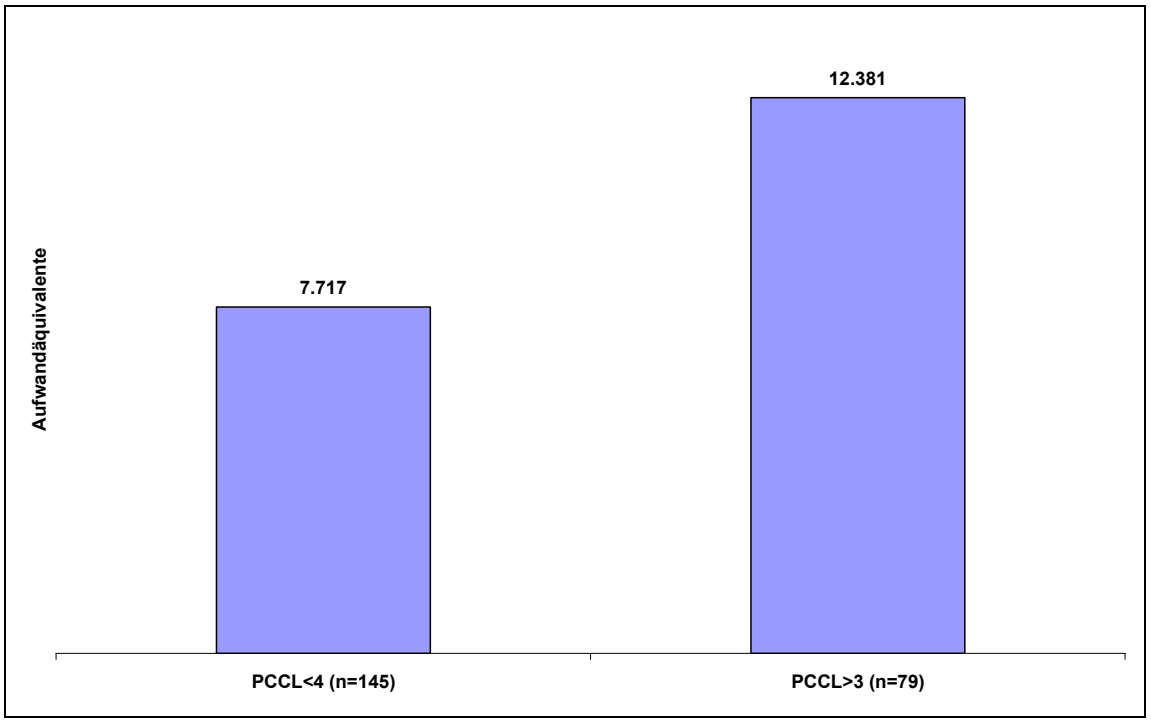

Abbildung 4-46 G-DRG D24Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendunge je Fall in Abhängigkeit eines PCCL > 3

4.15.4 Empfehlung

Es wird empfohlen, die Abbildungsqualität von Fällen, welche in die G-DRG D24Z eingruppiert werden, durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL >3 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D24Z deutlich zu verbessern. Aufgrund der deutlich erhöhten prozentualen Anteile von Patienten mit einem PCCL=3 und PCCL=4 gegenüber der InEK-Stichprobe ist anzunehmen, dass diese Unterschiede bei den Analysen des InEK nicht in dieser Form auffällig wurden. Die Fallzahl der InEK-Stichprobe betrug 913 Fälle.

4.16 D60A Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC

4.16.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	16
n Kliniken	25

n Fälle	212
%-Anteil an Stichprobe	0,8%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.718 AÄ
Median (alle Fälle)	1.728 AÄ
StAbw (alle Fälle	2.859 AÄ
mAufwand (Inlier)	2.402 AÄ
Standarderlös	2.784 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	7,5
mVWD (Inlier)	6,5
mVWD (InEK)	8,3

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	22,2%	18,9%
Inlier	69,3%	73,3%
High Outlier	8,5%	7,8%
CMI	0,950	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 3	73,1%	70,2%	6,0
PCCL = 4	26,9%	29,8%	11,7

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	82,1%
Diagnostik	6,8%
OP	6,7%
PostOP	2,8%
Intensivstation	1,2%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,371%
Versorgung mit Trachealkanülen o.ä.	0,243%
Ernährung über Magensonde	0,221%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,069%
Ösophagusstent, Speicheltubus o.ä.	0,069%

Tabelle 4-16 G-DRG D60A: Basisanalyse

In die G-DRG D60A Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schwere oder schwere CC werden Patienten mit konservativ behandelten Malignomen des HNO-Bereiches mit deutlich erhöhter Komorbidität oder einer Verweildauer von mehr als einem Belegungstag eingruppiert. Die korrespondierende G-DRG für Fälle mit geringer Komorbidität bzw. einer Verweildauer von einem Belegungstag ist die G-DRG D60B (Abschnitt 4.7). 212 Fälle oder 0,8% aller Patienten der Projektstichprobe wurden in diese DRG gruppiert.

© DRG-Research-Group 2005

Analog zur G-DRG D60B werden auch bei den Patienten, die in die G-DRG D60A eingruppiert wurden zur Abklärung eines Verdachts auf das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung, zur Ausdehnungsbestimmung eines Malignoms oder zum Auschluss von Zweitmalignomen im Kopf-Hals-Bereich sehr häufig starre diagnostische Endoskopien durchgeführt, ohne jedoch als relevante Eingriffe zur Eingruppierung in die operative Partition der MDC 03 zu führen (Abschnitt 5.3).

Aus diesem Grund machen die Aufwandarten OP und PostOP einen prozentualen Anteil von zusammen 9,5% (vgl. D60B: 12,9%) des Gesamtaufwandes dieser G-DRG aus, obwohl es sich bei dieser G-DRG um eine DRG der medizinischen Partition handelt. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand der G-DRG bedeutendste besonders dokumentierte Leistung ist die Perioperative-Überwachung auf einer Observations-Station. 11,2% (n=105) aller innerhalb der Projektstichprobe durchgeführten isolierten diagnostischen Endoskopien mit starren Instrumenten wurden in die G-DRG D60A eingruppiert. Durchschnittlich waren pro diagnostischer Endoskopie 1,6 Ärzte und 1,8 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 32 min. und die des OP-Pflegepersonals 49 min. betrug.

10 (4,7%) Fälle der G-DRG D60A hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 22%.

Jeweils drei Patienten dieser Gruppe hatten Malignome des Mundbodens bzw. des Zungengrundes. Bei keinem dieser 10 Fälle wurde eine starre diagnostische Endoskopie durchgeführt. Alle 10 Fälle mit Aufwand-Ausreißern haben eine mittlere Verweildauer von 37,7 Tagen. Diese beträgt somit mehr als das 5,5fache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG D60A.

4.16.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Die Projektstichprobe und die InEK-Kalkulationsstichprobe stimmen bezüglich der PCCL-Struktur und der Anteile von Kurz-, Normal- und Langliegern weitgehend überein. Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen jedoch hinsichtlich der Altersstruktur, der Verweildauer der Normallieger sowie der Anteile der häufigsten Hauptdiagnosen und der häufigsten OPS-Prozeduren.

Die Projektstichprobe weist gegenüber der Altersstruktur der InEK-Kalkulationsstichprobe einen um 8,4% höheren Anteil an 65-74jährigen Patienten auf, wohingegen die InEK-Stichprobe einen höheren prozentualen Anteil in der Altersklasse der 55-59jährigen (8,0%)

und der über 80jährigen Patienten (3,7%) beinhaltet. Die Verweildauer der Normallieger ist in der Projektstichprobe um 2,2 Tage verkürzt.

Die Hauptdiagnose C32.1 Bösartige Neubildung der Supraglottis ist gemessen an der Fallzahl dritthäufigste Hauptdiagnose innerhalb dieser G-DRG (8,0%). Ebenso wie die Hauptdiagnosen C12 Bösartige Neubildung des Recessus piriformis (3,8%) und C31.8 Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teile überlappend kommen diese häufigen Hauptdiagnosen nicht in den Top-9 Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe vor. Demgegenüber ist die Hauptdiagnose Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet (C04.9), die einen prozentualen Anteil an allen Hauptdiagnosen der G-DRG von 3,15% innerhalb der InEK-Stichprobe ausmacht, nicht unter den Top-12 Hauptdiagnosen der Projektstichprobe vorhanden. Die OPS-Prozedur 8-540.1 Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika bei Neubildungen: intravnös, der häufigste OPS-Kode der InEK-Stichprobe befindet sich nicht unter den Top-10 OPS-Kodes der Projektstichprobe.

4.16.3 Subgruppenanalyse

Die Streubreite der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall innerhalb der G-DRG D60A ist erheblich. Diese liegt zwischen 2.718 und 20.509 Aufwandäquivalenten. Ca. 60% der Fälle weisen einen Gesamtaufwand unterhalb von 2.500 Aufwandäquivalenten auf. Die Steigung der Kurve mit dem kumulativen prozentualen Anteil der Fälle je Aufwandklasse ist oberhalb von 3.500 Aufwandäquivalenten sehr gering (Abbildung 4-47). Die klinikindividuellen mittleren gesamtaufwendungen schwanken ebenfalls erheblich (Abbildung 4-48).

© DRG-Research-Group 2005

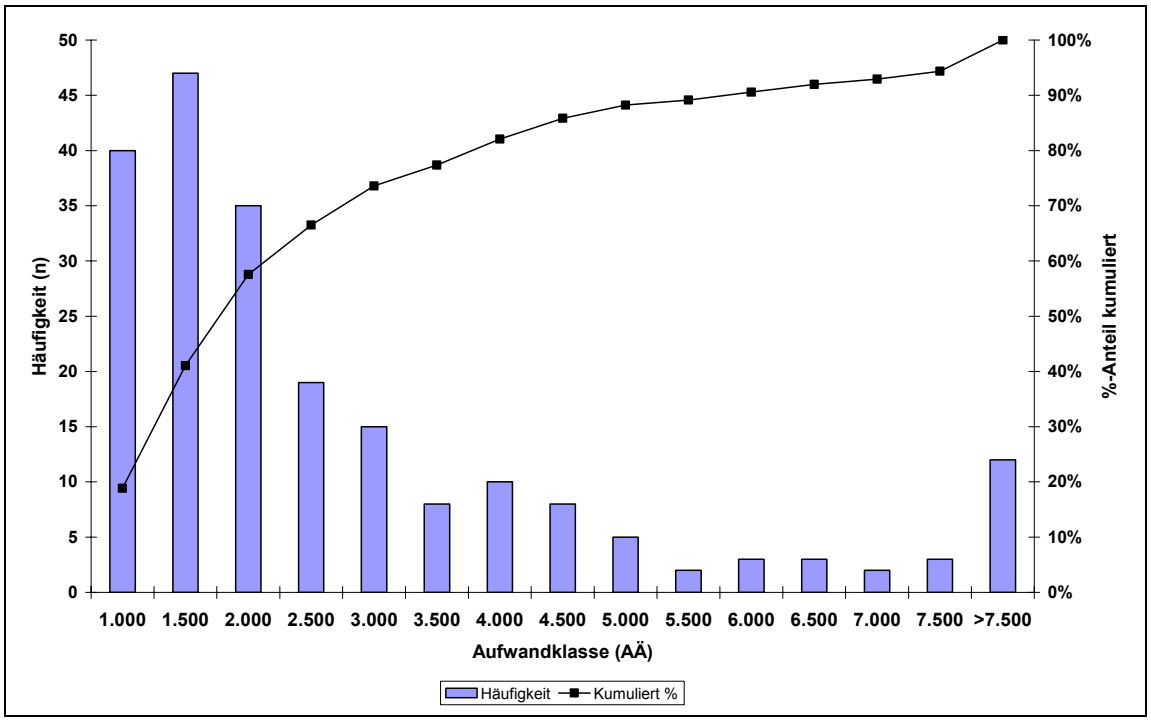

Abbildung 4-47 G-DRG D60A: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

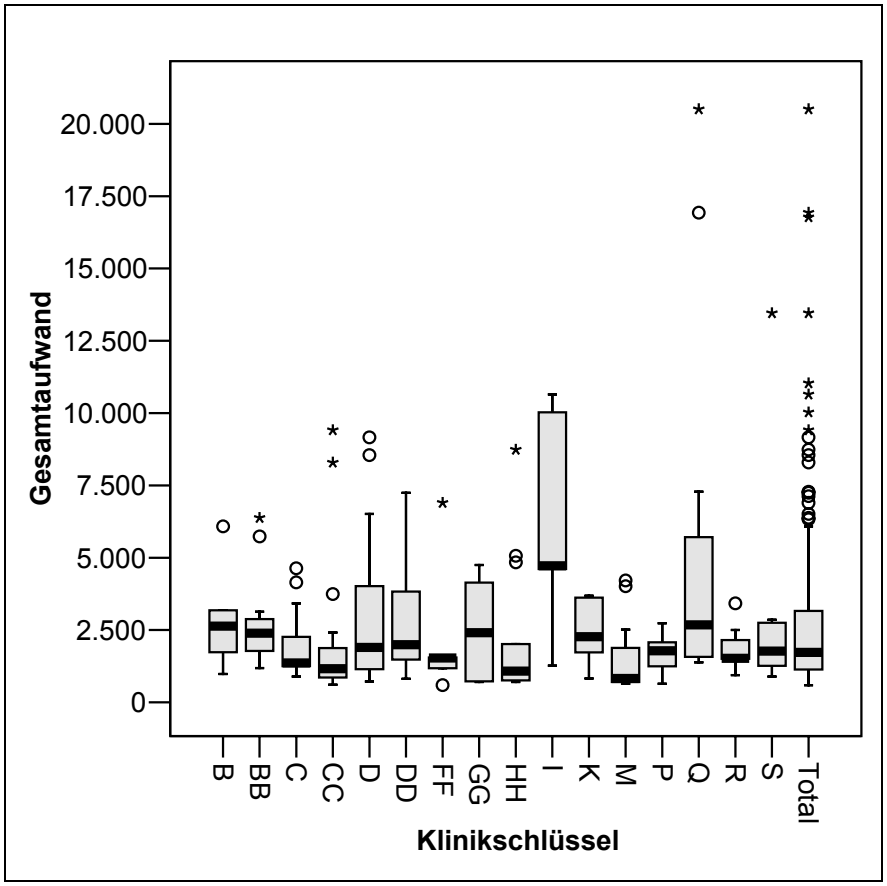

Abbildung 4-48 G-DRG D60A: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

Diese erhebliche Streubreite ist ein Hinweis auf bestehende Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten.

Entsprechend der DRG-Bezeichnung der G-DRG D60A werden mehrere Fallkonstellationen zusammengefasst. Einerseits Patienten mit einer längeren Verweildauer als einem Belegungstag und einem PCCL-Level > 2 und andererseits Patienten mit starren diagnostischen Endoskopien. Die mittleren Gesamtaufwendungen dieser beiden Subgruppen unterscheiden sich (Abbildung 4-24) sehr deutlich.

Die Fälle, welche eine starre diagnostische Endoskopie erhielten, hatten von beiden Subgruppen den geringsten mittleren Gesamtaufwand. Die Verweildauer beider Subgruppen war mit 3,2 Tagen (mit Endoskopie) und 3,3 Tagen (ohne Endoskopie) nahezu identisch (Abbildung 4-49).

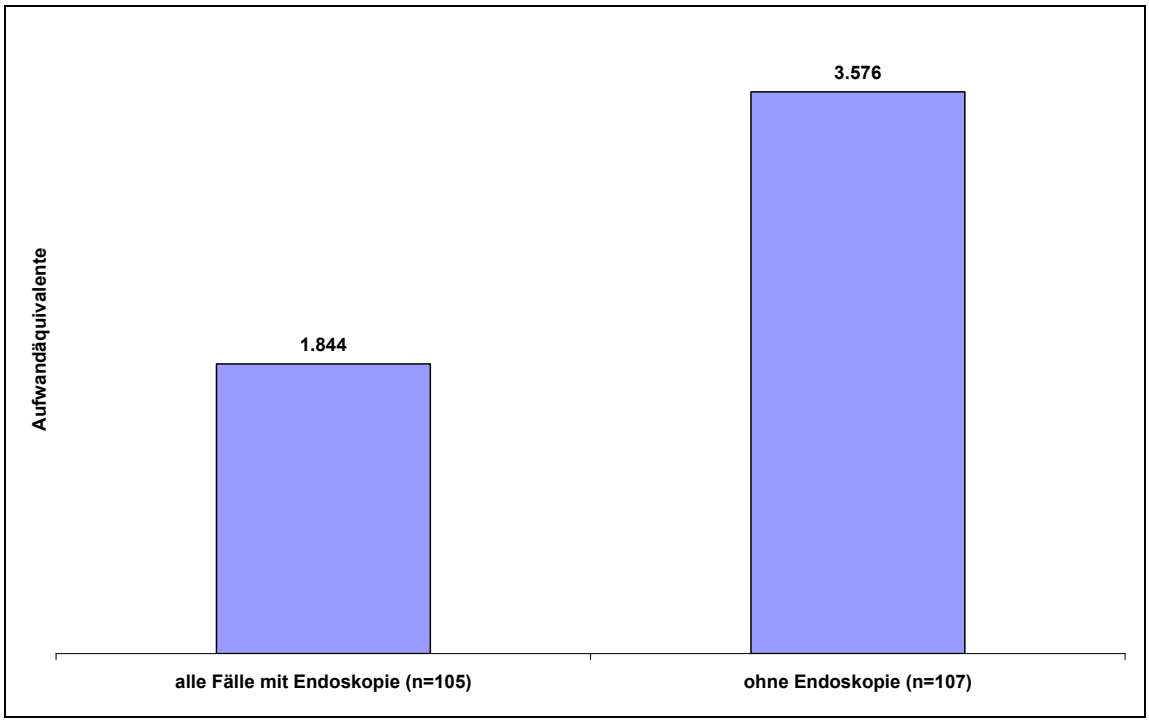

Abbildung 4-49 G-DRG D60A: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit der Durchführung einer starren diagnostischen Endoskopie

4.16.4 Empfehlung

Die Struktur der G-DRG D60A führt aufgrund der Zusammenfassung sehr heterogener Fallkonstellationen zu erheblichen Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten. Es konnten zwei Subgruppen innerhalb dieser G-DRG identifiziert werden, deren Gesamtauf-

© DRG-Research-Group 2005

wand aufgrund unterschiedlicher therapeutischer Ansätze erhebliche Unterschiede aufwiesen.

Zur Homogenisierung der Fallgruppe dieser G-DRG und zur Verbesserung der Abbildungsqualität wird empfohlen, Fälle mit diagnostischen starren Endoskopien aus der Fallgruppe der G-DRG D60A herauszulösen und den innerhalb der operativen Partition der MDC 03 neu zu strukturierenden G-DRGs für diagnostische Endoskopien und endoskopische Eingriffe zuzuordnen (Abschnitte 5.3 und 6.8).

4.17 J64C Infektion oder Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose

4.17.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	17
n Kliniken	26

n Fälle	164
%-Anteil an Stichprobe	0,7%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.737 AÄ
Median (alle Fälle)	1.563 AÄ
StAbw (alle Fälle	865 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.713 AÄ
Standarderlös	1.820 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	5,4
mVWD (Inlier)	5,3
mVWD (InEK)	7,0

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	0%	7,0%
Inlier	99,4%	86,1%
High Outlier	0,6%	6,9%
CMI	0,610	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	82,3%	65,7%	5,3
PCCL = 1	0%	0,1%	0
PCCL = 2	14,0%	17,9%	5,8
PCCL = 3	3,7%	16,3%	5,8

Top Aufwandarten (in %)	
Normalstation	91,8%
Arzneimittel	2,9%
Diagnostik	2,8%
OP	2,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Andere teure Antibiotika	0,411%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,105%
Ciprofloxacin	0,097%
Flucloxacillin	0,051%
Clindamycin	0,038%

Tabelle 4-17 G-DRG J64C: Basisanalyse

Patienten mit konservativ behandelten Hautinfektionen und geringer Komorbidität werden der G-DRG J64C zugeordnet. Die DRG-Struktur bewirkt, dass die Fallgruppe nicht nur überwiegend Patienten aus HNO-Kliniken aufnimmt, sondern auch Patienten aus anderen – insbesondere dermatologischen – Fachrichtungen umfasst, wodurch sich wesentliche Unterschiede bei einem Vergleich der Projekt- mit der InEK-Stichprobe ergeben (s. Folgeabschnitt). Mehr als 90% des gesamten Ressourcenverbrauches entfallen auf die Aufwandart Normalstation. Da ein wesentlicher Teil der Behandlung die i.v.-antibiotische Therapie darstellt, hat die Aufwandart Arzneimittel den zweithöchsten prozentualen Anteil am Gesamt-

© DRG-Research-Group 2005

aufwand. Darüber hinaus finden sich vier antibiotische Arzneimittel unter den fünf gemessen am Aufwand wesentlichsten besonders dokumentierten Leistungen.

Bei 22 Fällen wurde der operative Aufwand dokumentiert. Hierbei handelt es sich um äußere Inzisionen und Drainagen. Durchschnittlich waren pro Operation 1,7 Ärzte und 1,5 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 29 min. und die des OP-Pflegepersonals 47 min. betrug.

20 (12,2%) Fälle der G-DRG J64C hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 25,2%. Neun Patienten hatten die Hauptdiagnose L02.1 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals. Alle 20 Fälle mit Aufwand-Ausreißern haben eine mittlere Verweildauer von 10,8 Tagen. Diese beträgt somit das Doppelte der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG J64C

4.17.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Altersstruktur, der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger, der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Die Patienten der Projektstichprobe konzentrieren sich zu 59,2% in den Altersklassen der 18-.49 jährigen Patienten, während sich die Fälle der InEK-Stichprobe erheblich breiter auf die zur Verfügung stehenden Altersklassen verteilen. 99,4% der Patienten der Projektstichprobe waren Normallieger. Die InEK-Stichprobe weist zu jeweils 6,9% Kurz- und Langlieger auf. Während in der Projektstichprobe nur 3,7% der Fälle einen PCCL > 2 haben, ist die InEK-Stichprobe erheblich komorbider (16,3%). Im Vergleich zur InEK-Stichprobe ist die mittlere Verweildauer der Projektstichprobe um 1,7 Tage kürzer.

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe nicht nur Patienten aus HNO-Abteilungen, sondern auch aus anderen Fachrichtungen. Der prozentuale Anteil der häufigsten Hauptdiagnose A46 Erysipel beträgt daher in der Projektstichprobe 54,9% und in der InEK-Stichprobe 44,9%. Demgegenüber finden sich in den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe auch Infektionen der Haut am Rumpf und an den Extremitäten.

Bezogen auf die Hauptdiagnosen lagen zwischen beiden Stichproben erhebliche Differenzen vor. Die drei Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe mit einem kumulativen Anteil von 81,1% machten in der InEK-Stichprobe nur einen vergleichbaren Anteil von 51,5% aus.

4.17.3 Subgruppenanalyse

Abbildung 4-50 zeigt die Streuung der Gesamtaufwendungen nach Aufwandklassen an. 80% der Fälle haben einen Gesamtaufwand bis 2.200 Aufwandäquivalenten. Anhand der Hauptdiagnose lassen sich zwei Subgruppen differenzieren. Während Patienten mit der Hauptdiagnose A46 Erysipel (n=90) einen mittleren gesamtaufwand von 1.544 Aufwandäquivalenten und eine mittlere Verweildauer von 5,0 Tagen aufweisen, entstehen bei der Hauptdiagnose Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals (n=25) mittlere Gesamtaufwendungen von 2.472 Aufwandäquivalenten bei einer mittleren Verweildauer von 7,1 Tagen.

Unterschiedliche prozentuale Anteile an Patienten mit beiden Hauptdiagnosen führt zu erheblichen klinikindividuellen Unterschieden des mittleren Gesamtaufwandes dieser G-DRG. Während in Klinik R (n=10) und C (n=10) die höchsten Anteile an Patienten mit der Hauptdiagnose A46 bestehen und die mittleren klinikindividuellen Gesamtaufwendungen in Klinik R 1.224 und in Klinik C 1.668 Aufwandäquivalente betragen, hat Klinik K den höchsten Anteil an Patienten mit der Hauptdiagnose L02.1 (n=4) und einen mittleren klinikindividuellen Gesamtaufwand von 1.755 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-51).

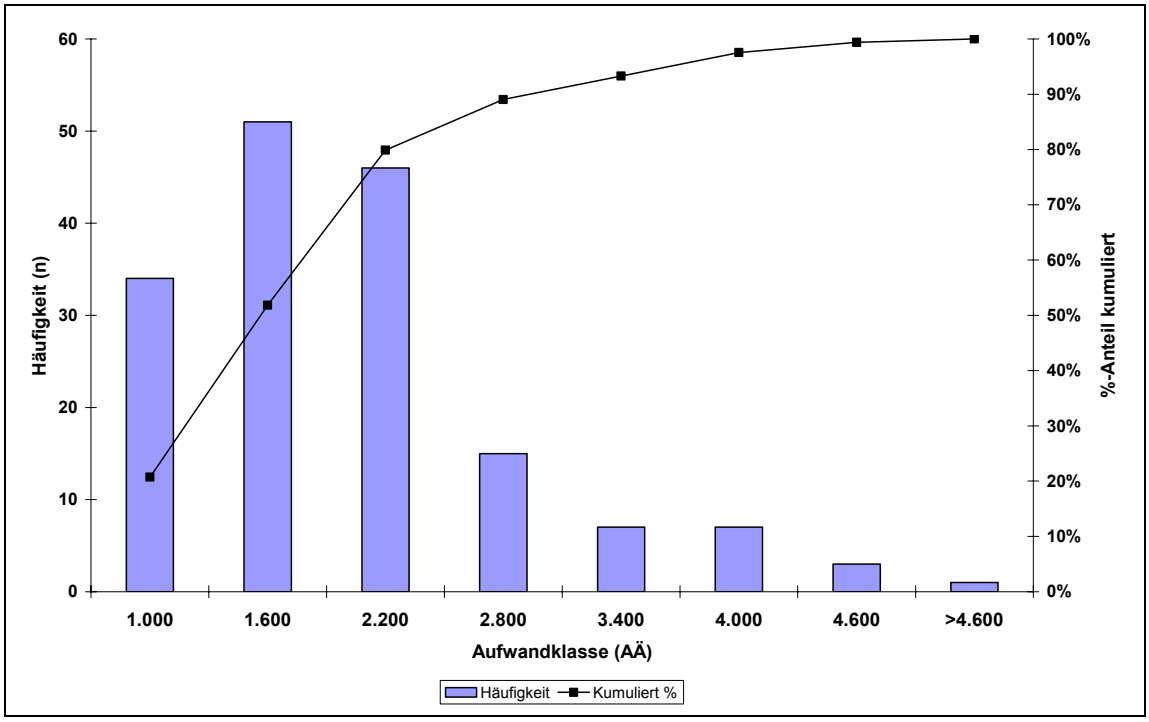

Abbildung 4-50 G-DRG J64C: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

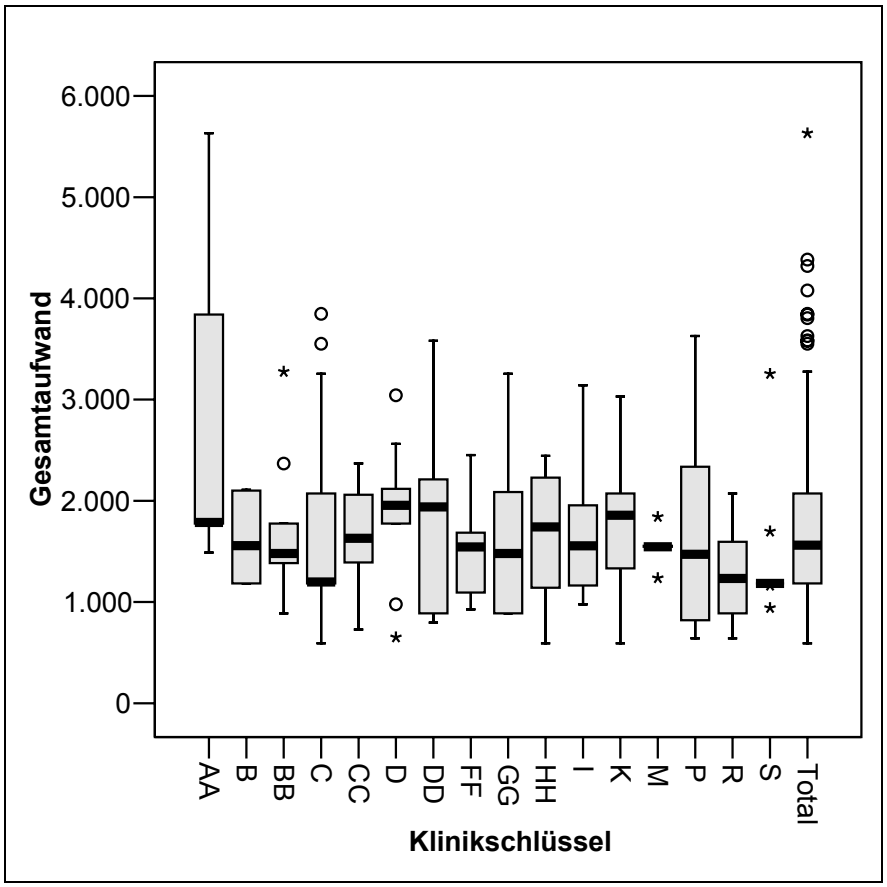

Abbildung 4-51 G-DRG J64C: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

4.17.4 Empfehlung

In die G-DRG J64C werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich zwei Subgruppen mit unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall anhand der beiden häufigsten Hauptdiagnosen identifizieren. Unterschiedliche prozentuale Anteile an Patienten mit beiden Hauptdiagnosen führen zu erheblichen klinikindividuellen Unterschieden des mittleren Gesamtaufwandes dieser G-DRG. Es sind demnach Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb innerhalb der Fallgruppe zu vermuten.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzungen beider Stichproben ist es fraglich, ob sich die gleichen Ergebnisse auch an der InEK-Stichprobe reproduzieren ließen. Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG J64C zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

4.18 G49Z Koloskopie und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage

4.18.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	19
n Kliniken	25

n Fälle	163
%-Anteil an Stichprobe	0,7%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	657 AÄ
Median (alle Fälle)	622 AÄ
StAbw (alle Fälle	257 AÄ
mAufwand (Inlier)	890 AÄ
Standarderlös	913 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	1,4
mVWD (Inlier)	2,0
mVWD (InEK)	2,0

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	63,2%	54,1%
Inlier	36,8%	45,9%
High Outlier	0%	0%
CMI	0,240	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	74,8%	61,2%	1,3
PCCL = 1	0%	0,1%	0
PCCL = 2	12,3%	20,4%	1,5
PCCL = 3	10,4%	13,0%	1,5
PCCL = 4	2,5%	5,3%	1,5

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	61,6%
OP	28,6%
Diagnostik	6,6%
PostOP	2,0%
Intensivstation	1,0%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	1,495%
Clostridium botulinum Toxin Typ A	0,272%
Ösophagusstent, Speicheltubus o.ä.	0,187%
Ernährung über Magensonde	0,070%
Pflege/Versorgung Tracheostoma	0,028%

Tabelle 4-18 G-DRG G49Z: Basisanalyse

Die G-DRG G49Z fasst Patienten mit Koloskopien und Gastroskopien mit einer Verweildauer von weniger als drei Belegungstagen zusammen. Patienten aus HNO-Kliniken werden in diese G-DRG aufgrund der Hauptdiagnosen eingruppiert (z. B. T18.1 Fremdkörper im Ösophagus oder R13 Dysphagie), welche nicht der MDC 03, sondern der MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane zugeordnet sind. Zusätzlich ist die Durchführung einer (starren) Ösophagoskopie und ggfs. endoskopische Maßnahmen am Ösophagus für die Eingruppierung erforderlich. Es folgt hieraus, dass Patienten aus HNO-Abteilungen in der Fallgruppe der G-DRG G49Z der InEK-Stichprobe nur eine Minderheit darstellen, da der überwiegende Anteil der Patienten aus allgemeininternistischen oder gastroenterologischen

© DRG-Research-Group 2005

Fachabteilungen stammt. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Zusammensetzung beider Stichproben (s. Folgeabschnitt).

Da starre (diagnostische) Endoskopien im Rahmen des Projektes als Operationen dokumentiert wurden, hat die Aufwandart OP einen Anteil von 28,6%. Dies ist der höchste Anteil dieser Aufwandart innerhalb der Top-30 Projekt-DRGs und ergibt sich aufgrund der im Vergleich zu anderen DRGs mit überdurchschnittlich hohen operativen Aufwänden geringen Verweildauer von maximal zwei Belegungstagen.

Durchschnittlich waren pro Operation 1,5 Ärzte und 1,6 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 31 min. und die des OP-Pflegepersonals 50 min. betrug.

51 (31,3%) Fälle der G-DRG G49Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 49,5%. Diese erhebliche Anzahl von Patienten mit Aufwand-Extremwerten resultiert aus der Anwendung komplexerer endoskopischer Verfahren. Bougierungen des Ösophagus (5-429.8) wurden bei 31,2% der Gruppe mit Aufwand-Extremwerten durchgeführt, jedoch nur bei 5,4% der übrigen Fälle. Darüber hinaus wurden bei der Gruppe der Patienten mit Aufwand-Extremwerten nicht-selbstexpandierende Prothesen in den Ösophagus eingelegt oder gewechselt (5-429.k1), endoskopische Injektionen (5-429.e) sowie endksopische Ligaturen von Ösophagusvarizen (5-429.a) durchgeführt. Entsprechende Eingriffe wurden bei den übrigen Patienten der Fallgruppe nicht vorgenommen.

4.18.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe überwiegend Patienten aus Nicht-HNO-Abteilungen, insbesondere allgemeininternistischen und gastroenterologischen Fachabteilungen. Dies hat Auswirkungen auf die Zusammensetzungen beider Stichproben.

Die Altersstruktur beider Stichproben sind im Wesentlichen vergleichbar, wobei geringfügig höhere prozentualen Anteile in der Altersklassen der 40-59 jährigen Patienten der Projektstichprobe vorliegen. Während die Projektstichprobe einen Anteil von 12,9% der Fälle mit erhöhter Komorbidität (PCCL>2) aufweist, liegt dieser Wert in der InEK-Stichprobe bei 18,3%. Die Projektstichprobe hat einen wesentlich höheren Anteil an Kurzliegern (63,2%) als die InEK-Stichprobe (54,1%). Aufgrund der G-DRG-Struktur (weniger als drei Belegungstage) beträgt die Verweildauer der Normallieger in beiden Stichproben exakt 2,0 Tage.

Die unterschiedliche Herkunft der Patienten aus verschiedenen Fachabteilungen führt zu deutlichen Differenzen der prozentualen Anteile der Top-Hauptdiagnosen beider Stichpro-

ben. Die drei häufigsten Hauptdiagnosen der Projektstichprobe mit einem kumulativen Anteil von 73,6% aller Hauptdiagnosen der Fallgruppe T18.1 Fremdkörper im Ösophagus (44,2%), R13 Dysphagie (19,0%) und F45.31 Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem (10,4%) finden sich lediglich zu 2,2% (Dysphagie) in den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe wieder.

4.18.3 Subgruppenanalyse

90% der Patienten haben Gesamtaufwendungen zwischen 400 und 1.000 Aufwandäquivalenten, wobei 31,3% der Patienten knapp die Hälfte der gesamten Ressourcen dieser G-DRG benötigen. Auf die Ursachen wurde bereits im Abschnitt 4.18.1 näher eingegangen. Somit lassen sich zwei Subgruppen identifizieren. Eine Subgruppen mit Patienten, welche endoskopische Eingriffe wie im Abschnitt 4.18.1 beschrieben erhielten und eine Subgruppe, die die übrigen Fälle dieser G-DRG zusammenfasst.

Auf der Ebene der Kliniken ergeben sich in Abhängigkeit von den jeweiligen prozentualen Anteilen der Subgruppen teilweise erhebliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwände. Klinik DD mit einem Anteil von 66,7% an zusätzlichen endoskopischen Eingriffen hat einen mittleren Gesamtaufwand je Fall der G-DRG G49Z in Höhe von 889 Aufwandäquivalenten. Demgegenüber hat Klinik S mit einem Anteil von 20% an zusätzlichen endoskopischen Eingriffen lediglich einen mittleren Gesamtaufwand von 516 Aufwandäquivalenten. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher mittlerer Aufwand je Fall für Klinik DD von 373 Aufwandäquivalenten.

© DRG-Research-Group 2005

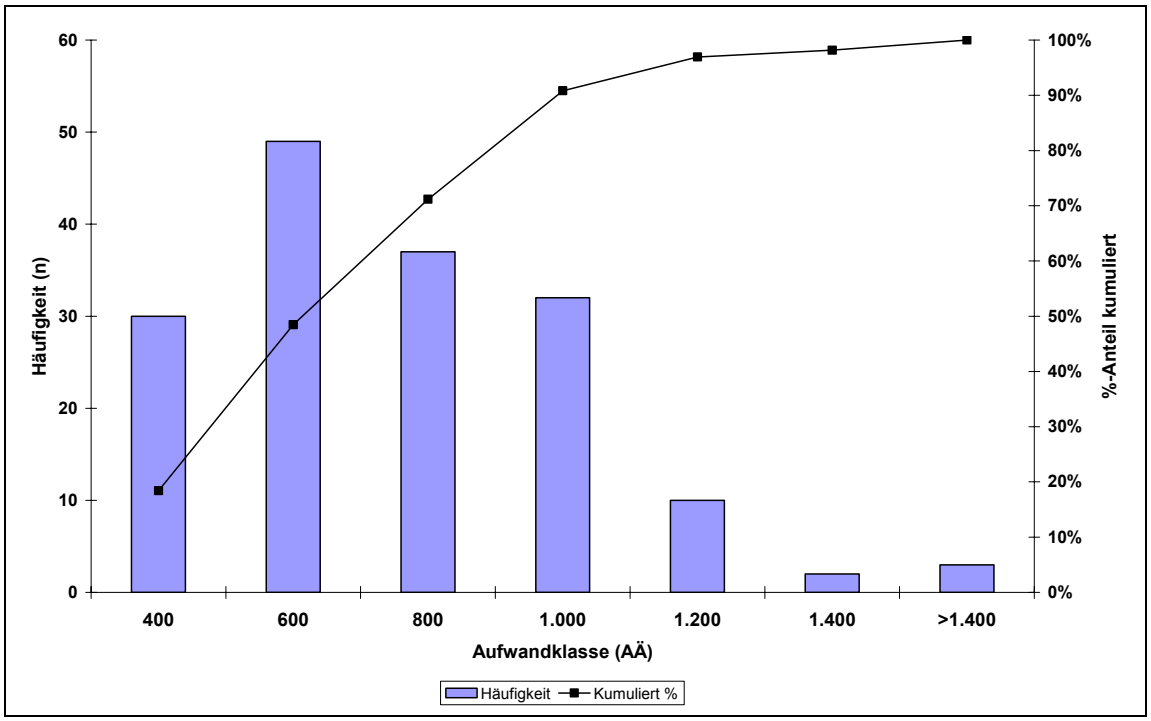

Abbildung 4-52 G-DRG G49Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

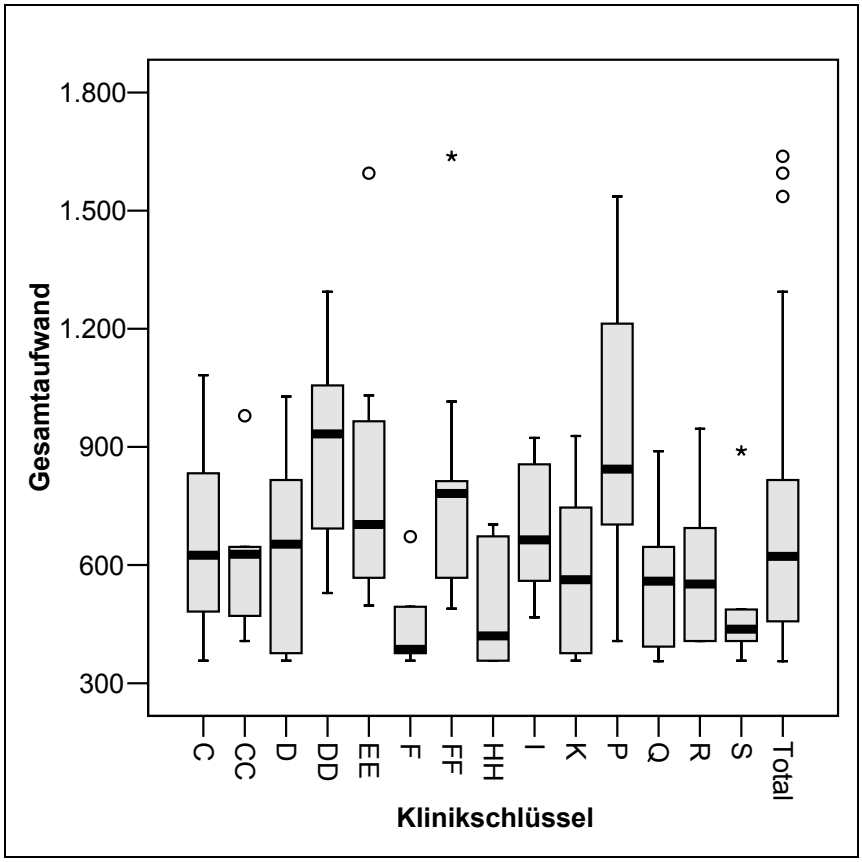

Abbildung 4-53 G-DRG G49Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

4.18.4 Empfehlung

In die G-DRG G49Z werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich zwei Subgruppen mit unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit zusätzlich durchgeführter endoskopischer Eingriffe wie die Einlage oder den Wechsel von nicht-selbstexpandierenden Prothesen in den Ösophagus oder die endoskopische Ligatur von Ösophagusvarizen identifizieren. Bei den kodierten nicht-selbstexpandierenden Prothesen in den Ösophagus wird es sich am ehesten um Stimmprothesen handeln. Die Einlage bzw. der Wechsel von Stimmprothesen lässt sich mittels OPS-Katalog der Versionen 2004 und 2005 nicht differenziert kodieren. Unterschiedliche prozentuale Anteile an Patienten mit beiden Hauptdiagnosen führen zu erheblichen klinikindividuellen Unterschieden des mittleren Gesamtaufwandes dieser G-DRG. Es sind demnach Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb innerhalb der Fallgruppe zu vermuten.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzungen beider Stichproben ist es fraglich, ob sich die gleichen Ergebnisse auch an der InEK-Stichprobe reproduzieren ließen. Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG G49Z zukünftig weiterhin inhaltlich genau zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

© DRG-Research-Group 2005

4.19 Z64Z Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung

4.19.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	18
n Kliniken	20

n Fälle	163
%-Anteil an Stichprobe	0,7%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	995 AÄ
Median (alle Fälle)	755 AÄ
StAbw (alle Fälle	798 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.029 AÄ
Standarderlös	1.323 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	2,6
mVWD (Inlier)	2,5
mVWD (InEK)	3,5

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	33,1%	55,2%
Inlier	59,5%	39,6%
High Outlier	7,4%	5,2%
CMI	0,380	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	62,0%	68,7%	2,8
PCCL = 1	6,7%	4,0%	1,8
PCCL = 2	16,6%	13,0%	2,2
PCCL = 3	12,3%	11,4%	2,7
PCCL = 4	2,5%	2,9%	1,8

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	77,8%
OP	11,2%
Diagnostik	9,9%
Intensivstation	0,7%
PostOP	0,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,247%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,123%
Audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,113%
Ernährung über Magensonde	0,093%
Lasertubus	0,049%

Tabelle 4-19 G-DRG Z64Z: Basisanalyse

Die G-DRG Z64Z fasst eine Vielzahl von Patienten mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen zusammen, die u. a. eine im Sinne des G-DRG-Systems nicht-operative Nachbehandlung einer abgeschlossenen Behandlung erhalten haben. Im Rahmen des Projektes betrifft dies insbesondere Patienten mit Nachuntersuchungen nach malignen Erkrankungen, die zuvor auf unterschiedliche Weise therapiert wurden. Die DRG-Struktur bewirkt, dass die Fallgruppe nicht nur Patienten aus HNO-Kliniken aufnimmt, sondern auch Patienten aus einer Vielzahl

anderer medizinischer Fachrichtungen umfasst, wodurch sich wesentliche Unterschiede bei einem Vergleich der Projekt- mit der InEK-Stichprobe ergeben (s. Folgeabschnitt).

77,8% des Gesamtaufwandes entfielen auf die Aufwandart Normalstation. Die gemessen an ihrem Anteil am Gesantaufwand bedeutendsten gesondert dokumentierten Leistungen betreffen Stimmprothesen sowie die Versorgung der Patienten mit Trachealkanülen. Obwohl es sich um eine DRG der medizinischen Partition handelt, sind OP-Aufwände in einer Größenordnung von 11,3% dokumentiert worden. Die Ursache hierfür sind diagnostische endoskopische Untersuchungen mit starren Instrumenten, die im G-DRG System 2005 nicht als OR-Prozedur gelten und somit keine Berücksichtigung in DRGs der operativen Partition finden. Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden diagnostische starre Endoskopien jedoch als Operationen dokumentiert (Abschnitt 5.3). Durchschnittlich waren pro diagnostischer Endoskopie 1,4 Ärzte und 1,5 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 29 min. und die des OP-Pflegepersonals 49 min. betrug.

14 (8,6%) Fälle der G-DRG Z64Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 27,2%. Acht dieser 14 Fälle hatten die Hauptdiagnose Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen. Diese Gruppe von Patienten ist durch eine erhebliche längere mittlere Verweildauer gekennzeichnet als die übrigen Fälle dieser G-DRG (Abschnitt 4.19.3). Alle 14 Fälle mit Aufwand-Extremwerten hatten eine mittlere Verweildauer von 9,4 Tagen. Dies entspricht mehr als dem Dreifachen der mittleren Verweildauer aller Fälle dieser G-DRG.

4.19.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe nicht nur Patienten aus HNO-Abteilungen, sondern auch aus anderen Fachrichtungen. Dies hat Auswirkungen auf die Zusammensetzungen beider Stichproben.

Die Patienten der Projektstichprobe konzentrieren sich vermehrt in den Altersklassen der 50-54 und der 65-74jährigen. Demgegenüber kommen in der InEK-Stichprobe auch vermehrt jüngere Patienten vor. Während in der InEK-Stichprobe der Anteil der Normallieger nur 39,6% beträgt, beläuft sich dieser Wert in der Projektstichprobe auf 59,5% zulasten eines geringeren Anteils an Kurzliegern bei vergleichbaren Anteilen von Langliegern. Die PCCL-Struktur beider Stichproben ist im Wesentlichen vergleichbar. Die mittlere Verweildauer der Normallieger ist in der Projektstichprobe gegenüber der InEK-Stichprobe um 1,0 Tage verkürzt.

© DRG-Research-Group 2005

Die wesentlichsten Unterschiede zwischen beiden Stichproben ergeben sich jedoch auf der Ebene der Hauptdiagnosen und OPS-Prozeduren. Während die drei Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung, Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung sowie Z08.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung einen kumulativen prozentualen Anteil von 61,4% aller Hauptdiagnosen ausmachen, erreicht der entsprechende Wert der InEK-Stichprobe einen Anteil von 24,4%. Patienten mit der Hauptdiagnose Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen, die in der Projektstichprobe durch einen hohen mittleren Gesamtaufwand pro Fall aufweisen, haben einen Anteil von 14,7% in der Projekt- und lediglich von 5,3% in der InEK-Stichprobe.

4.19.3 Subgruppenanalyse

Die Vielzahl von unterschiedlichen Hauptdiagnosen, die in dieser G-DRG zusammengefasst werden, gehen mit einer nicht unerheblichen Streuung der Gesamtaufwendungen je Patient einher (Abbildung 4-54). Ursächlich sind deutliche Verweildauerunterschiede. Sehr geringe mittlere Gesamtaufwendungen in Höhe von 301 Aufwandäquivalenten haben Patienten mit der Hauptdiagnose Z32 Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden. Ihre mittlere Verweildauer beträgt einen Belegungstag. Eine weitere Subgruppe bilden Patienten mit den Hauptdiagnosen Z08.8 und Z08.9. Die mittleren Gesamtaufwendungen dieser Gruppe liegen zwischen 855 und 942 Aufwandäquivalenten bei einer mittleren Verweildauer von 2,3 bzw. 2,0 Tagen. Eine Subgruppe mit sehr aufwändigen Patienten ist durch die Hauptdiagnose Z03.8 gekennzeichnet (Abschnitt 4.19.1). Der mittlere Gesamtaufwand dieser Fälle beträgt 1.635 Aufwandäquivalente bei einer mittleren Verweildauer von 5,3 Tagen.

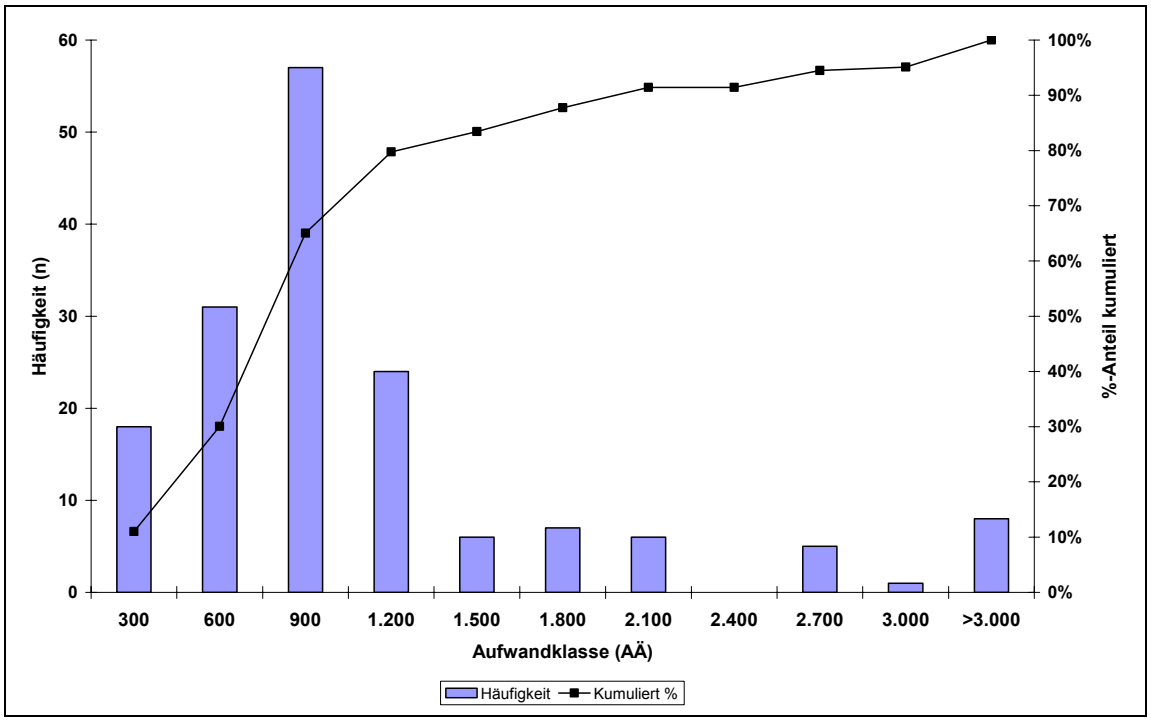

Abbildung 4-54 G-DRG Z64Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

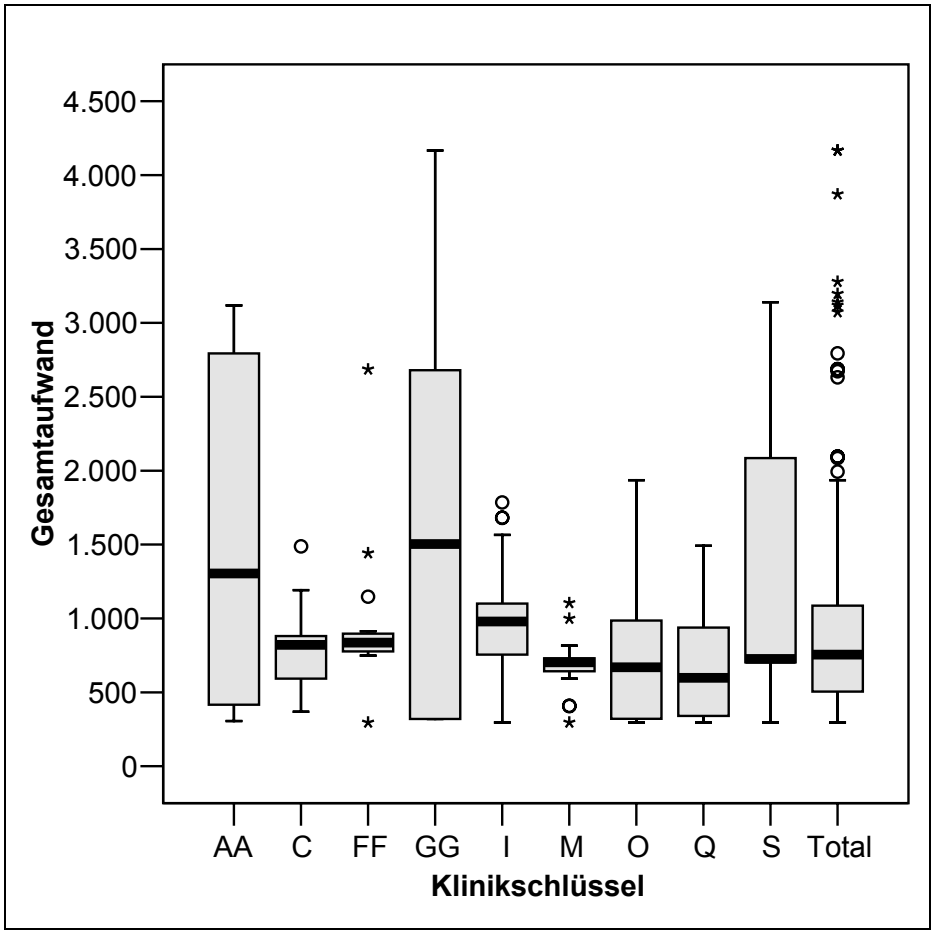

Abbildung 4-55 G-DRG Z64Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

© DRG-Research-Group 2005

Auffällig ist, dass alle Patienten mit der Hauptdiagnose Z03.8 aus der Klinik GG stammten. Es ist zu vermuten, dass die Wahl dieser Hauptdiagnose und der langen mittleren Verweildauer ein klinikspezifisches Therapiereglement gekennzeichnet ist.

Die häufigsten starren diagnostischen Endoskopien entfielen auf die Hauptdiagnosen Z08.0 und Z08.7. Keiner der Patienten mit der Hauptdiagnose Z03.8 erhielt eine starre diagnostischen Endoskopie.

Der auffällig hohe klinikindividuelle mittlere Gesamtaufwand in Klinik AA ist durch erhebliche Verweildauerstreuungen bei geringer Fallzahl (n=5) bedingt.

4.19.4 Empfehlung

In die G-DRG Z64Z werden Patienten mit einer Vielzahl unterschiedlicher Hauptdiagnosen aus vielen medizinischen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Darüber hinaus kommt es zu einer Vermischung von ausschließlich konservativ behandelten Patienten und Fällen, die starre diagnostische Endoskopien erhalten haben, welche im Rahmen dieses Projektes als operative Eingriffe gewertet wurden.

Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich drei Subgruppen mit unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall anhand unterschiedlicher Hauptdiagnosen identifizieren, wobei die Patienten der Subgruppe mit dem höchsten mittleren Gesamtaufwand ausschließlich aus einer Klinik stammen. Die Ursache für die verschiedenen mittleren Gesamtaufwendungen sind unterschiedliche Verweildauern.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzungen beider Stichproben ist es fraglich, ob sich vergleichbare Ergebnisse der Projektstichprobe auch an der InEK-Stichprobe reproduzieren ließen. Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG Z64Z zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

4.20 D25Z Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung

4.20.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	20
n Kliniken	24

n Fälle	160
%-Anteil an Stichprobe	0,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	8.187 AÄ
Median (alle Fälle)	6.831 AÄ
StAbw (alle Fälle	5.022 AÄ
mAufwand (Inlier)	7.544 AÄ
Standarderlös	8.184 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	15,3
mVWD (Inlier)	13,9
mVWD (InEK)	15,9

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	10,0%	3,8%
Inlier	80,0%	86,8%
High Outlier	10,0%	9,4%
CMI	2,73	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	31,9%	32,9%	10,0
PCCL = 2	16,3%	21,4%	12,5
PCCL = 3	24,4%	24,1%	15,1
PCCL = 4	27,5%	21,6%	23,3

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	55,3%
OP	32,8%
PostOP	6,2%
Intensivstation	3,5%
Diagnostik	1,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	1,671%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,221%
Ernährung über Magensonde	0,218%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,092%
Andere teure Antibiotika	0,073%

Tabelle 4-20 G-DRG D25Z: Basisanalyse

Die G-DRG D25Z Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ist zahlenmäßig nach der G-DRG D24Z die bedeutendste G-DRG, welche aus der Differenzierung der Basis-DRG D02 Große Eingriffe an Kopf und Hals der Version 2004 des G-DRG-Systems hervorgegangen ist. 160 Fälle oder 0,6% der Fälle der Projektstichprobe wurden dieser G-DRG zugeordnet. Die große Bedeutung der operativen Prozedur bei den in diese G-DRG eingruppierten Patienten wird durch den hohen gemeinsamen Anteil von 39,0% der beiden Aufwandarten OP und PostOP am Gesamtressourcenverbrauch deutlich (Tabelle 4-20). Die perioperative Überwachung auf einer Observations-Station ist die gemessen an

© DRG-Research-Group 2005

ihrem Anteil am Gesamtaufwand wichtigste besonders dokumentierte Leistung. Die Anteile der übrigen gesondert dokumentierten Leistungen haben einen deutlich geringeren prozentualen Anteil.

Die G-DRG D25Z hat noch vor der G-DRG D24Z den zweithöchsten prozentualen Anteil der Aufwandart OP unter den Top-30-DRGs der Projektstichprobe. Dies ist vor allem durch die im Vergleich zur G-DRG D24Z um ca. drei Tage kürzere Verweildauer der Normallieger verursacht, wodurch der prozentuale Anteil der Aufwandart Normalstation niedriger ausfällt.

Durchschnittlich waren pro Operation 2,1 Ärzte und 2,1 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 34 min. und die des OP-Pflegepersonals 43 min. betrug.

14 (8,8%) Fälle der G-DRG D25Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 14 Fälle beläuft sich auf 20,5%. Vier Patienten wurden aufgrund der Hauptdiagnose C32.8 Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend behandelt. Die mittlere Verweildauer aller 14 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 39,0 Tagen und betrug damit mehr als das 2,5fache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 3,5.

4.20.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Altersstruktur und der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger, der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Sowohl in der Projekt- als auch in der InEK-Stichprobe waren die meisten Patienten zwischen 65 und 74 Jahre alt. Der prozentuale Anteil der Patineten in der Projektstichprobe betrug jedoch 30,6%, der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe lag bei 23,6%. Die Projektstichprobe weist mit einem prozentualen Anteil von 27,5% wesentlich mehr Patienten mit einem PCCL=4 auf als die InEK-Stichprobe (21,6%).

Die mittlere Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe beträgt 13,9 Tage und ist somit um genau 2,0 Tage kürzer als der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe. Der Anteil der Kurzlieger ist gegenüber der InEK-Stichprobe um 6% höher.

Bezogen auf die Hauptdiagnosen lagen zwischen beiden Stichproben erhebliche Differenzen vor. Die drei Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe mit einem kumulativen Anteil von 31,3% machten in der InEK-Stichprobe nur einen vergleichbaren Anteil von 14,8% aus. Im Gegensatz dazu belief sich der Anteil von Mundbodenmalignomen in den Top-Haupt-

diagnosen der InEK-Stichprobe auf 7,6%, während diese in der Projektstichprobe nur einen Anteil von 3,1% aufwiesen.

4.20.3 Subgruppenanalyse

Die Analyse der Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall zeigt einen deutlichen zweigipfligen Verlauf und eine sehr geringe Steigung der kumulativen prozentualen Anteile der Fälle in Abhängigkeit der Aufwandklassen. Innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D25Z sind aus diesen Gründen Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten zu vermuten. Die Spannbreite der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall innerhalb dieser G-DRG ist erheblich. Der Gesamtaufwand liegt zwischen 1.388 und 35.429 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-56). Dies betrifft auch die mittleren Gesamtaufwendungen je teilnehmender Klinik (Abbildung 4-57).

Der zweigipflige Verlauf der Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall ist anhand der PCCL-Struktur der Fallgruppe erklärbar. Während 91 Patienten mit einem Gesamtaufwand von weniger als 7.500 Aufwandäquivalenten einen mittleren PCCL von 1,7 haben, betrug der mittlere PCCL der Patienten mit einem Gesamtaufwand von mehr als 7.500 Aufwandäquivalenten 2,8 (n=69). Aufgrund dieser PCCL-Struktur wurden die Subgruppenanalysen – ähnlich wie bei der G-DRG D24Z (Abschnitt 4.15) auf den unterschiedlichen Ressourcenverbrauch in Abhängigkeit der Komorbidität konzentriert. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall insbesondere zwischen den PCCL-Stufen 3 und 4 (Abbildung 4-58).

Auf Klinikebene führt die Struktur der G-DRG D25Z des G-DRG-Systems 2005 zu systematischen Unterfinanzierungen, sofern deutliche Unterschiede hinsichtlich der PCCL-Struktur der Patienten bestehen. Klinik Q mit einem prozentualen Anteil von Patienten mit einem PCCL < 3 in Höhe von 80,0% (n=4) hat mit 4.985 Aufwandäquivalenten einen deutlich geringeren mittleren Gesamtaufwand je Patient als Klinik CC. In Klinik CC lag der Anteil der Patienten mit einem PCCL > 2 bei 100% und der mittleren Gesamtaufwand je Fall betrug 10.704 Aufwandäquivalente (Abbildung 4-57).

Wird eine Differenzierung innerhalb der Fallgruppe der G-DRG D25Z in Abhängigkeit einer PCCL-Stufe von >3 bzw. <4 vorgenommen, so ergeben sich deutliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall (Abbildung 4-59).

© DRG-Research-Group 2005

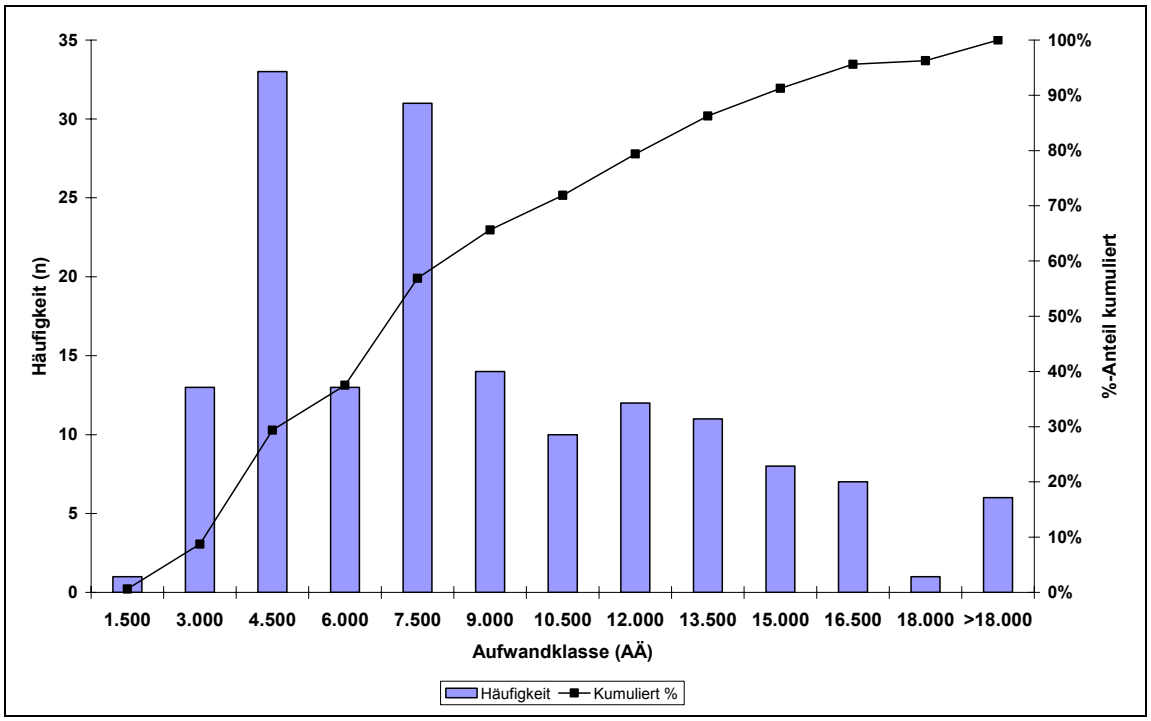

Abbildung 4-56 G-DRG D25Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

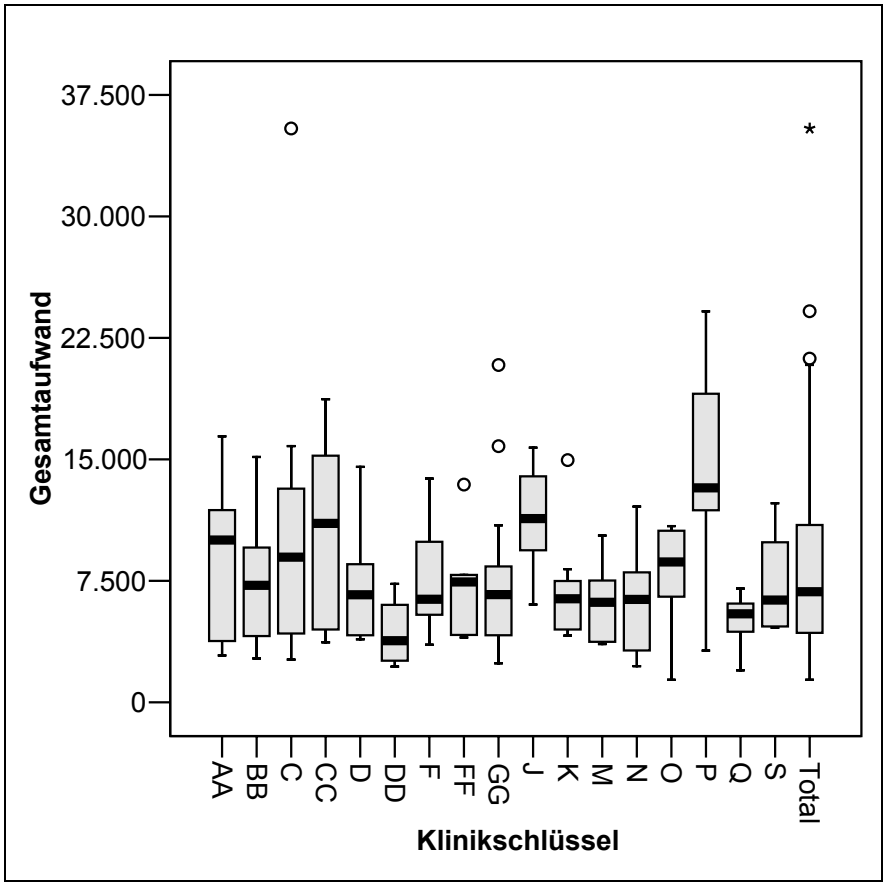

Abbildung 4-57 G-DRG D25Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

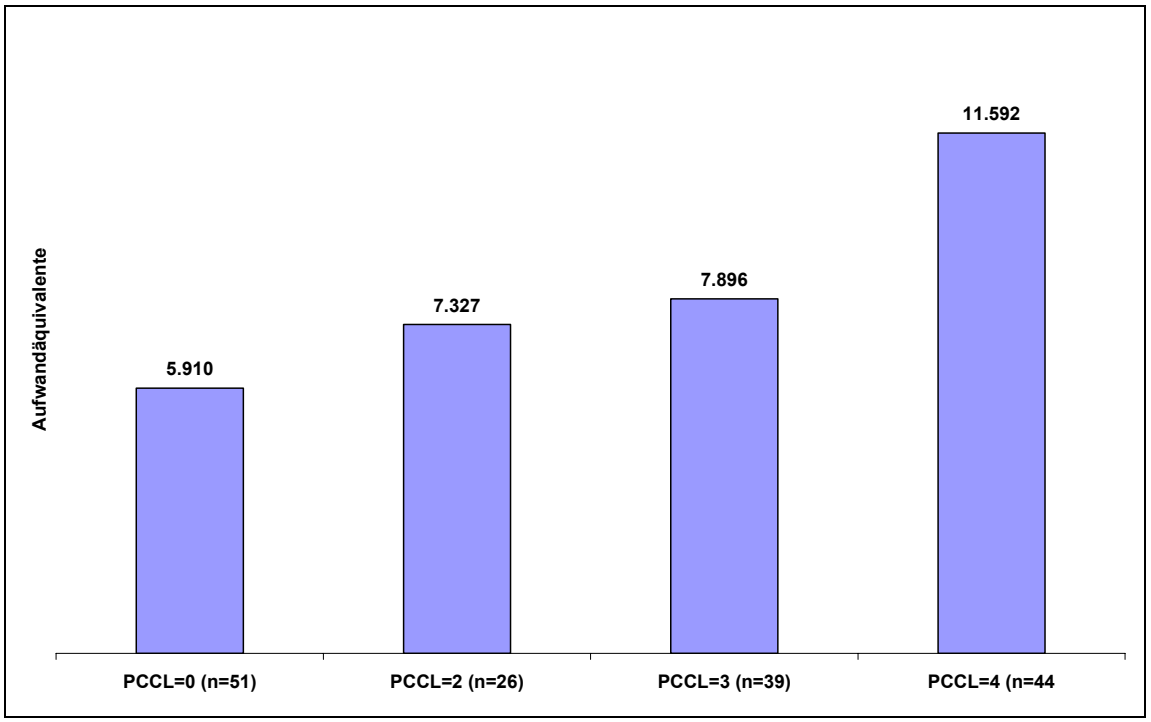

Abbildung 4-58 G-DRG D25Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendunge je Fall in Abhängigkeit des PCCL

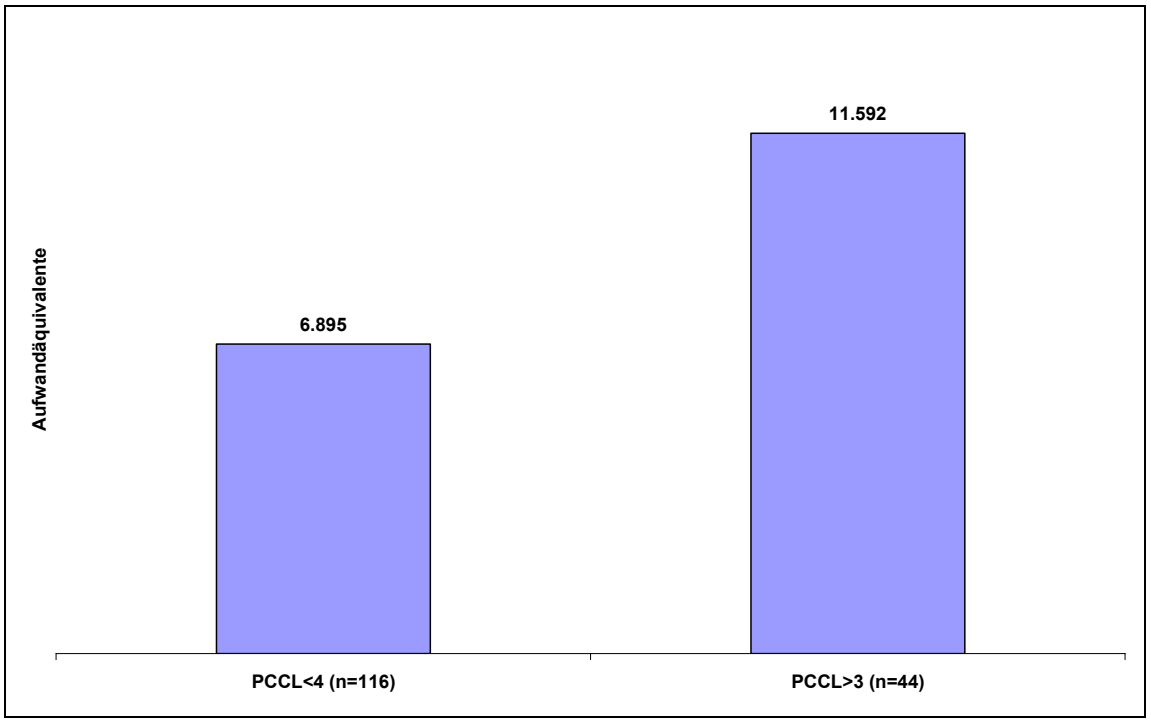

Abbildung 4-59 G-DRG D25Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendunge je Fall in Abhängigkeit eines PCCL > 3

© DRG-Research-Group 2005

4.20.4 Empfehlung

Es wird empfohlen, die Abbildungsqualität von Fällen, welche in die G-DRG D25Z eingruppiert werden, durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL > 3 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D25Z deutlich zu verbessern. Aufgrund des deutlich erhöhten prozentualen Anteils von Patienten mit einem PCCL=4 gegenüber der InEK-Stichprobe ist anzunehmen, dass diese Unterschiede bei den Analysen des InEK nicht in dieser Form auffällig wurden. Die Fallzahl der InEK-Stichprobe betrug 870 Fälle.

4.21 B71D Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie

4.21.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	22
n Kliniken	23

n Fälle	152
%-Anteil an Stichprobe	0,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.407 AÄ
Median (alle Fälle)	2.368 AÄ
StAbw (alle Fälle	912 AÄ
mAufwand (Inlier)	2.485, AÄ
Standarderlös	2.501 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	7,3
mVWD (Inlier)	7,5
mVWD (InEK)	9,3

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	3,9%	18,0%
Inlier	96,1%	73,7%
High Outlier	0%	8,3%
CMI	0,82	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	88,8%	76%	7,2
PCCL = 2	11,2%	23%	8,1

Top Aufwandarten (in %)	
Normalstation	89,2%
Diagnostik	7,2%
Arzneimittel	3,6%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Teure serolog. Diagnostik (Gesamrtkosten > 50 €)	1,291%
Acyclovir	0,624%
Audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,528%
komplexe Vestibularisdiagnostik CNG/Drehstuhlprüfung o.ä.	0,142%
Ceftriaxon	0,032%

Tabelle 4-21 G-DRG B71D: Basisanalyse

Die G-DRG B71D ist eine Sammel-DRG für konservativ behandelte Patienten mit Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne erhöhte Komorbidität. Diese G-DRG ist der MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems zugeordnet und enhält Patienten, die überwiegend aus neurologischen und orthopädischen Fachrichtungen stammen. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Zusammensetzung beider Stichproben (s. Folgeabschnitt).

© DRG-Research-Group 2005

Knapp 90% der Gesamtaufwendungen entfällt auf die Aufwandart Normalstation, gefolgt von den Aufwandarten Diagnostik und Arzneimittel. Dies entspricht der klinischen Erfahrung. Mehr als 90% der Patienten der Projektstichprobe wurde aufgrund der Hauptdiagnose Fazialisparese (G51.0) in diese DRG eingruppiert. Die i.v.-medikamentöse Therapie dieses Krankheitsbildes ist weitgehend standardisiert, erfordert jedoch auch einen nicht unerheblichen diagnostischen Aufwand.

Teure serologische Diagnostik mit Gesamtkosten von mehr als 50 Euro, Vestibularisdiagnostik sowie teure Arzneimittel haben die höchsten Anteile an besonders dokumentierten Leistungen gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand der DRG.

57 (37,5%) Fälle der G-DRG B71D hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 15 Fälle beläuft sich auf 50,9%. Die mittlere Verweildauer aller 57 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 9,7 Tagen und war somit gegenüber der mittleren Verweildauer aller Fälle der DRG um 2,4 Tage verlängert. Bei 56 Fällen lautete die Hauptdiagnose G51.0 Fazialisparese.

4.21.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe nicht nur Patienten aus HNO-Abteilungen, sondern auch aus anderen Fachrichtungen. Dies hat Auswirkungen auf die Zusammensetzungen beider Stichproben. Während die Altersstruktur beider Stichproben weitgehend vergleichbar ist, waren die Patienten der InEK-Stichprobe komorbider. Der Anteil der Patienten mit einem PCCL=2 war mit 23,7% mehr als doppelt so hoch. Patienten mit höherer Komorbidität werden nicht in die G-DRG B71D gruppiert. 96,1% der Fälle der Projektstichprobe waren Normallieger, demgegenüber betrug der Anteil an Kurzliegern in der InEK-Stichprobe 18,0% und der Langliegeranteil 8,3%. Die mittlere Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe war gegenüber der InEK-Stichprobe um 1,8 Tage verkürzt.

Die Hauptdiagnose G51-0 Fazialisparese hatte einen Anteil von 94,1% an allen Hauptdiagnosen der G-DRG B71D. Die übrigen Patienten verteilen sich mit Fallzahlen zwischen eins und zwei auf acht weitere Hauptdiagnosen. Demgegenüber ist der ICD-Kode G51.0 auch in der InEK-Stichprobe die häufigste Hauptdiagnose, weist jedoch nur einen prozentualen Anteil von 24,5% auf.

4.21.3 Subgruppenanalyse

143 der 152 Patienten, die in diese G-DRG gruppiert wurden, hatten die Hauptdiagnose G51.0 und zu 88,8% einen PCCL = 0. Die Streubreite der Gesamtaufwendungen je Fall wird durch unterschiedliche Verweildauern der Patienten bestimmt (Abbildung 4-60 und Abbildung 4-61). Unterschiedliche mittlere Verweildauern je Klinik sind auch die Ursache für die erheblichen klinikindividuellen Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen. So hat Klinik N (n=21) für Patienten in der G-DRG B71D einen mittleren Gesamtaufwand je Fall von 1.852 Aufwandäquivalenten bei einer mittleren Verweildauer von 5,5 Tagen. Demgegenüber beträgt der mittlere Gesamtaufwand in Klinik I (n=5) 4.467 Aufwandäquivalente bei einer mittleren Verweildauer von 12,6 Tagen.

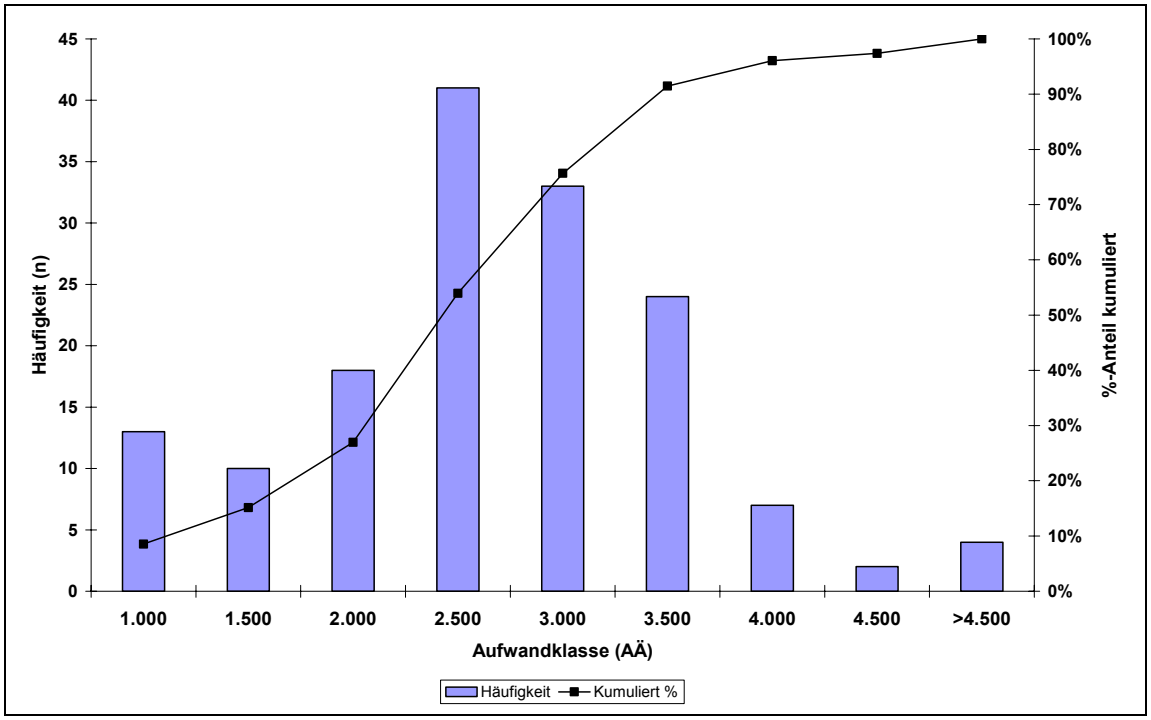

Abbildung 4-60 G-DRG B71D: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

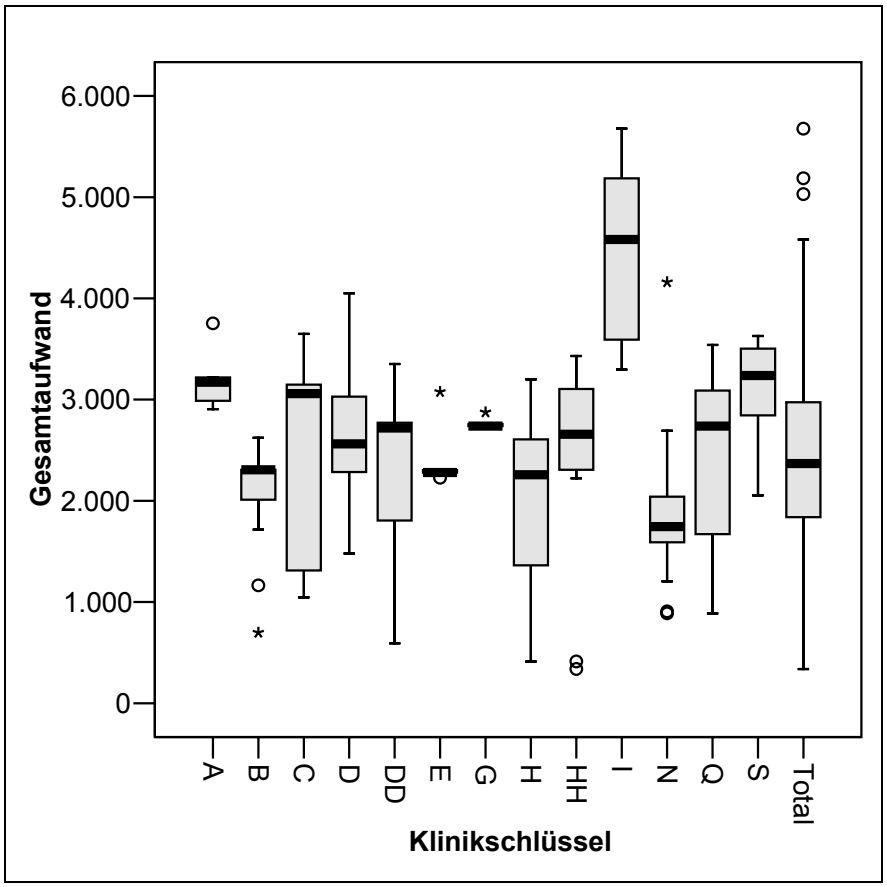

Abbildung 4-61 G-DRG B71D: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

4.21.4 Empfehlung

In die G-DRG B71D der InEK-Stichprobe werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich keine fallzahlrelevanten Subgruppen mit unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall identifizieren, da die gesamte Fallgruppe von Patienten mit der Hauptdiagnose G51.0 Fazialisparese dominiert wird. Die Ursache für die Streuung der Gesamtaufwendungen und für klinikindividuelle Aufwandunterschiede sind unterschiedliche Verweildauern.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzungen beider Stichproben sind vergleichbare Ergebnisse in der InEK-Stichprobe nicht zu erwarten. Der Anteil an Fällen mit der Hauptdiagnose Fazialisparese beträgt hier nur knapp 25%. Konkrete Anpassungsvorschläge lassen sich aus den genannten Gründen daher nicht ableiten.

4.22 D09Z Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC

4.22.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	21
n Kliniken	25

n Fälle	152
%-Anteil an Stichprobe	0,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	3.393 AÄ
Median (alle Fälle)	2.534 AÄ
StAbw (alle Fälle	2.814 AÄ
mAufwand (Inlier)	3.152 AÄ
Standarderlös	3.033 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	8,2
mVWD (Inlier)	7,5
mVWD (InEK)	8,3

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	14,5%	12,9%
Inlier	78,3%	79,2%
High Outlier	7,2%	7,9%
CMI	1,03	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	9,9%	13,2%	6,5
PCCL = 2	6,6%	6,9%	8,0
PCCL = 3	8,6%	4,3%	9,5
PCCL = 4	75,0%	75,6%	8,3

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	71,8%
OP	14,9%
Intensivstation	6,2%
Diagnostik	3,4%
PostOP	2,9%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	1,035%
Fibrinkleber	0,124%
Standard- Mittelohrimplanatat (allogen)	0,116%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,102%
Lasertubus	0,093%

Tabelle 4-22 G-DRG D09Z: Basisanalyse

Die DRG-Struktur der G-DRG D09Z ist eng verbunden mit der G-DRG D30Z, der zahlenmäßig häufigsten G-DRG dieser Projektstichprobe. Im Gegensatz zur G-DRG D30Z werden in die G-DRG D09Z einerseits Patienten mit bösartiger Neubildung und Tonsillektomie unabhängig von der Komorbidität sowie andererseits Patienten mit verschiedenen Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals und erhöhter Komorbidität eingruppiert. Hierdurch ergibt sich der hohe Anteil von 75,0% der Patienten mit einem PCCL=4 sowie ein Anteil von 6,2% für die Aufwandart Intensivstation (Tabelle 4-22). Operativer und postoperativer Aufwand machen zusammen 17,8% des Gesamtaufwandes aus. Durchschnittlich waren pro Operation 1,5

© DRG-Research-Group 2005

Ärzte bzw. Ärztinnen und 1,8 OP-Pfleger bzw. –Schwestern beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit des ärztlichen Personals 39 min. und die des OP-Pflegepersonals 51 min. betrug.

Zehn (6,6%) Fälle der G-DRG D09Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser acht Fälle beläuft sich auf 23,1%. Sechs dieser zehn Fälle hatten die eine bösartige Neubildung als Hauptdiagnose. Die mittlere Verweildauer aller zehn Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 28,7 Tagen und betrug damit fast das Vierfache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG.

4.22.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Altersstruktur, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Hauptdiagnosen.

Die Patienten der Projektstichprobe waren durchschnittlich etwas älter als die der InEK-Stichprobe. Dies betrifft vor allem die Altersklasse der 75-79jährigen Patienten, welche einen wesentliche höheren Anteil gegenüber der InEK-Stichprobe aufweist. Die Verweildauer der Normallieger in der Projektstichprobe war gegenüber der InEK-Stichprobe um 0,8 Tage verkürzt.

Bezogen auf die Hauptdiagnosen lagen zwischen beiden Stichproben erhebliche Differenzen vor. Die drei Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe mit einem kumulativen Anteil von 18,4% machten in der InEK-Stichprobe nur einen vergleichbaren Anteil von 8,5% aus, wobei eine dieser Hauptdiagnosen in den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe nicht auftaucht.

Einschränkend ist jedoch hinzu zu fügen, dass die prozentualen Anteile der einzelnen Hauptdiagnosen in beiden Stichproben im Vergleich zu anderen G-DRGs des Projektes sehr gering sind. Die 12 Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe machen einen kumulativen Anteil von 48,1% aus. Der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe (Top-9-Hauptdiagnosen) liegt bei 38,6%.

4.22.3 Subgruppenanalyse

Die Spannbreite der Gesamtaufwendungen je Fall reicht von 586 bis 16.991 Aufwandäquivalenten. Die bereits für die G-DRG D30Z ermittelten Inhomogenitäten hinsichtlich Aufwand-,

Verweildauer und Leistung sind auch in der Fallgruppe der G-DRG D09Z zu beobachten, da für beide G-DRGs die gleichen gruppierungsrelevanten operativen Eingriffe definiert sind. Wie die Abbildung 4-64 für oto- und die Abbildung 4-65 für rhinochirurgische Eingriffe zeigen, werden in der G-DRG D09Z Operationen mit deutlichen Unterschieden hinsichtlich ihrer Komplexität zusammengefasst. Speziell bei den rhinochirurgischen Eingriffen auch sehr viele Operationen bei einer malignen Grunderkrankung an Nase und Nasennebenhöhle.

In Abhängigkeit der jeweiligen Anteile an wenig komplexen, mäßig komplexen und komplexen operativen Eingriffen ergeben sich auch deutliche Unterschiede bei den klinikindividuellen mittleren Gesamtaufwendungen (Abbildung 4-63).

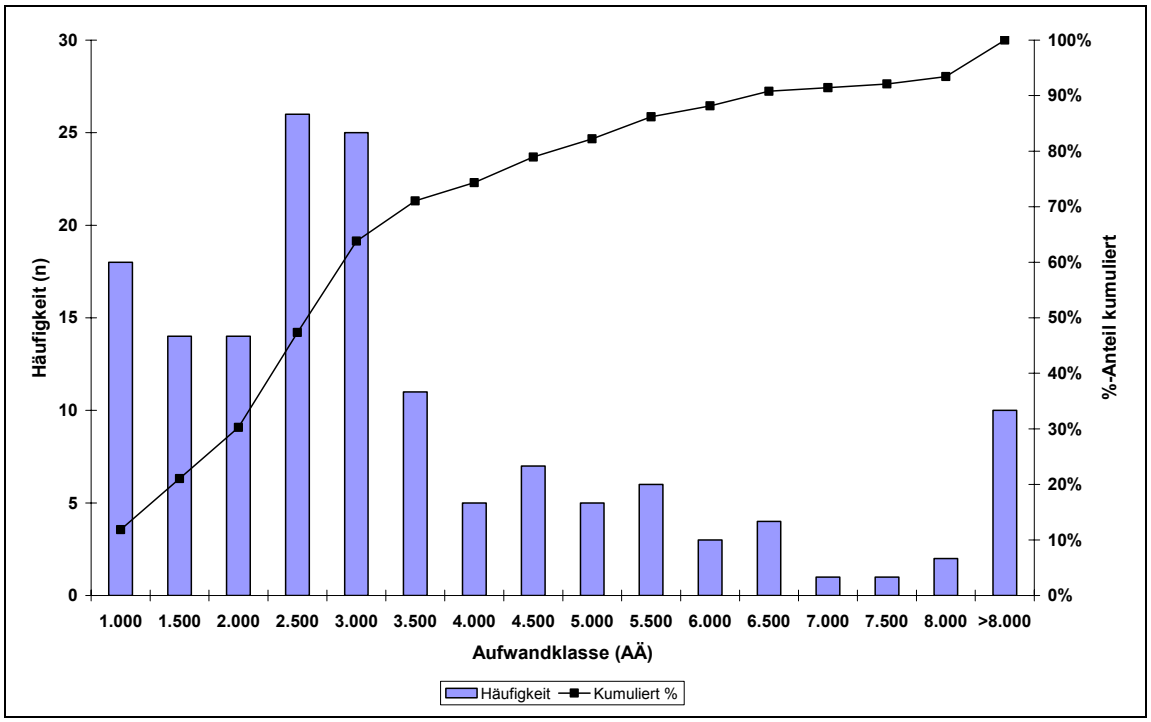

Abbildung 4-62 G-DRG D09Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

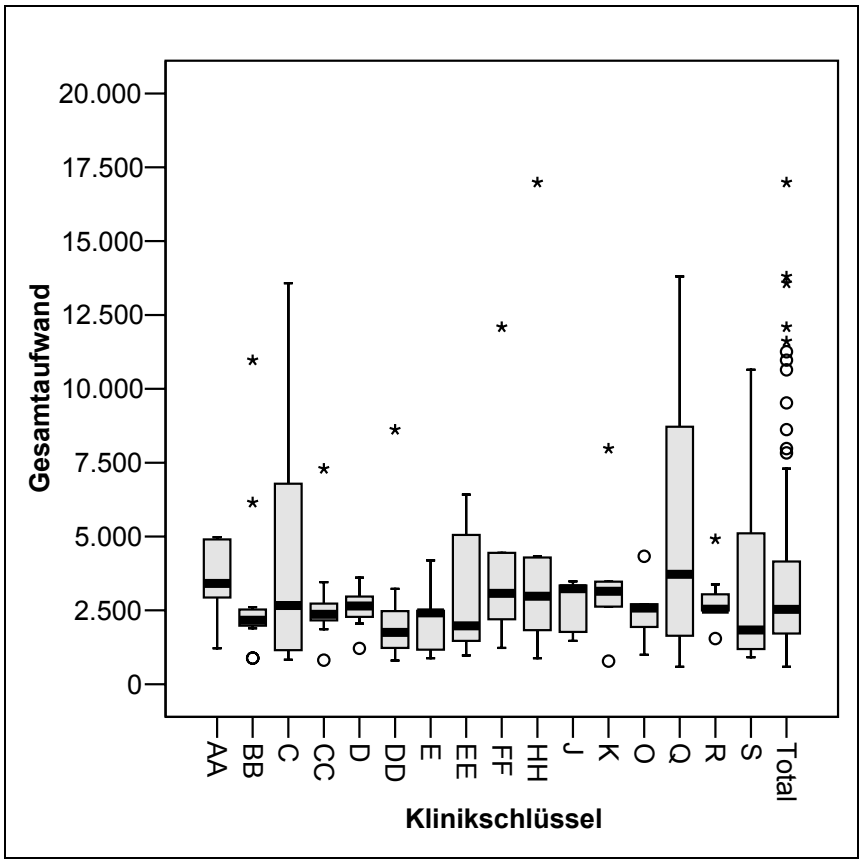

Abbildung 4-63 G-DRG D09Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

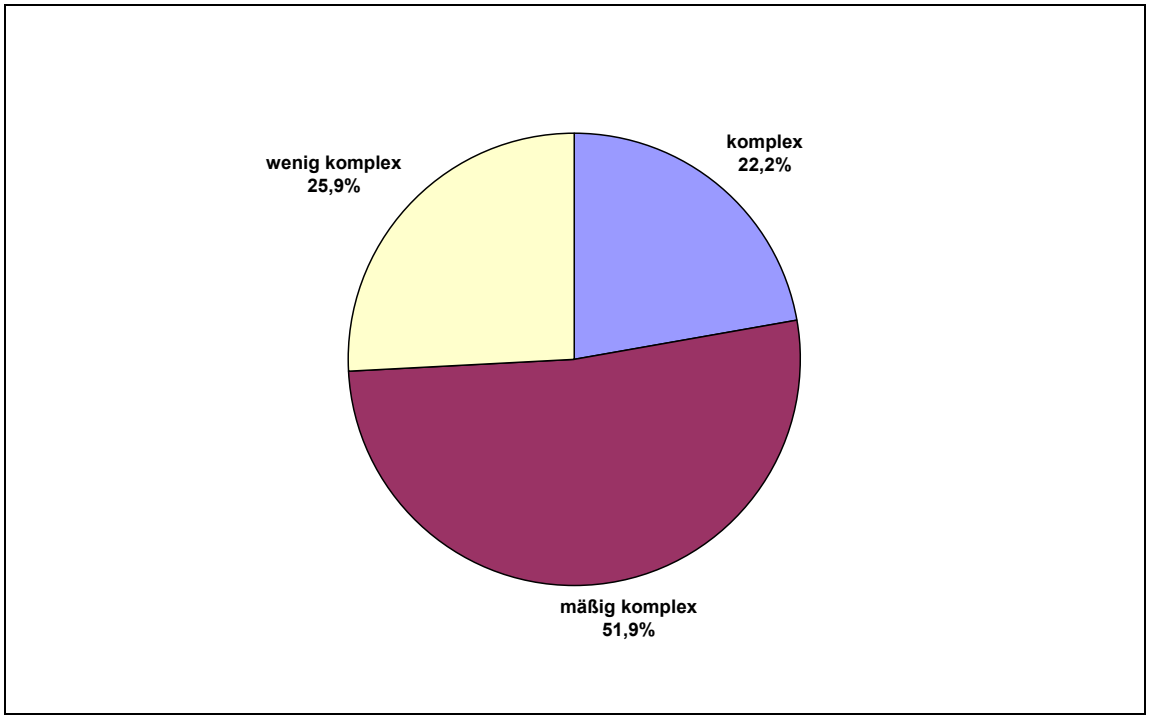

Abbildung 4-64 G-DRG D09Z: Hauptabteilungen: %-Anteile otochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität

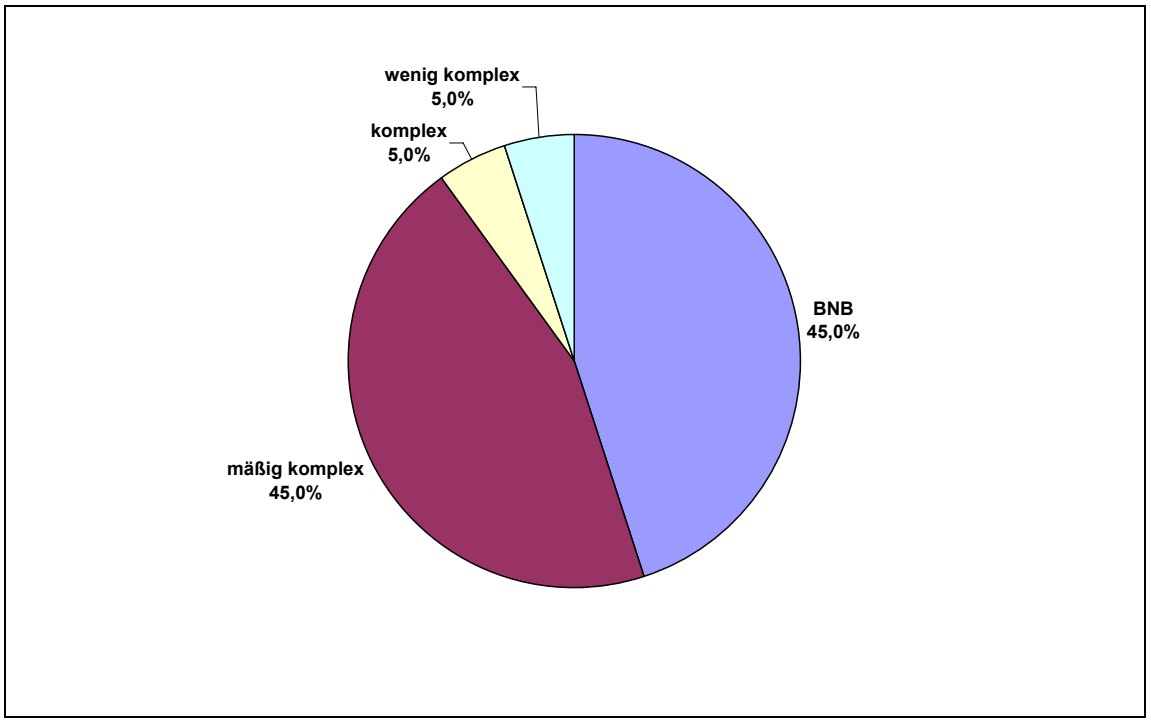

Abbildung 4-65 G-DRG D09Z: Hauptabteilungen: %-Anteile rhinochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität sowie rhinochirurgischer Eingriffe bei bösartiger Neubildung

4.22.4 Empfehlung

Die Zusammensetzung der Fallgruppe der G-DRG D09Z ist bei ähnlicher Struktur wie die der G-DRG D30Z sehr heterogen. Die Projektanalysen haben gezeigt, dass die vorhandenen Heterogenitäten zu Aufwand-, Verweildauer und Leistungsinhomogenitäten führen. Eine DRG-übergreifende Neustrukturierung von Eingriffen an Ohr und Ohrschädel, Nase sowie endoskopischen Operationen am Larynx wird empfohlen, um eine sach- und leistungsgerechte DRG-Struktur aufzubauen. Diese Neustrukturierung erfordert zusätzlich für rhino- und otochirurgische Eingriffe die umfangreiche Anpassungen des OPS-Kataloges. Entsprechende Anpassungsvorschläge wurden eingereicht (Kapitel 6und7).

© DRG-Research-Group 2005

4.23 Z01B OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inan-spruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC

4.23.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	23
n Kliniken	12

n Fälle	141
%-Anteil an Stichprobe	0,6%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.264 AÄ
Median (alle Fälle)	975 AÄ
StAbw (alle Fälle	931 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.268 AÄ
Standarderlös	2.611 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	2,9
mVWD (Inlier)	2,9
mVWD (InEK)	4,9

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	9,2%	21,6%
Inlier	90,1%	71,5%
High Outlier	0,7%	6,8%
CMI	0,830	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	53,2%	56,7%	2,5
PCCL = 1	0%	0,7%	0
PCCL = 2	26,2%	16,2%	3,4
PCCL = 3	20,6%	26,4%	3,1

Top Aufwandarten (in %)	
Normalstation	67,9%
OP	25,7%
Diagnostik	5,6%
PostOP	0,4%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,300%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,056%
Andere teure Antibiotika	0,034%
Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.)	0,020%
Clindamycin	0,020%

Tabelle 4-23 G-DRG Z01B: Basisanalyse

Die G-DRG Z01B OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inan-spruchnahme des Gesundheitswesens führen, Alter < 71 Jahre ohne äußerst schwere CC ist eine Sammel-DRG für Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Innerhalb der der Projektstichprobe handelt es sich hierbei überwiegend um Nachtuntersuchungen nach der Therapie einer bösartigen Neubildung, bei welcher operative Eingriffe, wie z. B. 5-300.2 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch durchgeführt wurden. Der Anteil der Aufwandart OP beträgt 25,7%. Durchschnittlich waren pro Operation

1,5 Ärzte und 1,8 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 35 min. und die des OP-Pflegepersonals 52 min. betrug.

Lediglich Patienten aus 12 der 27 teilnehmenden HNO-Hauptabteilungen wurden in die G-DRG Z01B gruppiert, wobei 43,7% aus Klinik S stammten. Die Fallgruppe dieser G-DRG wird somit unizentrisch dominiert (Abbildung 4-66).

Acht (5,7%) Fälle der G-DRG Z01B hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser acht Fälle beläuft sich auf 19,1%. Sieben dieser acht Fälle hatten die Hauptdiagnose Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung. Die mittlere Verweildauer aller acht Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 11,1 Tagen und betrug damit fast das Vierfache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 1,3.

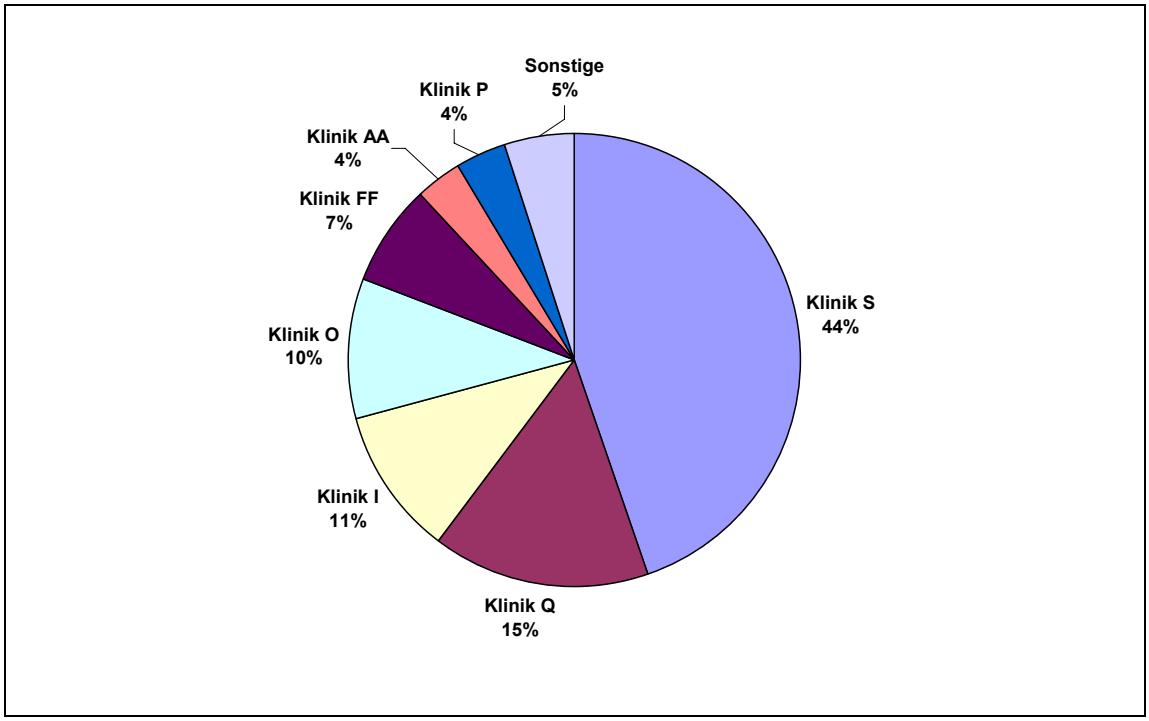

Abbildung 4-66 G-DRG Z01B: Hauptabteilungen: %-Anteile einzelner Kliniken an der Fallgruppe

4.23.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

In die G-DRG Z01B werden Patienten aus sehr vielen verschiedenen Fachrichtungen eingruppiert. Dies führt zu erheblichen Unterschieden hinsichtlich der Zusammensetzungen der Projekt- und der InEK-Stichprobe. In beiden Stichproben stellen die 60-74jährigen Patienten die häufigste Altersklasse dar. Die Anteile in der Projektstichprobe sind jedoch gegenüber

 © DRG-Research-Group 2005

der InEK-Stichprobe um jeweils ca. 5% höher. Während der Anteil der Normallieger in der Projektstichprobe 90,1% beträgt, kommen in der InEK-Stichprobe lediglich 71,5% Normallieger vor. In der InEK-Stichprobe haben die Kurzlieger einen Anteil von 25,7%. Trotz des hohen Anteils an Kurzliegern, weist die InEK-Stichprobe einen um 5,7% höheren Anteil an Patienten mit hoher Komorbidität auf (PCCL=3).

Die Top-3 Hauptdiagnosen der Projektstichprobe Z08.0 Nachuntersuchung nach chirurgischem Eingriff wegen bösartiger Neubildung, Z08.7 Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung und Z08.9 Nachuntersuchung nach nicht näher bezeichneter Behandlung wegen bösartiger Neubildung haben einen kumulativen Anteil an allen Hauptdiagnosen der G-DRG Z01B von 91,5%. Der vergleichbare Anteil in der InEK-Stichprobe liegt bei 27,4%. Innerhalb der InEK-Stichprobe stellt die Diagnose Z49.0 Vorbereitung auf die Dialyse mit einem prozentualen Anteil von 13,5% die häufigste Hauptdiagnose dar.

4.23.3 Subgruppenanalyse

Knapp 70% der Patienten der G-DRG Z01B haben einen Gesamtaufwand zwischen 1.000 und 1.500 Aufwandäquivalenten. Hierbei handelt es sich überwiegend um Patienten mit der Hauptdiagnose Z08.0 und Z08.9 mit mittleren Gesamtaufwendungen je Fall von 1.002 bzw. 1.093 Aufwandäquivalenten. Bei den Patienten mit höheren Gesamtaufwendungen handelt es sich vor allem um Patienten mit der Hauptdiagnose Z08.7, welche im Mittel einen Gesamtaufwand von 1.570 Aufwandäquivalenten benötigen (Abbildung 4-67). Die unterschiedlichen Gesamtaufwände sind durch Verweildauerunterschiede verursacht.

Die überdurchschnittlichen mittleren Gesamtaufwendungen der Kliniken AA und P sind maßgeblich auf eine hohe Streubreite der Werte bei kleiner Fallzahl (n=5) zurückzuführen.

4.23.4 Empfehlung

In die G-DRG Z01B werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Innerhalb der Projektstichprobe ergibt sich eine Dominanz von drei Hauptdiagnosen. Aufgrund von Verweildauerunterschieden resultieren Unterschiede der mittleren Gesamtaufwände in moderatem Unmfang.

Konkrete Anpassungsvorschläge werden daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG Z01B zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

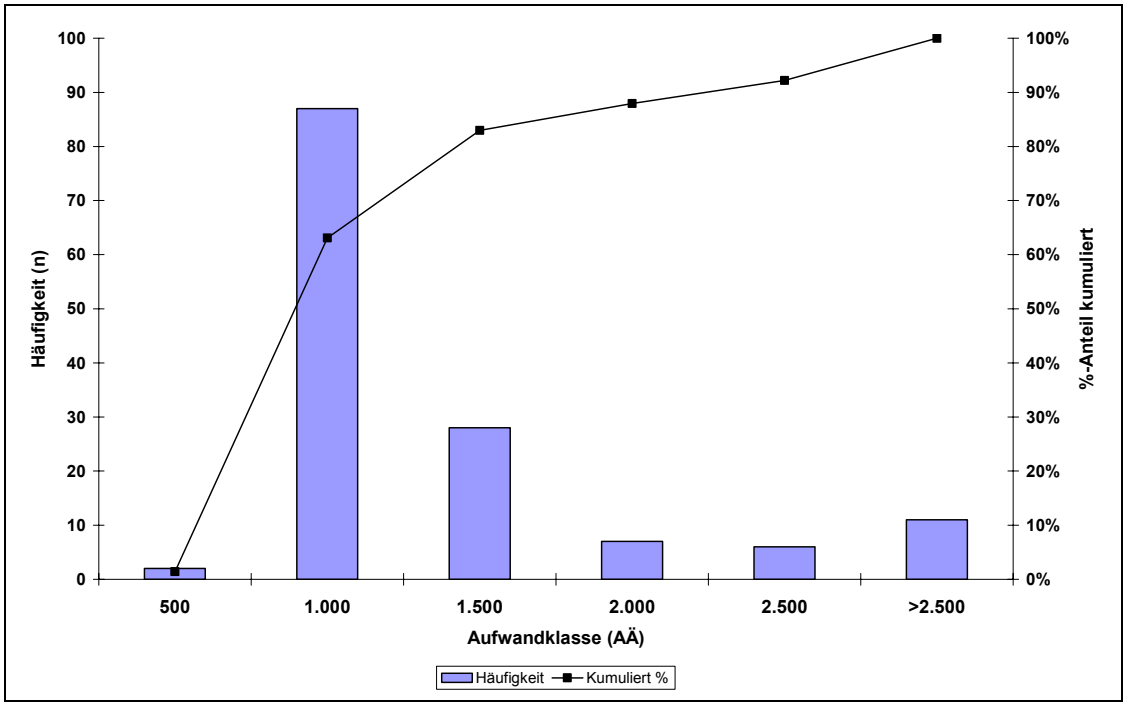

Abbildung 4-67 G-DRG Z01B: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

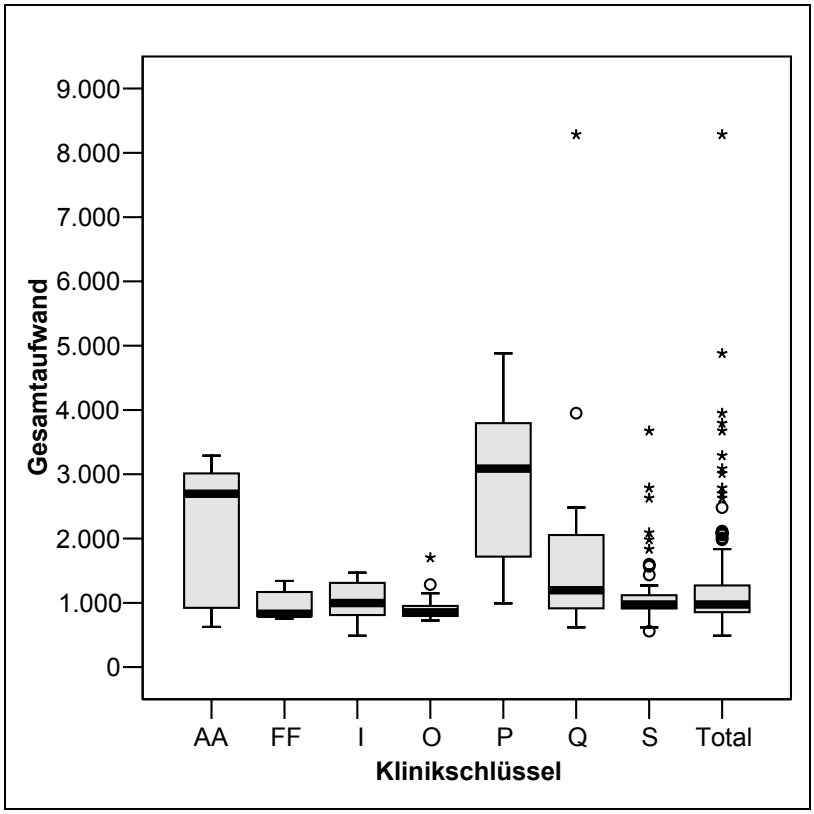

Abbildung 4-68 G-DRG Z01B: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

© DRG-Research-Group 2005

4.24 D22Z Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung

4.24.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	24
n Kliniken	25

n Fälle	135
%-Anteil an Stichprobe	0,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.519 AÄ
Median (alle Fälle)	1.125 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.541 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.540 AÄ
Standarderlös	2.103 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	3,7
mVWD (Inlier)	3,7
mVWD (InEK)	5,2

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	20,0%	15,4%
Inlier	77,0%	79,0%
High Outlier	3,0%	5,6%
CMI	0,66	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	83,0%	65,2%	3,3
PCCL = 2	8,9%	9,0%	4,5
PCCL = 3	5,2%	17,1%	6,1
PCCL = 4	3,0%	8,7%	8,8

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	72,2%
OP	18,7%
Intensivstation	3,8%
Diagnostik	3,8%
PostOP	1,3%

Top Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,260%
Lasertubus	0,156%
Andere teure Antibiotika	0,102%
Clindamycin	0,017%
Audiologische und einfache Vestibularisdiagnosik	0,010%

Tabelle 4-24 G-DRG D22Z: Basisanalyse

Die G-DRG D22Z Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung umfasst 135 Patienten der Projektstichprobe. In dieser G-DRG werden z.B. Osteotomien des Alveolarkamms, Vestibulumplastiken und Inzisionen am harten und weichen Gaumen eingruppiert. 20,0% des gesamten Ressourcenverbrauches entfielen auf die Aufwandarten OP und PostOP.

Durchschnittlich waren pro operativem Eingriff 1,6 Ärztinnen und Ärzte und 1,6 OP-Schwestern/-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit des ärztlichen Personals 29 min. und die des OP-Pflegepersonals 42 min. betrug.

Sechs (4,4%) Fälle der G-DRG D22Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 22,0%. Zwei dieser Patienten hatten eine Phlegmone bzw. Abszess des Mundes als Hauptdiagnose dokumentiert. Die mittlere Verweildauer aller Fälle mit Aufwand-Extremwerten betrug 17,3 Tage. Der mittlere PCCL lag bei 1,8.

4.24.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Während die Altersstruktur der Fälle der Projektstichprobe einen Schwerpunkt bei Patienten zwischen 40-49 Lebensjahren bildete, war die Altersstruktur der InEK-Stichprobe gleichmäßiger auf die einzelnen Altersklassen verteilt. 91,9% der Patienten der Projektstichprobe hatten eine geringe Komorbidität (PCCL<3). Demgegenüber beträgt der Anteil der Patienten der InEK-Stichprobe mit einem PCCL >2 25,8%. Dies korrespondiert mit einer geringeren Anzahl von Kurzliegern und einer höheren Anzahl von Langliegern in der InEK-Stichprobe. Auch die Verweildauer der Normallieger ist in der InEK-Stichprobe gegenüber der Projektstichprobe um 1,5 Tage deutlich verlängert.

Während die beiden häufigsten Hauptdiagnosen der Projektstichprobe K14.8 Sonstige Krankheiten der Zunge und D37.0 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Lippe, Mundhöhle und Pharynx einen kumulativen Anteil von 43,0% an allen Hauptdiagnosen aufweisen, summiert sich der Anteil beider Hauptdiagnosen in der InEK-Stichprobe lediglich auf deutlich weniger als 10%. Aufgrund dieser deutlichen Unterschiede zwischen der Projekt- und der InEK-Stichprobe ist zu erwarten, dass die Mehrzahl der Fälle der InEK-Stichprobe durch Patienten, die in der Fachabteilung Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie behandelt wurden, beigesteuert wurde.

4.24.3 Subgruppenanalyse

Die Spannbreite der Gesamtaufwendungen in dieser G-DRG reicht von 457 bis 10.763 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-69). Es liegen deutliche Unterschiede der mittleren Gesamtaufwände je Hauptdiagnose vor. Während Patienten mit einer der beiden häufigsten Hauptdiagnosen durchschnittlich geringere mittlere Gesamtaufwendungen aufwiesen als alle Fälle der DRG, so übertrafen die mittleren Gesamtaufwendungen je Hauptdiagnose mit Phlegmonen bzw. Abszessen des Mundes die mittleren Gesamtaufwendungen aller Fälle der G-DRG um das Doppelte bzw. Fünffache. Die Subgruppe dieser Patienten umfasst jedoch nur eine äußert geringe Fallzahl von fünf Fällen und unterliegt daher einer erheblichen Verzerrung auf Einzelfallebene.

© DRG-Research-Group 2005

Auch die erheblichen Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall in den einzelnen HNO-Hauptabteilungen ist auf sehr variable Werte bei äußerst geringen Fallzahlen zurück zu führen (Abbildung 4-70).

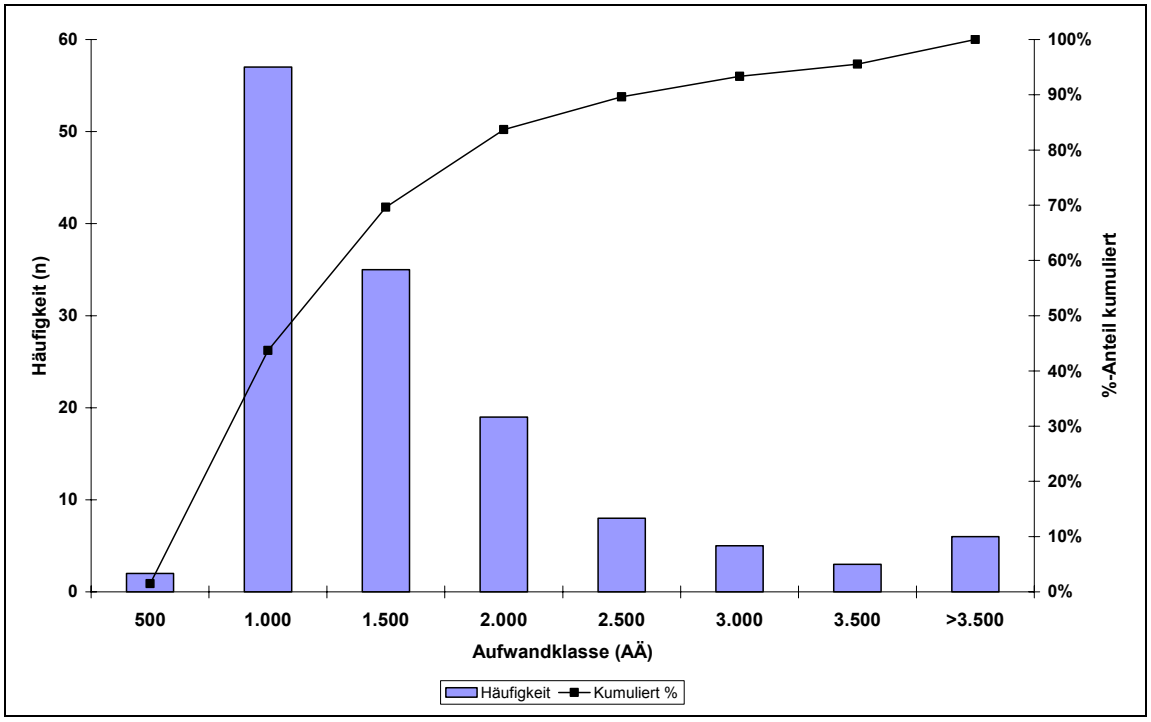

Abbildung 4-69 G-DRG D22Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

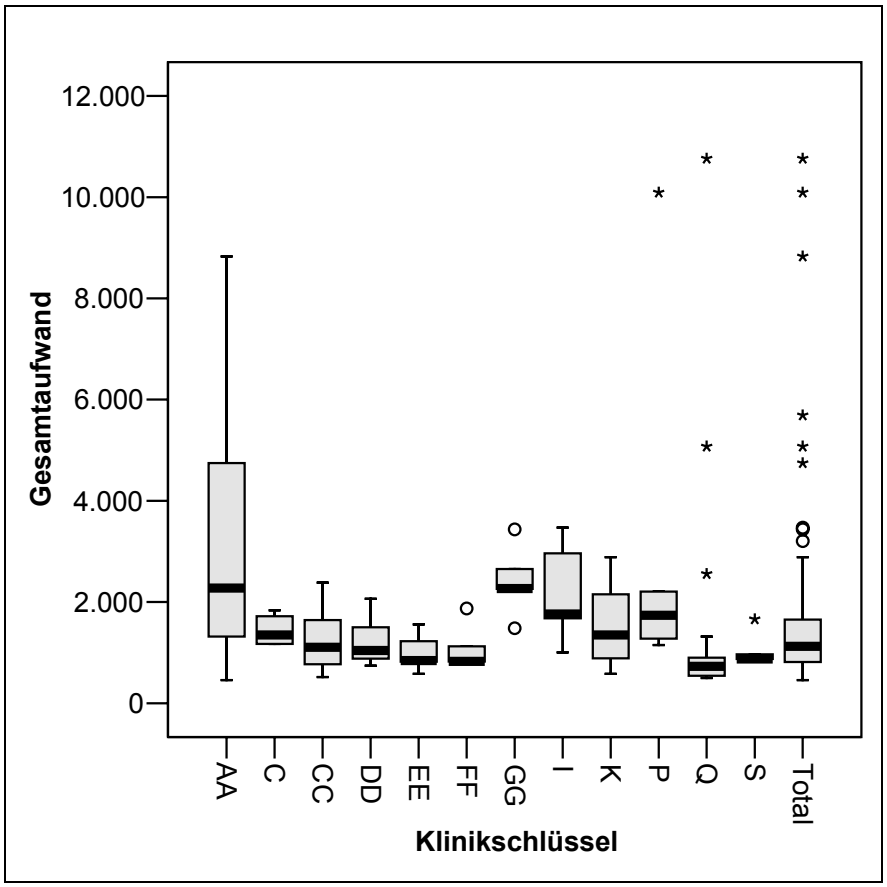

Abbildung 4-70 G-DRG D22Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

4.24.4 Empfehlung

In die G-DRG D22Z der InEK-Stichprobe werden überwiegend Patienten aus der Fachrichtung Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie eingruppiert. Die InEK-Stichprobe ist daher im Vergleich zur Projektstichprobe deutlich komorbider und wird mit erheblich längeren Verweildauern behandelt. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich Phlegmonen und Abszesse des Mundes als Subgruppe identifizieren, die mit deutlich höheren Gesamtaufwänden behandelt wird als die übrige Fallgruppe. Durch eine sehr geringe Fallzahl dieser Subgruppe werden konkrete Anpassungsvorschläge daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG D22Z zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

 © DRG-Research-Group 2005

4.25 D67Z Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung

4.25.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	25
n Kliniken	25

n Fälle	135
%-Anteil an Stichprobe	0,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.323 AÄ
Median (alle Fälle)	942 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.113 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.434 AÄ
Standarderlös	1.722 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	3,9
mVWD (Inlier)	4,2
mVWD (InEK)	4,9

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	27,4%	22,6%
Inlier	67,4%	71,7%
High Outlier	5,2%	5,7%
CMI	0,500	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	68,9%	58,3%	3,4
PCCL = 1	0%	0,7%	0
PCCL = 2	20,0%	25,6%	4,3
PCCL = 3	7,4%	12,7%	5,7
PCCL = 4	3,7%	2,7%	6,2

Top Aufwandarten (in %)	
Normalstation	86,5%
OP	7,8%
Diagnostik	4,4%
Arzneimittel	1,3%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Andere teure Antibiotika	0,235%
Lasertubus	0,090%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,084%
Clindamycin	0,060%
Acyclovir	0,048%

Tabelle 4-25 G-DRG D67Z: Basisanalyse

Der G-DRG D67Z werden Patienten zugeordnet, die im Sinne des G-DRG-Systems keine operative Therapie ihrer Erkrankungen der Zähne und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und-wiederherstellung erfahren haben. Da jedoch bei insgesamt 31 Patienten auch starre diagnostische Endoskopien durchgeführt wurden, ergeben sich operative Aufwände von 7,8%.

Durchschnittlich waren pro Endoskopie 1,4 Ärztinnen und Ärzte und 1,4 OP-Schwestern/-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit des ärztlichen Personals 27 min. und die des OP-Pflegepersonals 40 min. betrug.

Neun (6,7%) Fälle der G-DRG D67Z hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser Fälle beläuft sich auf 21,9%. Fünf dieser Patienten hatten eine Phlegmone bzw. Abszess des Mundes als Hauptdiagnose dokumentiert. Die mittlere Verweildauer aller Fälle mit Aufwand-Extremwerten betrug 14,1 Tage und war somit gegenüber der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG um mehr als das dreifache verlängert. Der mittlere PCCL lag bei 2,1.

4.25.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Ähnlich wie bei der G-DRG D22Z (Abschnitt 4.24) wird bei einem Vergleich der beiden Stichproben deutlich, dass die InEK-Stichprobe durch HNO-fremde Fälle dominiert wird. Mehrheitlich dürfte die InEK-Stichprobe aus Patienten bestehen, die in der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie behandelt wurden. 30,0% der Patienten der InEK-Stichprobe waren jünger als 16 Jahre. Der vergleichbare Anteil der Projektstichprobe betägt 5,9%. Die meisten Patienten der Projektstichprobe gehörten der Altersklasse der 40-49 Jährigen an. Auch der Anteil der Patienten mit einem PCCL > 2, der Anteil der Langlieger und die Verweildauer der Normallieger sind in der InEK-Stichprobe höher bzw. länger als in der Projektstichprobe. Das Ausmaß der Unterschiede ist allerdings nicht so ausgeprägt wie bei der G-DRG D22Z (Abschnitt 4.24).

Deutliche Unterschiede gibt es auch bei den einzelnen Anteilen der häufigsten Hauptdiagnosen. Während die drei häufigsten Hauptdiagnosen der Projektstichprobe K14.8 Sonstige Krankheiten der Zunge, S02.4 Fraktur des Jochbeins und des Oberkiefers sowie K12.23 Wangenabszess einen kumulativen Anteil von 43,7% ausmachen, beträgt der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe 15,4%, wobei der ICD-Kode K12.23 unter den häufigsten Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe nicht vorkommt. Darüber hinaus gehören starre diagnostische Endoskopien, die die häufigsten OPS-Kodes der Projektstichprobe darstellen nicht zu den häufigsten OPS-Kodes der InEK-Stichprobe.

4.25.3 Subgruppenanalyse

Die Spannbreite der Gesamtaufwendungen je Patient ist erheblich. 90% der Fölle haben Gesamtaufwendungen zwischen 300 und 2.700 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-71).

Ähnlich wie bei der G-DRG D22Z ist auch bei dieser G-DRG auffällig, dass Patienten mit einer Phlegmone oder einem Abszess des Mundes als Hauptdiagnose einen wesentlich höheren Ressourcenverbrauch aufweisen als die übrigen Fälle dieser G-DRG. Abbildung

© DRG-Research-Group 2005

4-72 zeigt, dass der mittlere Gesamtaufwand von 31 Patienten mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-10-Kodegruppe K12.- Stomatitis und verwandte Krankheiten 1.913 Aufwandäquivalente beträgt. Demgegenüber liegt der mittlere Gesamtaufwand der übrigen Fallgruppe bei 1.147 Aufwandäquivalenten.

Die Dokumentation einer Hauptdiagnose aus der ICD-10-Kodegruppe K12.- korreliert jedoch nicht mit den sehr unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je HNO-Hauptabteilung (Abbildung 4-73). Die klinikindividuellen Unterschiede sind durch Verzerrungen auf Einzelfallbasis bei sehr geringen Fallzahlen zurück zu führen.

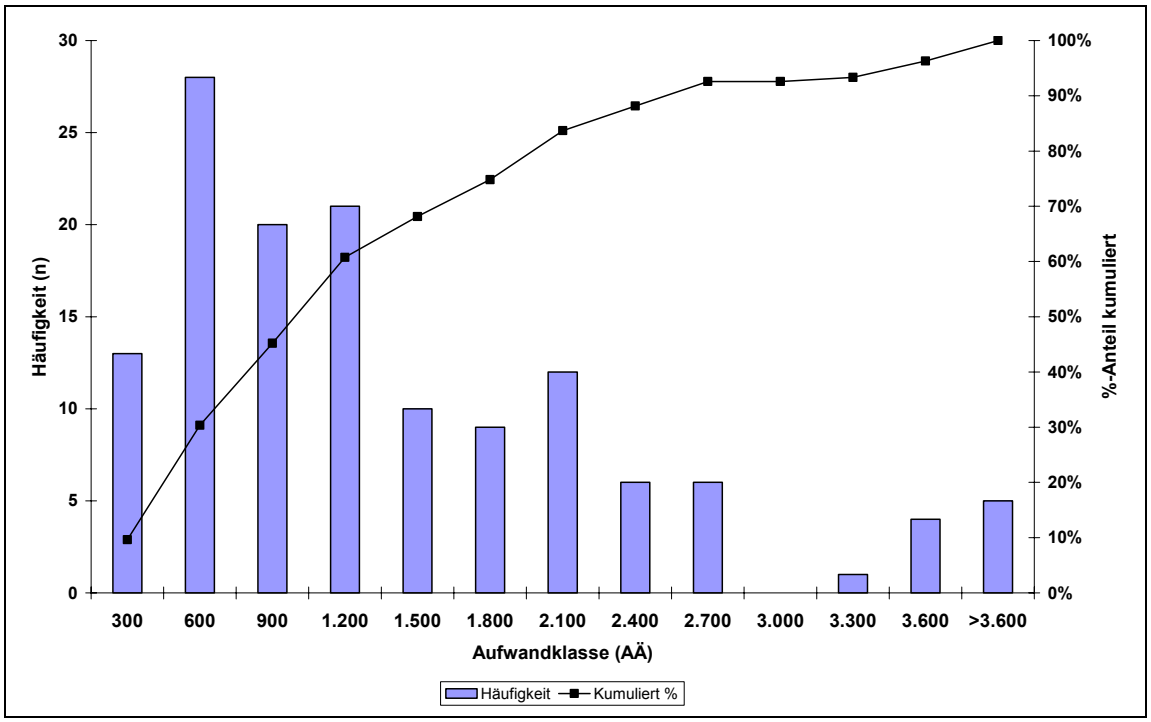

Abbildung 4-71 G-DRG D67Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

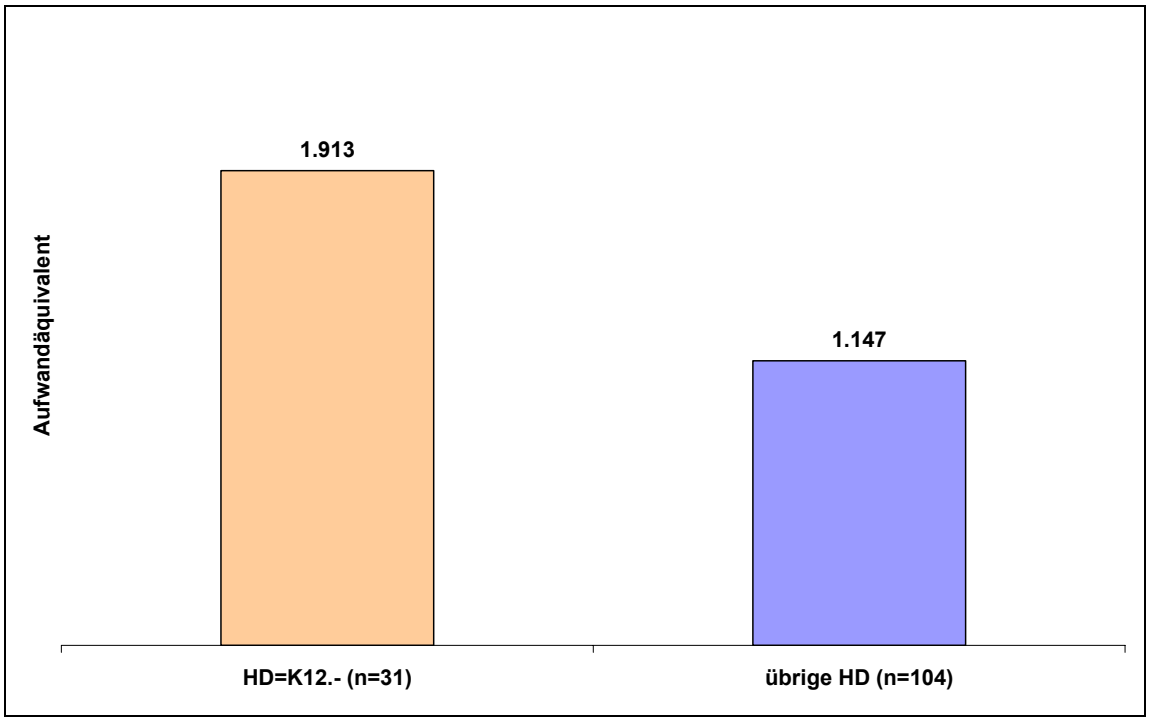

Abbildung 4-72 *G-DRG D67Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-Kode-Gruppe K12.- Stomatitis und verwandte krankheiten im Vergleich zu den übrigen Hauptdiagnosen der Fallgruppe*

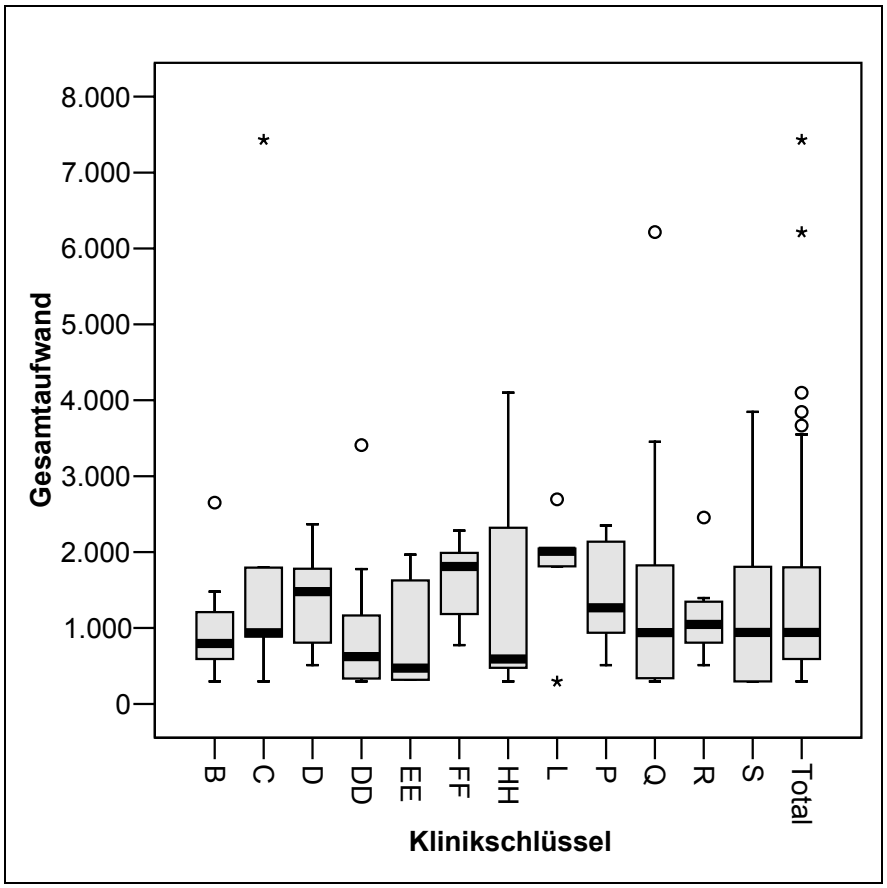

Abbildung 4-73 *G-DRG D67Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG*

© DRG-Research-Group 2005

4.25.4 Empfehlung

Die G-DRG D67Z der InEK-Stichprobe wird von Patienten aus der Fachrichtung Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie dominiert. Hierdurch resultiert eine höhere Komorbidität, längere Verweildauern der Normallieger sowie deutliche Unterschiede bei der Zusammensetzung der häufigsten Hauptdiagnosen. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich Hauptdiagnosen aus der ICD-10-Kodegruppe K12.- Stomatitiden und verwandte Krankheiten als Subgruppe identifizieren, die mit deutlich höheren Gesamtaufwänden behandelt wird als die übrige Fallgruppe. Diese Subgruppe ist jedoch nicht die Ursache der sehr unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen auf der Ebene der einzelnen Kliniken.

Der kumulative Anteil aller Patienten mit einer Hauptdiagnose aus der ICD-Kodegruppe K12.- unter den Top-9 Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe beträgt 24,8%. Der vergleichbare Wert der Projektstichprobe 17,7%. Es ist daher davon auszugehen, dass die höheren Aufwendungen der Patienten mit einem ICD-10-Kode der Gruppe K12.- eine wesentliche Ursache für die Unterschiede zwischen beiden Subgruppen darstellen. Ein konkreter Anpassungsvorschlag wird daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG D67Z zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

4.26 E02B Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen außer bei Lungenembolie, ohne äußerst schweren CC

4.26.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	26
n Kliniken	24

n Fälle	131
%-Anteil an Stichprobe	0,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	2.337 AÄ
Median (alle Fälle)	1.896 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.731 AÄ
mAufwand (Inlier)	3.101 AÄ
Standarderlös	4.178 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	5,8
mVWD (Inlier)	7,9
mVWD (InEK)	11,4

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	41,2%	23,3%
Inlier	57,3%	67,9%
High Outlier	1,5%	8,8%
CMI	1,200	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	51,1%	44,5%	5,2
PCCL = 2	23,7%	16,5%	5,9
PCCL = 3	25,2%	39,0%	6,8

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	72,9%
OP	20,6%
Diagnostik	2,2%
PostOP	2,1%
Intensivstation	1,1%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,872%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,196%
Trachealstent (z.B. Montgomery-T-Tube)	0,163%
Lasertubus	0,157%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,131%

Tabelle 4-26 G-DRG E02B: Basisanalyse

Die G-DRG E02B Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen außer bei Lungenembolie, ohne äußerst schweren CC gehört zur chirurgischen Partition der MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane. Diese DRG nimmt vorrangig Patienten aus thoraxchirugischen bzw. pulmonologischen Fachabteilungen auf. Dies fürht zu deutlichen Unterschieden hinsichtlich der Zusammensetzung der Projekt- und der InEK-Stichprobe (s. Folgeabschnitt).

Patienten aus HNO-Abteilungen werden vor alle aufgrund von operativen Maßnahmen der Trachea sowie im Zusammenhang mit Maßnahmen an einem Tracheostoma dieser G-DRG zugeordnet. 20,6% des gesamten Ressourcenverbrauches entfällt auf die Aufwandart OP

© DRG-Research-Group 2005

und nur 72,9% beträgt der Anteil der Aufwandart Normalstation. Die mit Abstand gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand wesentlichste besonders dokumentierte Leistung war die perioperative-Überwachung auf einer Observations-Station.Durchschnittlich waren pro Operation 1,6 Ärzte und 1,9 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 47 min. und die des OP-Pflegepersonals 61 min. betrug.

10 (7,6%) Fälle der G-DRG E02B hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 10 Fälle beläuft sich auf 22,8%. Die mittlere Verweildauer aller 10 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 17,2 Tagen und betrug damit fast das Dreifache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 1,7.

4.26.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe überwiegend Patienten aus Nicht-HNO-Abteilungen. Dies hat Auswirkungen auf die Zusammensetzungen beider Stichproben.

Die Patienten der Projektstichprobe konzentrieren sich vermehrt in den Altersklassen der 60-64 (19,1%) und der 40-49jährigen (16,0%). Demgegenüber sind die Patienten der InEK-Stichprobe vermehrt in höheren Altersklassen zu finden. Hier konzentrieren sich die Fälle in der Altersklassen der 65-74 (22,3%) und der 60-64jährigen (12,8%). Gegenüber der InEK-Stichprobe kommt in der Projektstichprobe ein um 17,9% höherer Anteil von Kurzliegern zu Lasten der Anteile der Normal- und der Langlieger vor. Auch ist die Komorbidität der Patienten der Projektstichprobe im Durchschnitt geringer als die der InEK-Stichprobe. 51,1% der Patienten der Projektstichprobe haben einen PCCL = 0 und nur 25,2% der Fälle einen PCCL = 3. Die vergleichbaren Werte der InEK-Stichprobe belaufen sich auf 44,5% bzw. 39,0%.

Die mittlere Verweildauer der Normallieger ist in der Projektstichprobe gegenüber der InEK-Stichprobe um 3,5 Tage verkürzt.

Die wesentlichsten Unterschiede zwischen beiden Stichproben ergeben sich jedoch auf der Ebene der Hauptdiagnosen und OPS-Prozeduren. Während die beiden Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe Z43.0 Versorgung eines Tracheostomas und J95.0 Funktionsstörung eines Tracheostomas einen kumulativen prozentualen Anteil von 45,0% aller Hauptdiagnosen ausmachen, erreicht der entsprechende Wert der InEK-Stichprobe einen Anteil von 9,7%. Die häufigste Prozedur der Projektstichprobe 5-316.2 Rekonstruktion der Trachea: Verschluss eines Tracheostomas kommt unter den Top-9 OPS-Prozeduren der InEK-Stichprobe nicht vor.

4.26.3 Subgruppenanalyse

Die Vielzahl von unterschiedlichen Hauptdiagnosen, die in dieser G-DRG zusammengefasst werden, gehen mit einer nicht unerheblichen Streuung der Gesamtaufwendungen je Patient einher (Abbildung 4-74). Ursächlich sind deutliche Verweildauer- und Aufwandunterschiede. Jedoch weisen nur die drei Top-Hauptdiagnosen Fallzahlen von mehr als 14 Fällen auf, so dass die Fallzahlen für weitergehende Analysen sehr gering sind.

Die Projektstichprobe fällt durch einen sehr hohen Anteil an Kurzliegern und a Patienten mit einem PCCL = 0 auf. Aus diesem Grunde wurden die Zusammenhänge zwischen der Komorbidität der Patienten und der Höhe des Ressourcenverbrauches untersucht. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Höhe des mittleren Gesamtaufwandes bei einer Gegenüberstellung der Subgruppen mit einem PCCL<3 und einem PCCL=3 (Abbildung 4-76).

Auch auf der Ebene der individuellen mittleren Gesamtaufwände je Klinik zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit der Komorbidität der Patienten in dieser Klinik. So haben die Patienten dieser G-DRG der Klinik AA einen mittleren PCCL von 1,8 und einen mittleren Gesamtaufwand von 4.628 Aufwandäquivalenten. Demgegenüber hat die Klinik R einen mittleren gesamtaufwand von 1.407 Aufwandäquivalente bei einem mittleren PCCL von 0,6 (Abbildung 4-75).

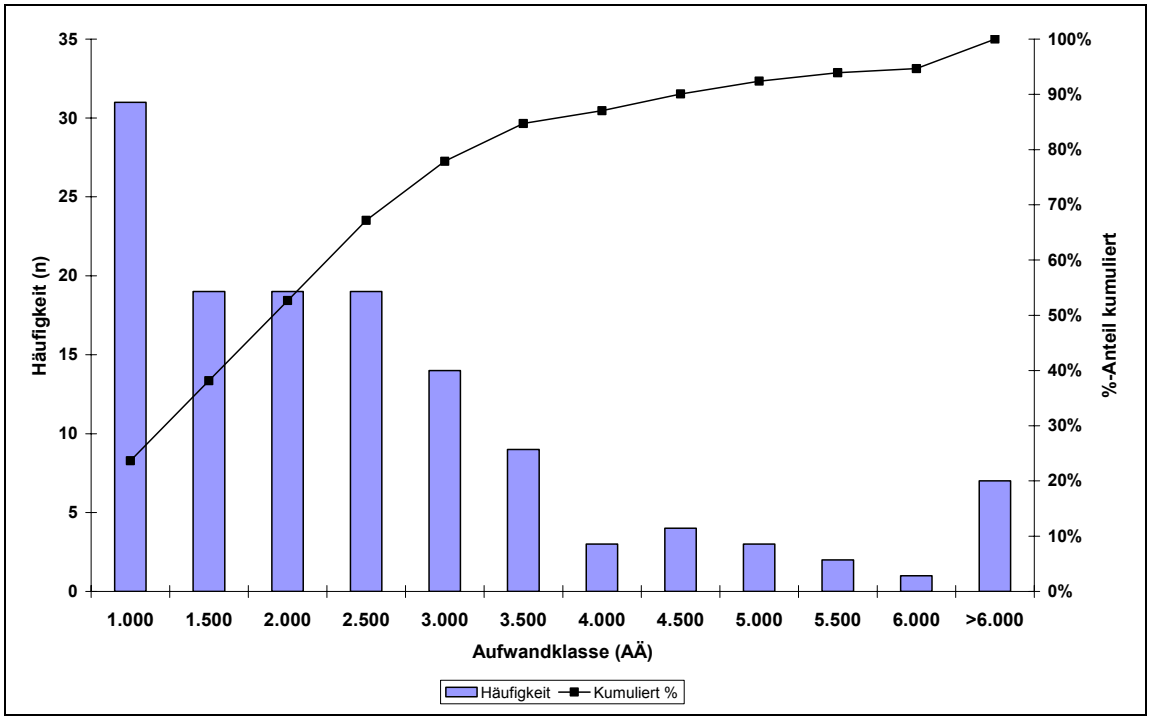

Abbildung 4-74 G-DRG E02B: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

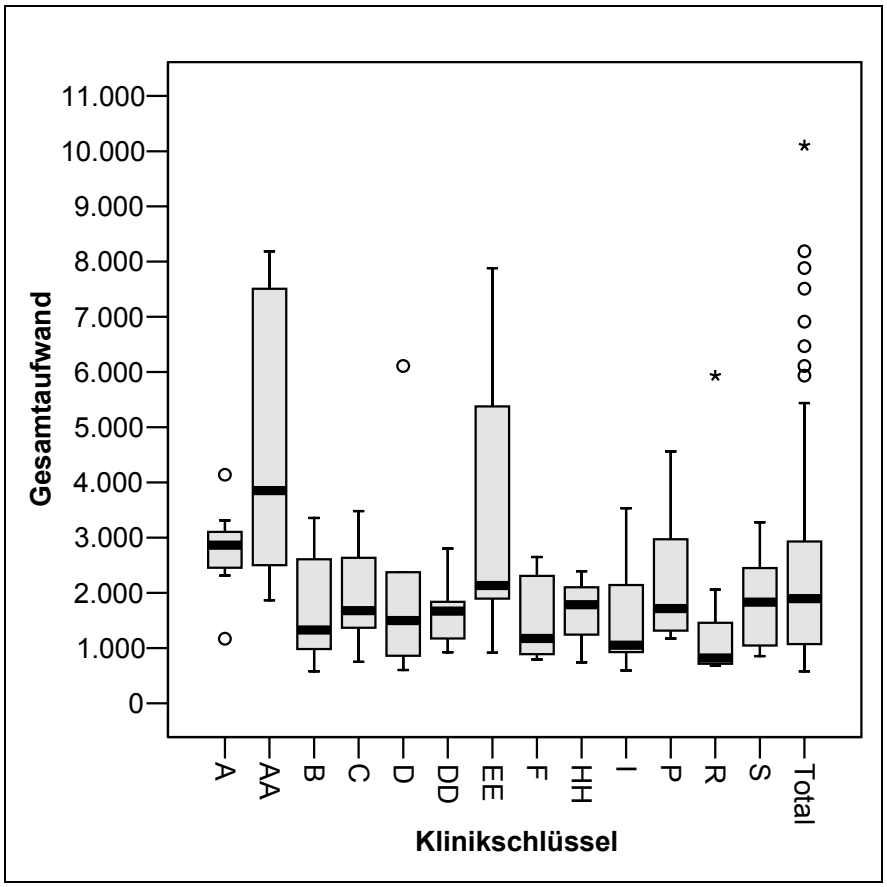

Abbildung 4-75 G-DRG E02B: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

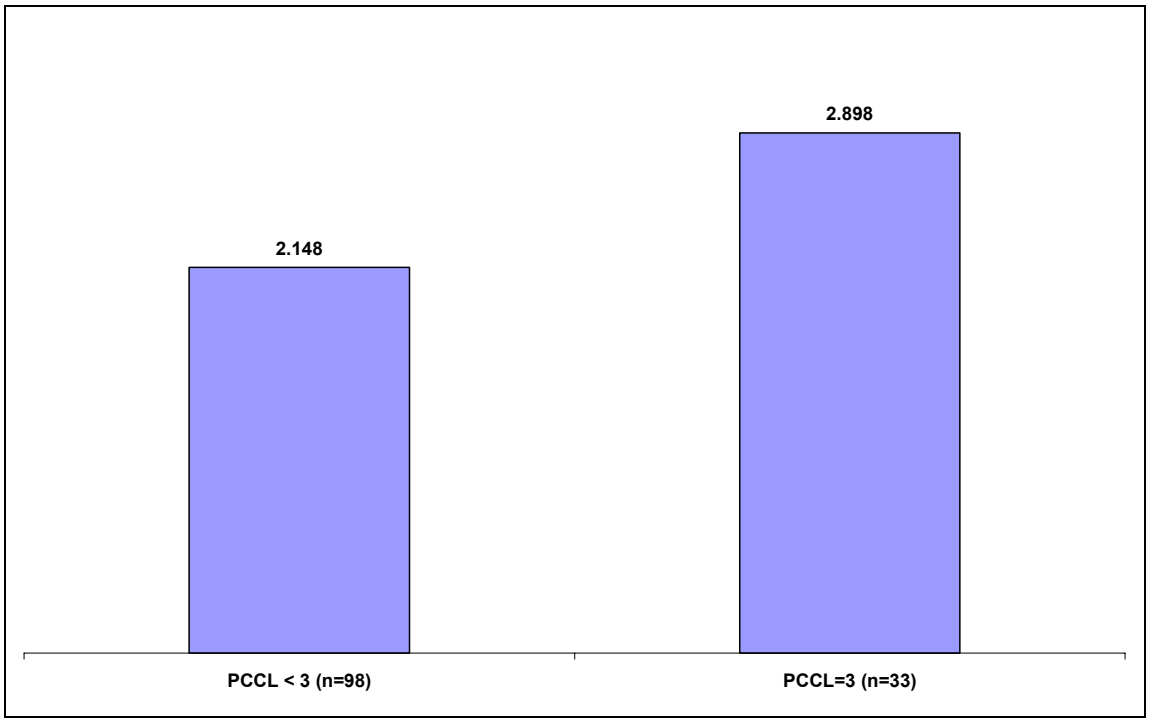

Abbildung 4-76 G-DRG E02B: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit eines PCCL = 3

4.26.4 Empfehlung

In die G-DRG E02B werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich zwei Subgruppen mit unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall anhand der PCCL-Werte identifizieren. PCCL-Werte von 3 führen zu erheblichen höheren mittleren Gesamtaufwendungen auf Projekt- und Klinikebene. Es sind demnach Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb innerhalb der Fallgruppe zu vermuten.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzungen beider Stichproben ist es fraglich, ob sich die gleichen Ergebnisse auch an der InEK-Stichprobe reproduzieren ließen, zumal die InEK-Stichprobe darüber hinaus deutlich komorbider war als die Projektstichprobe. Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG E02B zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

© DRG-Research-Group 2005

4.27 901D Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule

Die G-DRG 901D gehört zur Gruppe der Fehler-DRGs. In Fehler-DRGs werden Fallkonstellationen eingruppiert, welche gemäß der Kriterien des Gruppierungsalgorithmus im G-DRG-System nicht zuordnungsfähig sind. Die Basis-Fehler-DRG 901 fasst Fälle zusammen, die einen ausgedehnten operativen Eingriff erhielten, welcher jedoch nach den Kriterien des G-DRG-Systems keinen Bezug zur dokumentierten Hauptdiagnose aufweist.

Auch 129 Fälle der Projektstichprobe aus 23 Kliniken wurden dieser G-DRG zugeordnet. Der klinikindividuelle prozentuale Anteil von Fällen in Fehler-DRGs schwankt zwischen 0% und 1,6%. Der prozentuale Anteil bezogen auf die gesamte Projektstichprobe beträgt 0,5%. Der Anteil aller Fälle der InEK-Stichprobe in der G-DRG 901D beträgt 0,2%. Beide Anteile sind jedoch nicht miteinander vergleichbar, da der G-DRG 901D der InEK-Stichprobe Fälle aus allen medizinischen Fachgebieten zugeordnet werden.

Die häufigste Ursache für eine Eingruppierung in diese G-DRG ist die Dokumentation einer sehr unspezifischen Hauptdiagnose. So wurde z. B. bei zwei Fällen die Hauptdiagnose S09.9 Nicht näher bezeichnete Verletzung des Kopfes in Verbindung mit der operativen Prozedur 5-275.0 Palatoplastik: Naht (nach Verletzung) kodiert. Diese Kodekombination ist im Sinne des G-DRG-Systems nicht eindeutig, da sich die Hauptdiagnose S09.9 auf Verletzungen des Gesichtes, der Nase oder der Ohren bezieht. Eine spezifischere Wahl der Hauptdiagnose z. B. als S01.59 Offene Wunde der Lippe und der Mundhöhle: Sonstige und mehrere Teile der Lippe und der Mundhöhle hätte bei gleicher Prozedur die Zuordnung zur G-DRG D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals veranlasst.

Typische Subgruppen lassen sich in der Fallgruppe der Projektstichprobe nicht identifizieren. Die Fallzahlen auf der Basis gemeinsamer Hauptdiagnosen oder operativer Prozeduren sind zu gering. Zur Vermeidung einer Eingruppierung in diese Fehler-DRG sollten die teilnehmenden Kliniken ein verstärktes Augenmerk auf die abschließende Kontrolle der Entlassungsdatensätze legen.

4.28 R12C Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur

4.28.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	28
n Kliniken	23

n Fälle	129
%-Anteil an Stichprobe	0,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	3.570 AÄ
Median (alle Fälle)	3.118 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.927 AÄ
mAufwand (Inlier)	3.647 AÄ
Standarderlös	5.294 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	9,1
mVWD (Inlier)	9,3
mVWD (InEK)	11,4

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	8,5%	11,3%
Inlier	89,1%	80,5%
High Outlier	2,3%	8,2%
CMI	1,74	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	64,3%	60,7%	8,6
PCCL = 1	2,3%	1,4%	12,3
PCCL = 2	17,1%	13,6%	9,1
PCCL = 3	16,3%	24,2%	10,5

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	75,2%
OP	14,9%
Intensivstation	4,6%
Diagnostik	3,8%
PostOP	1,2%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,696%
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,147%
Andere teure Antibiotika	0,091%
Versorgung mit Trachealkanülen o.ä.	0,065%
Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.)	0,055%

Tabelle 4-27 G-DRG R12C: Basisanalyse

In dieser G-DRG werden größere operative Eingriffe bei Patienten mit hämatologischen oder onkologischen Grunderkrankungen und geringer Komorbidität zusammengefasst. Hierbei handelt es sich bezogen auf die Projektstichprobe vor allem um regionale Lymphadenektomien bei sekundären bösartigen Neubildungen von Lymphknoten im HNO-Bereich. Die DRG-Struktur bewirkt, dass die Fallgruppe nicht nur Patienten aus HNO-Kliniken aufnimmt, sondern auch Patienten aus anderen Fachrichtungen, insbesondere viszeralchirurgischen und gynäkologischen Abteilungen, umfasst, wodurch sich wesentliche Unterschiede bei einem Vergleich der Projekt- mit der InEK-Stichprobe ergeben (s. Folgeabschnitt).

© DRG-Research-Group 2005

Der prozentuale Anteil der Aufwandart OP macht 14,9% des Gesamtaufwandes dieser G-DRG aus. Durchschnittlich waren pro Operation 2,0 Ärzte und 2,2 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 35 min. und die des OP-Pflegepersonals 43 min. betrug.

Ein im Vergleich zu den anderen Top-30 DRGs der Projektstichprobe ungewöhnlich hoher Anteil am Gesamtaufwand entfällt auf die Aufwandart Intensivstation. Mit 4,6% beinhaltet die G-DRG R12C den zweithöchsten Anteil der Aufwandart Intensivstation.

15 (11,6%) Fälle der G-DRG R12C hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 15 Fälle beläuft sich auf 24,7%. Die mittlere Verweildauer aller 15 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 16,6 Tagen und betrug damit mehr als das 1,5fache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 1,2.

4.28.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Altersstruktur, der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger, der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Die Patienten der Projektstichprobe waren im Durchschnitt älter als die der InEK-Stichprobe. Die prozentualen Anteile in den Altersklassen 55-74 Jahren liegen jeweils ca. 5% über denen der InEK-Stichprobe. Während die Patienten der Projektstichprobe einen höheren Anteil bei PCCL-Werten =0 und =2 stellten, überwogen die vergleichbaren Anteile bei einem PCCL = 3 in der InEK-Stichprobe. Der Anteil der Langlieger war in der InEK-Stichprobe um ca. 6% höher als in der Projektstichprobe. Entsprechende Unterschiede ergeben sich daher bei den Anteilen der Kurz- und Normallieger. Im Vergleich zur InEK-Stichprobe ist die mittlere Verweildauer der Projektstichprobe um 2,1 Tage kürzer.

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe nicht nur Patienten aus HNO-Abteilungen, sondern auch aus anderen Fachrichtungen. Der prozentuale Anteil der häufigsten Hauptdiagnose C77.0 Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses beträgt daher in der Projektstichprobe 81,4% und in der InEK-Stichprobe 43,2%. Demgegenüber finden sich in den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe auch sekundäre bösartige Neubildungen an axillären, inguinalen und intraabdominalen Lymphknoten, welche in der Projektstichprobe nicht vorkamen.

Bezogen auf die Hauptdiagnosen lagen zwischen beiden Stichproben erhebliche Differenzen vor. Die drei Top-Hauptdiagnosen der Projektstichprobe mit einem kumulativen Anteil von 31,3% machten in der InEK-Stichprobe nur einen vergleichbaren Anteil von 14,8% aus. Im Gegensatz dazu belief sich der Anteil von Mundbodenmalignomen in den Top-Hauptdiagnosen der InEK-Stichprobe auf 7,6%, während diese in der Projektstichprobe nur einen Anteil von 3,1% aufwiesen.

4.28.3 Subgruppenanalyse

Abbildung 4-77 zeigt die Streuung der Gesamtaufwendungen nach Aufwandklassen an. Hier ergibt sich eine zweigipflige Darstellung. Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb der Fallgruppe sind zu vermuten. Der erste Gipfel mit einem Maximum bei 3.000 Aufwandäquivalenten ist durch die Behandlung der Patienten mit der Hauptdiagnose C77.0 geprägt. Diese Subgruppe macht 81,4% der Fallgruppe aus, hat einen mittleren Gesamtaufwand je Fall von 3.614 Aufwandäquivalente und eine mittlere Verweildauer von 9,1 Tagen. Der zweite Gipfel wird gebildet aus acht Patienten mit der Hauptdiagnose C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation. Diese Fälle haben einen mittleren Gesamtaufwand von 5.466 Aufwandäquivalenten. Der Aufwandunterschied resultiert aufgrund einer höheren mittleren Verweildauer von 5,7 Tagen gegenüber den Patienten der Subgruppe mit der Hauptdiagnose C77.0.

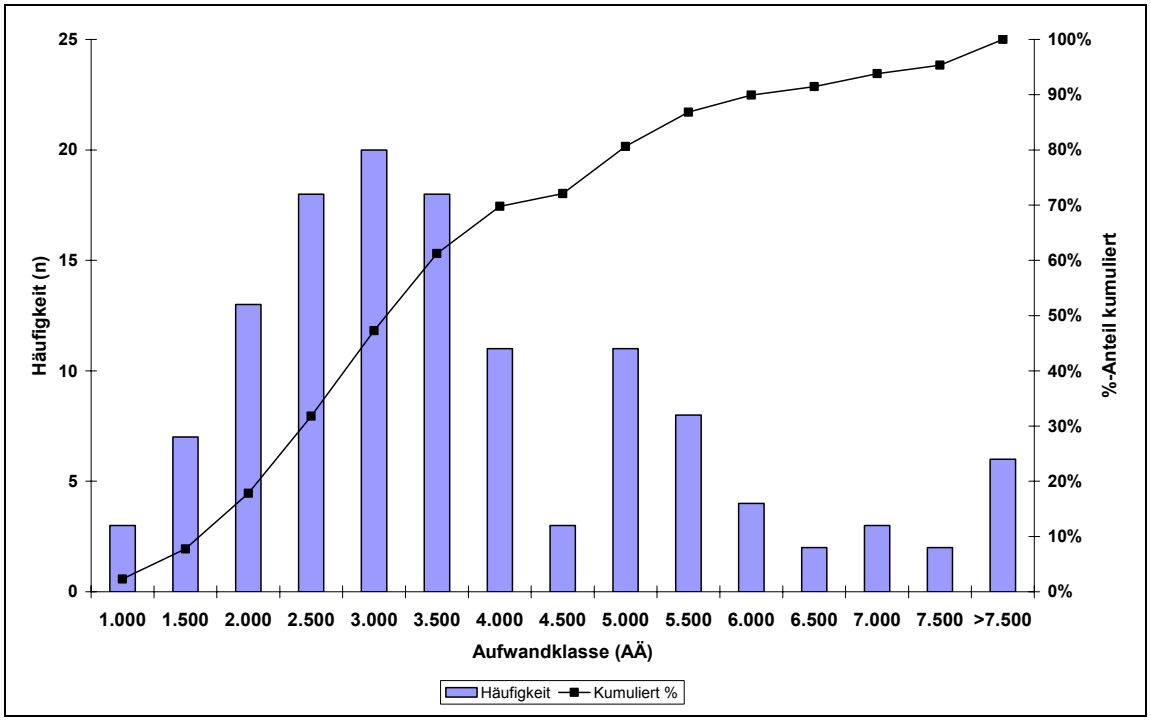

Abbildung 4-77 G-DRG R12C: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

© DRG-Research-Group 2005

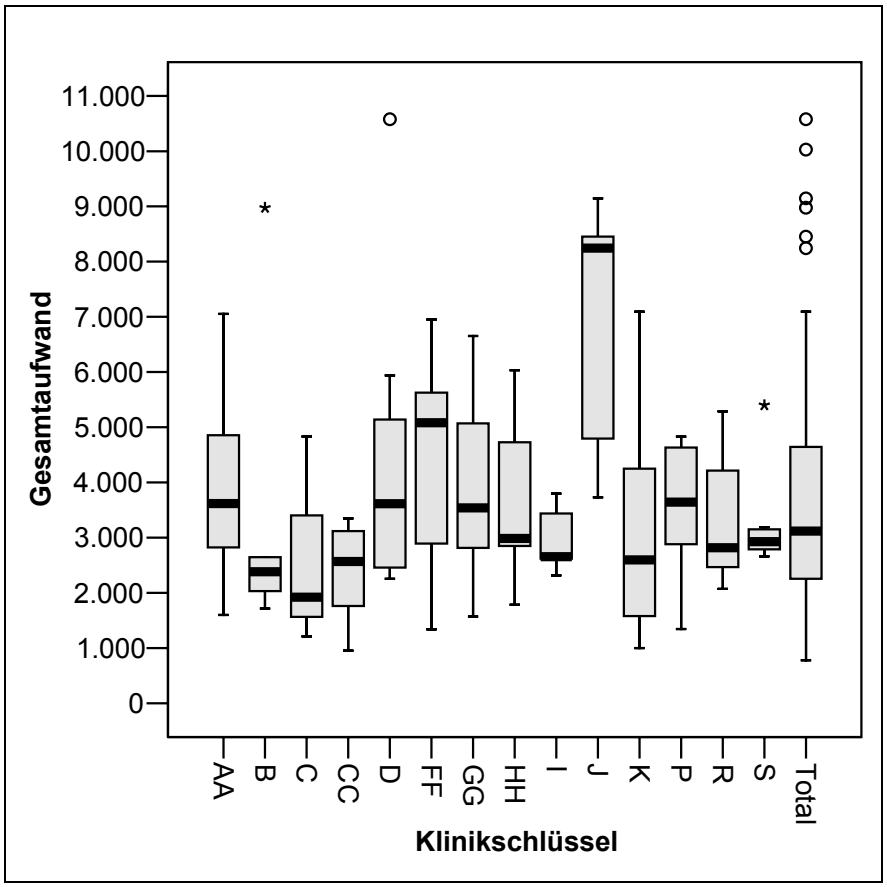

Abbildung 4-78 G-DRG R12C: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

Der langsame Anstieg der Streuung der Gesamtaufwendungen beruht auf einer dritten Subgruppe, welche Patienten mit der Hauptdiagnose D48.7 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Sonstige näher bezeichnete Lokalisation (n=10) zusammenfasst. Hier beträgt der mittlere Gesamtaufwand je Fall 2.165 Aufwandäquivalente aufgrund einer mittleren Verweildauer von 5,7 Tagen. Die Diagnose D48.7 darf aufgrund einer Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien im Jahre 2005 nicht mehr als Hauptdiagnose verwendet werden (Abbildung 4-79).

In Abhängigkeit der Anteile der drei Subgruppen ergeben sich auch erhebliche klinikindividuelle Unterschiede des mittleren Gesamtaufwandes (Abbildung 4-78). Je höher der Anteil der aufwändigen Subgruppe, desto höher sind die mittleren Gesamtaufwendungen der jeweiligen Klinik. Aus der Klinik J kommen 37,5% (n=3) der Patienten mit der Hauptdiagnose C80.

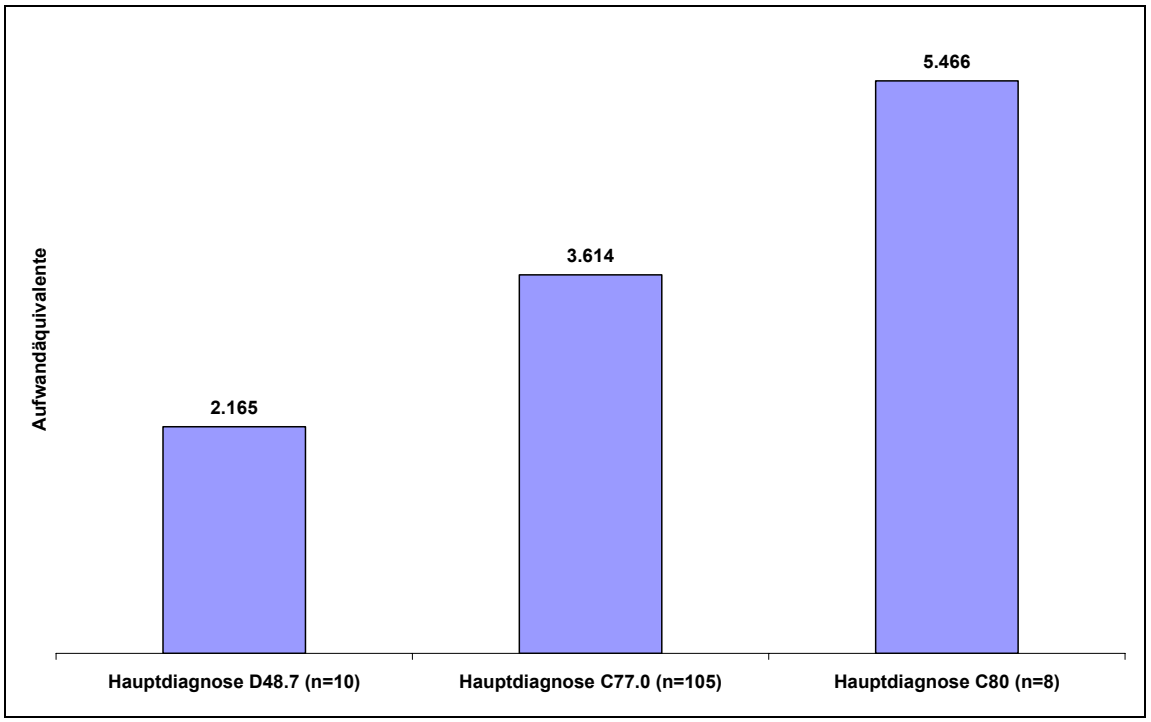

Abbildung 4-79 G-DRG R12C: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit unterschiedlicher Hauptdiagnosen: D48.7 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen: Sonstige näher bezeichnete Lokalisationen, C77.0 Sekundäre und nicht näher bezeichnete böartige Neubildung der Lymphknoten: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses, C80 Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation

4.28.4 Empfehlung

In die G-DRG R12C werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Mehr als vier Fünftel der Patienten der Projektstichprobe hatten die Hauptdiagnose C77.0. Die Fallzahlen der beiden anderen Subgruppen sind demgegenüber sehr gering. Auch wird sich die Subgruppe mit der Hauptdiagnose D48.7 zukünftig auflösen, da diese Diagnose nicht mehr als Hauptdiagnose verwendet werden darf. Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG R12C zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

 © DRG-Research-Group 2005

4.29 Q03Z Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems

4.29.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	29
n Kliniken	21

n Fälle	125
%-Anteil an Stichprobe	0,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.827 AÄ
Median (alle Fälle)	1.709 AÄ
StAbw (alle Fälle	956 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.983 AÄ
Standarderlös	2.245 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	4,6
mVWD (Inlier)	5,1
mVWD (InEK)	5,6

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	16,0%	16,7%
Inlier	83,2%	74,3%
High Outlier	0,8%	9,0%
CMI	0,700	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	76,8%	69,6%	4,3
PCCL = 2	13,6%	15,8%	4,8
PCCL = 3	8,8%	10,9%	7,1
PCCL = 4	0,8%	3,7%	7,0

Top Aufwandarten (in %)	
Normalstation	74,4%
OP	23,5%
Diagnostik	1,5%
Arzneimittel	0,5%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Teure serolog. Diagnostik, (Gesamtkosten > 50 €)	0,263%
Andere teure Antibiotika	0,105%
Ceftazidim	0,028%
Hämostypt. Kollagenvliese (z.B. Tachocomb)	0,022%
Clindamycin	0,016%

Tabelle 4-28 G-DRG Q03Z: Basisanalyse

Der G-DRG Q03Z werden Patienten mit kleineren Eingriffen bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems zugeordnet. Im Rahmen des HNO-Projektes waren dies vor allem Exzisionen einzelner Lymphknoten bei Lymphknotenvergrößerungen im HNO-Bereich. Die DRG-Struktur bewirkt jedoch, dass die Fallgruppe nicht nur Patienten aus HNO-Kliniken aufnimmt, sondern auch Patienten aus anderen Fachrichtungen, insbesondere viszeralchirurgischen Abteilungen, umfasst, wodurch sich wesentliche Unterschiede bei einem Vergleich der Projekt- mit der InEK-Stichprobe ergeben (s. Folgeabschnitt).125 Fälle bzw. 0,5% der Projektstichprobe wurden in diese G-DRG eingruppiert. 23,5% des gesamten Ressourcenverbrauches entfielen auf die Aufwandart OP, knapp drei Viertel auf

die Aufwandart Normalstation. Durchschnittlich waren pro Operation 1,9 Ärzte und 1,9 OP-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit der Ärzte 48 min. und die des OP-Pflegepersonals 63 min. betrug.

Teure serologische Diagnostik mit Gesamtkosten von mehr als 50 Euro sowie teure Antibiotika haben die höchsten Anteile an besonders dokumentierten Leistungen gemessen an ihrem Anteil am Gesamtaufwand der DRG.

12 (9,6%) Fälle der G-DRG R12C hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser 15 Fälle beläuft sich auf 19,1%. Die mittlere Verweildauer aller 15 Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 16,6 Tagen und betrug damit mehr als das 1,5fache der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 1,2.

4.29.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Unterschiede zwischen beiden Stichproben bestehen hinsichtlich der Altersstruktur, der Komorbidität der Patienten, der Verweildauer der Normallieger sowie der prozentualen Anteile der Kurz-, Normal- und Langlieger, der Hauptdiagnosen und der durchgeführten Prozeduren.

Die Mehrheit der Patienten der Projektstichprobe konzentrierten sich in den Altersklassen zwischen 18 und 49 Jahren (kumulativ 53,6%). Die Altersverteilung der InEK-Stichprobe zeigte eine breitere Verteilung der Fälle über alle Altersklassen. Während die Patienten mit PCCL-Werten < 3 einen prozentualen Anteil in der Projektstichprobe von 90,4% ausmachen, ist der vergleichbare Wert der InEK-Stichprobe um 5,0% geringer und somit der Anteil der Fälle mit erheblichen Komorbiditäten höher. Der Anteil der Langlieger war in der InEK-Stichprobe beträgt 9,0%, während in der Projektstichprobe lediglich ein Fall (0,8%) ein Langlieger ist. Die prozentualen Anteile der Kurzlieger sind in beiden Stichproben vergleichbar hoch. Im Vergleich zur InEK-Stichprobe ist die mittlere Verweildauer der Normallieger der Projektstichprobe um 0,5 Tage verkürzt.

Wie bereits im vorangegengenen Abschnitt erwähnt, beinhaltet die InEK-Stichprobe nicht nur Patienten aus HNO-Abteilungen, sondern auch aus anderen Fachrichtungen. Dies hat Auswirkungen auf die prozentualen Anteile der Top-Hauptdiagnosen beider Stichproben. Die beiden häufigsten Hauptdiagnosen der Projektstichprobe R59.0 Lymphknotenvergrößerung, umschrieben und L04.0 Akute Lymphadenitis an Gesicht, Kopf und Hals machen erreichen kumuliert einen Anteil von 61,6% aller Hauptdiagnosen. Der entsprechende Wert der InEK-Stichprobe beträgt 46,3%.

© DRG-Research-Group 2005

4.29.3 Subgruppenanalyse

Die Struktur der G-DRG Q03Z fasst kleine operative Eingriffe bei einer Vielzahl von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems zusammen. Mehr als 90% aller Fälle der Projektstichprobe haben Gesamtaufwendungen zwischen 1.000 und 3.000 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-80). In Abhängigkeit der Grunderkrankung lassen sich drei Subgruppen mit erheblichen Aufwand- und Verweildauerunterschieden identifizieren, die in Abhängigkeit der prozentualen Anteile dieser Subgruppen am Patientenspektrum einer Klinik auch zu deutlichen klinikindividuellen Unterschieden des mittleren Gesamtaufwandes führen (Abbildung 4-81).

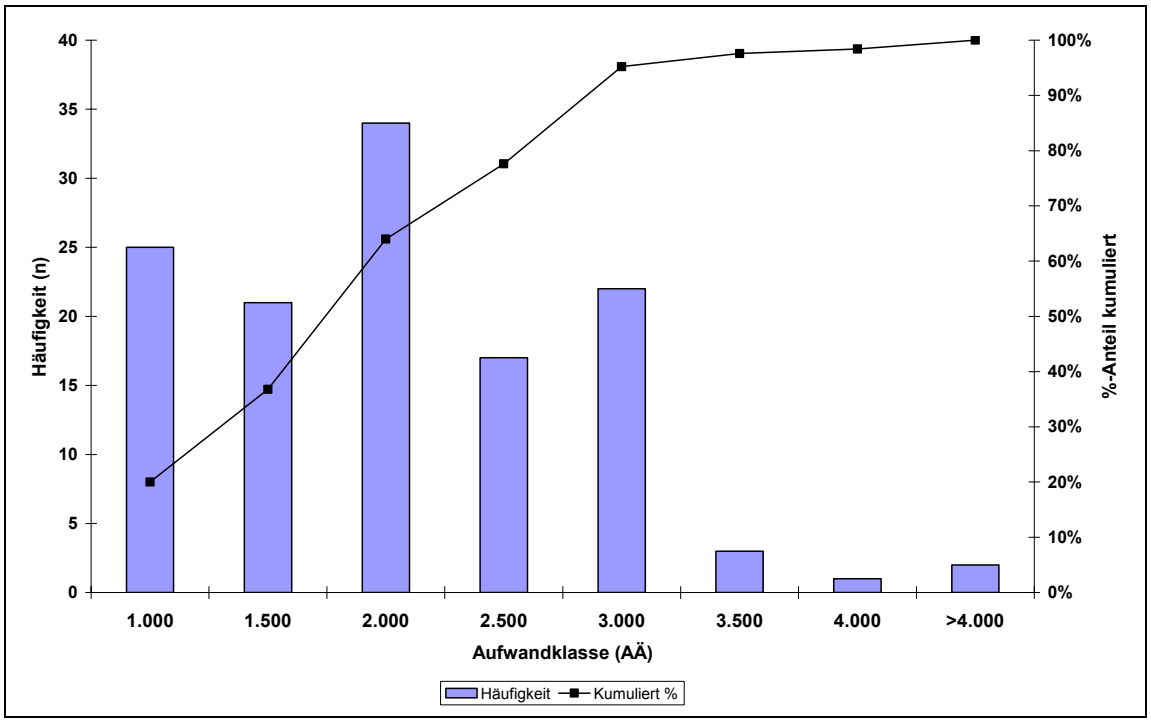

Abbildung 4-80 G-DRG Q03Z: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

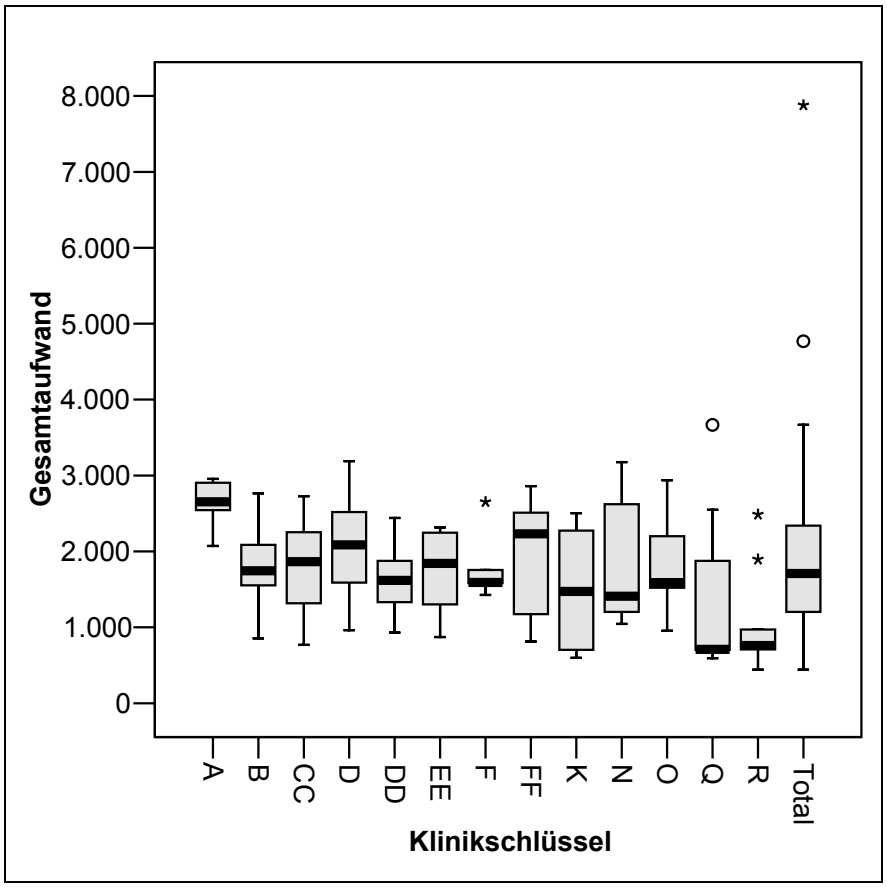

Abbildung 4-81 *G-DRG Q03Z: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG*

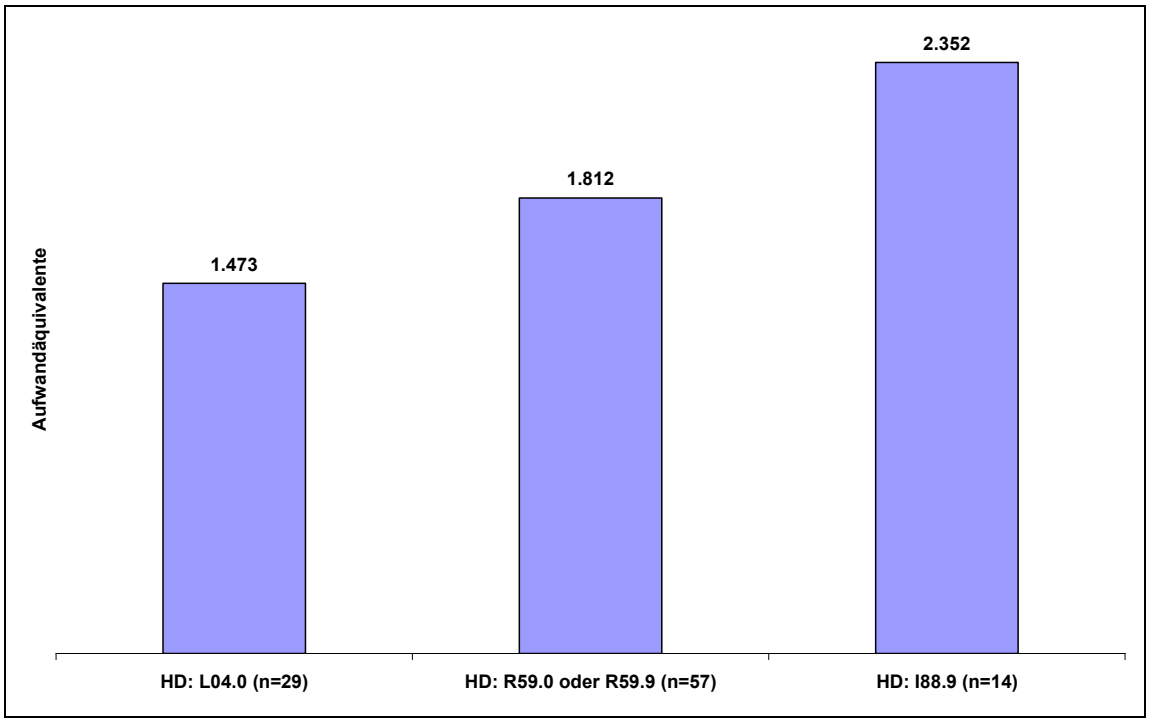

Abbildung 4-82 *G-DRG Q03Z: Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit unterschiedlicher Hauptdiagnosen: L04.0 Akute Lymphadenitis an Gesicht, Kopf und Hals, R59.0 Lymphknotenvergrößerung, umschrieben, R59.9 Lymphknotenvergrößerung, nicht näher bezeichnet, I88.9 Unspezifische Lymphadenitis, nicht näher bezeichnet*

© DRG-Research-Group 2005

Bei diesen drei Subgruppen handelt es sich um Patienten mit der jeweiligen Hauptdiagnose L04.0 Akute Lymphadenitis an Gesicht, Kopf und Hals, R59.0 Lymphknotenvergrößerung, umschrieben bzw. R59.9 Lymphknotenvergrößerung, generalisiert sowie I88.9 Unspezifische Lymadenitis, nicht näher bezeichnet (Abbildung 4-82). Die Ursache für die erheblichen Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Subgruppe ist eine erhebliche Verweildauerdifferenz. Während die mittlere Verweildauer bei Patienten mit der Hauptdiagnose L04.0 3,7 Tage betrug, belief sie sich bei Patienten mit der Hauptdiagnose I88.9 auf 6,1 Tage (HD: R59.0 bzw. R59.9: 4,4 Tage).

Auch auf Klinikebene ergeben sich durch die drei Subgruppen Verwerfungen der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall der G-DRG Q03Z. In Klinik R beträgt der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose L04.0, an allen Fällen dieser Klinik, die in die G-DRG Q03Z gruppiert wurden 88,9% (n=8), es resultiert ein mittlerer Gesamtaufwand für alle Fälle der G-DRG Q03Z von 1.026 Aufwandäquivalenten. Im Gegensatz dazu haben Fälle mit der Hauptdiagnose I88.9 einen Anteil innerhalb der G-DRG Q03Z der Klinik B von 80% (n=4). Dies führt zu einem mittleren Gesamtaufwand aller Fälle der G-DRG Q03Z der Klinik B von 1.802 Aufwandäquivalenten (Abbildung 4-81)

4.29.4 Empfehlung

In die G-DRG Q03Z werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Innerhalb der Projektstichprobe lassen sich drei Subgruppen mit unterschiedlichen mittleren Gesamtaufwendungen je Fall anhand der vier häufigsten Hauptdiagnosen identifizieren. Unterschiedliche prozentuale Anteile an Patienten mit beiden Hauptdiagnosen führen zu erheblichen klinikindividuellen Unterschieden des mittleren Gesamtaufwandes dieser G-DRG. Es sind demnach Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb innerhalb der Fallgruppe zu vermuten.

Aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzungen beider Stichproben ist es fraglich, ob sich die gleichen Ergebnisse auch an der InEK-Stichprobe reproduzieren ließen. Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben, zumal auch die Fallzahlen der Subgruppen, insbesondere bei den Patienten mit den Hauptdiagnosen L04.0 und I88.9 sehr gering sind. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG Q03Z zukünftig weiterhin inhaltlich genau zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

4.30 X06C Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen, Alter < 66 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC

4.30.1 Basisanalyse

Top-DRG Nr.	30
n Kliniken	24

n Fälle	115
%-Anteil an Stichprobe	0,5%

Aufwand	
mAufwand (alle Fälle)	1.865 AÄ
Median (alle Fälle)	1.723 AÄ
StAbw (alle Fälle	1.035 AÄ
mAufwand (Inlier)	1.901 AÄ
Standarderlös	2.504 €

Verweildauer	
mVWD (alle Fälle)	4,8
mVWD (Inlier)	5,0
mVWD (InEK)	6,0

	%-Projekt	%-InEK
Low Outlier	10,4%	14,0%
Inlier	87,0%	77,8%
High Outlier	2,6%	8,2%
CMI	0,790	

PCCL	%-Projekt	%-InEK	mVWD-Projekt
PCCL = 0	91,3%	89,5%	4,8
PCCL = 1	0,9%	1,3%	11,0
PCCL = 2	7,8%	9,3%	5,0

Top-5 Aufwandarten (in %)	
Normalstation	76,9%
OP	20,2%
PostOP	1,3%
Arzneimittel	1,1%
Diagnostik	0,6%

Top-5 Besonders dokumentierte Leistung nach prozentualem Anteil am Gesamtaufwand der DRG	
Perioperative-Überwachung auf Observations-Station (nicht Aufwachraum)	0,747%
Andere teure Antibiotika	0,182%
Stimmprothese (z.B. Provox)	0,093%
Clindamycin	0,067%
Versorgung mit Trachealkanülen	0,047%

Tabelle 4-29 G-DRG X06C: Basisanalyse

Die G-DRG X06C Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen, Alter < 66 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC steht in enger Beziehung zur G-DRG X63Z (Abschnitt 4.14). Während die G-DRG X63Z die nicht operative behandelten Nachblutungen (überwiegend nach Tonsillektomie) umfasst, werden die operativ behandelten Nachblutungen der Basis-DRG X06 zugeordnet, welche in Abhängigkeit des Patientenalters und der Komorbidität in drei unterschiedliche abrechenbare G-DRG gesplittet ist. Der Anteil der Aufwandarten OP und PostOP beträgt 21,5% des gesamten Ressourcenverbrauches dieser G-DRG.

© DRG-Research-Group 2005

Durchschnittlich waren pro operativem Eingriff 1,3 Ärztinnen und Ärzte und 1,6 OP-Schwestern/-Pfleger beteiligt, wobei die mittlere Präsenzzeit des ärztlichen Personals 35 min. und die des OP-Pflegepersonals 49 min. betrug.

Elf (9,6%) Fälle der G-DRG X06C hatten Gesamtaufwände pro Fall, die den dreifachen Standardbereich überstiegen. Der prozentuale Anteil am Gesamtaufwand dieser elf Fälle beläuft sich auf 21,4%. Die mittlere Verweildauer aller elf Fälle mit Gesamtaufwand-Extremwerten lag bei 11,1 Tagen und betrug damit mehr als das Doppelte der mittleren Verweildauer aller Fälle der G-DRG. Der mittlere PCCL lag bei 0,3.

4.30.2 Vergleich mit der InEK-Stichprobe

Wesentliche Ursache für Unterschiede zwischen der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe ist, dass der InEK-Stichprobe auch sehr viele HNO-fremde Patienten aus anderen chirurgischen Fachrichtungen zugeordnet sind. Während 40% der Patienten der Projektstichprobe der Altersklasse der 18-29 Jährigen zugeordnet waren, war die Altersstruktur der InEK-Stichprobe breiter gestreut mit einem deutlichen Gipfel bei den Altersklassen der 18-49 Jährigen. Bei einer vergleichbaren PCCL-Struktur beider Stichproben hatte die InEK-Stichprobe einen deutlich höheren Anteil von Kurzliegern bei einer um 1,0 Tage längeren Verweildauer der Normallieger. Hierbei ist zu erwähnen, dass die Verweildauer der Patienten nach operativer Blutstillung infolge einer Nachblutung nach Tonsillektomie durch medikolegale Vorgaben determiniert wird.

87% aller in dieser G-DRG der Projektstichprobe verwendeten Hauptdiagnosen entfallen auf den Kode T81.0 Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert. Der vergleichbare Anteil in der InEK-Stichprobe liegt bei 20,7%.

4.30.3 Subgruppenanalyse

90% aller Patienten dieser G-DRG haben Gesamtaufwendungen zwischen 1.000 und 3.500 Aufwandäquivalente (Abbildung 4-83). Dies ist eine erhebliche Spannbreite. Aufgrund der Dominanz der Fälle mit der Hauptdiagnose T81.0 ist eine Subgruppenbildung auf der Ebene der Hauptdiagnosen nicht möglich, da die Fallzahl der übrigen Hauptdiagnosen vier Fälle nicht überschreitet. Die 15 Fälle, deren Hauptdiagnose nicht T81.0 ist, verteilen sich auf insgesamt 10 unterschiedliche Hauptdiagnosen. Ein PCCL- bzw. Alterssplit liegt bei der Basis-DRG X06 bereits vor. Die Mediane der klinikindividuellen Gesamtaufwendungen in dieser G-DRG liegen in einer Bandbreite zwischen 1.000 und 2.000 Aufwandäquivalenten und werden maßgeblich durch unterschiedliche Verweildauern bestimmt. So scheinen we-

sentliche Ursachen für die gegebene Streubreite der Gesamtaufwendungen in der sehr unspezifischen Abbildungsmöglichkeit der Hauptdiagnose T81.0 begründet zu sein.

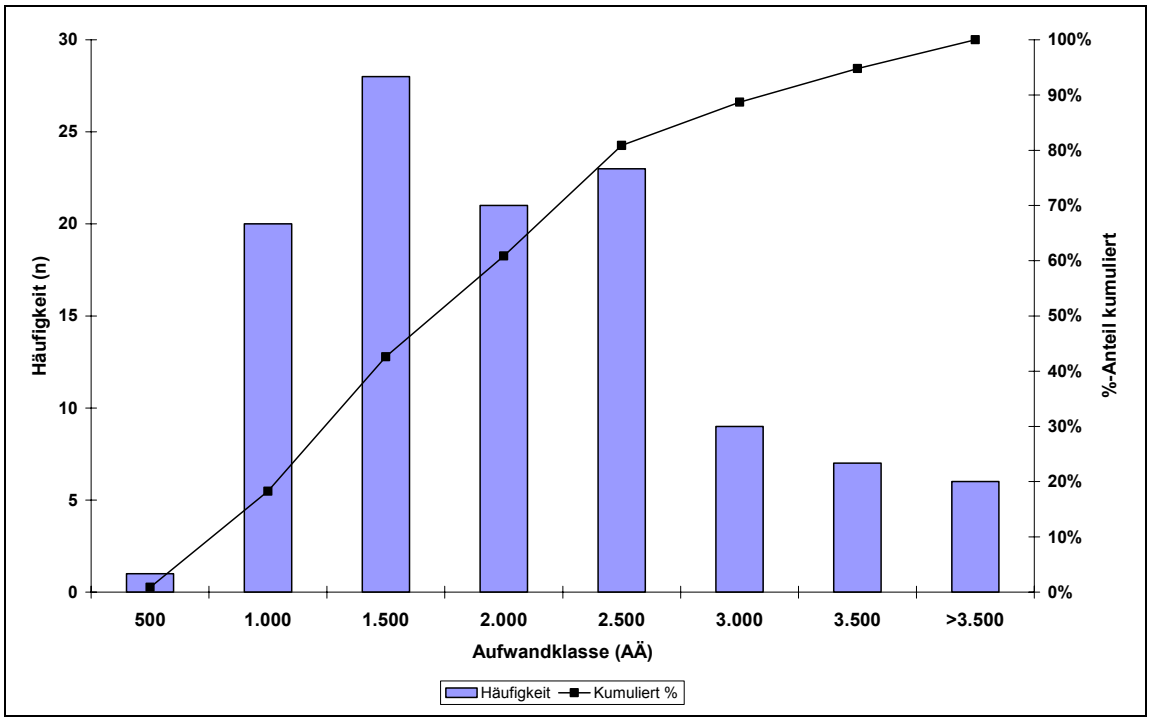

Abbildung 4-83 G-DRG X06C: Hauptabteilungen: Streuung Gesamtaufwand

4.30.4 Empfehlung

In die G-DRG X06C werden Patienten aus unterschiedlichen Fachrichtungen eingruppiert. Deswegen resultieren erhebliche Unterschiede in der Zusammensetzung der InEK-Stichprobe und der Projektstichprobe. Knapp neun Zehntel der Patienten der Projektstichprobe hatten die sehr unspezifische Hauptdiagnose T81.0. Die Fallzahlen der übrigen Hauptdiagnosen sind demgegenüber sehr gering. Aufgrund der derzeitigen G-DRG-Struktur besteht bereits eine Differenzierung der G-DRG X06C in Abhängigkeit vom Patientenalter und der Patienten-Komorbidität.

Konkrete Anpassungsvorschläge werden aus den genannten Gründen daher nicht erhoben. Es wird jedoch empfohlen, die G-DRG X06C zukünftig weiterhin inhaltlich zu analysieren, um bei einem Fortbestehen der aufgezeigten Aufwandinhomogenitäten ggfs. eine Strukturanpassung durchzuführen.

© DRG-Research-Group 2005

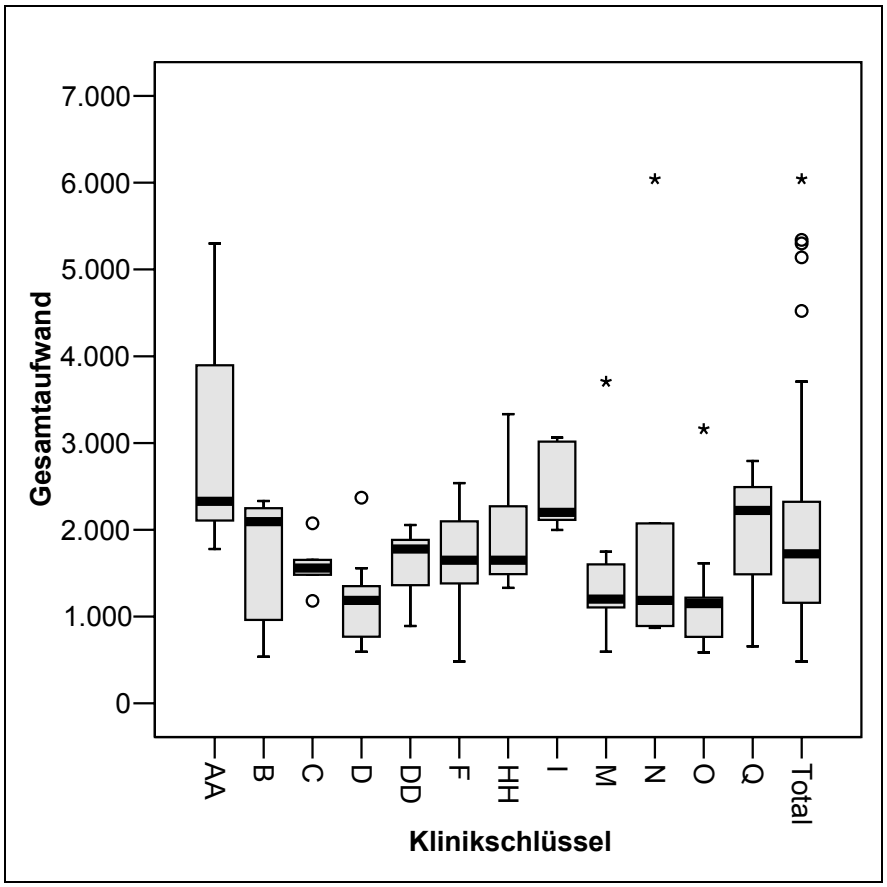

Abbildung 4-84 G-DRG X06C: Hauptabteilungen: Klinikindividuelle Aufwandanalyse, dargestellt sind Kliniken mit ≥ 5 Fällen in dieser G-DRG

© DRG-Research-Group 2005

5 DRG-übergreifende Probleme der Abbildungsqualität

5.1 Eingriffe am Ohr, Ohrschädel und der Nase

Eingriffe am Ohr und Ohrschädel und der Nase werden im G-DRG-System 2005 überwiegend in fünf verschiedene G-DRGs eingruppiert. Von diesen fünf G-DRGs werden jedoch bei Eingriffen am Ohr und Ohrschädel lediglich zwei und bei rhinochirurgischen Eingriffen lediglich drei G-DRGs mit relevanten Fallzahlen belegt. Innerhalb dieser G-DRGs –es handelt sich um die G-DRGs D30Z, D06Z, D10Z und D13Z- erfolgt eine Vermischung von einer Vielzahl unterschiedlicher operativer Eingriffe aus dem Spektrum der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Diese G-DRGs weisen aufgrund ihrer äußerst heterogenen Struktur erhebliche Aufwand-, Leistungs- und Verweildauerinhomogenitäten auf und sind nicht dazu geeignet, eine differenzierte Fallallokation in Abhängigkeit des Ressourcenverbrauches zu gewährleisten (Abschnitte 4.1, 4.2, 4.4 und 4.6). Eine Subgruppenanalyse bezüglich unterschiedlicher Ressourcenaufwände innerhalb dieser G-DRGs war aufgrund der Vielzahl der gruppierungsrelevanten operativen Eingriffe nicht zielführend.

Zur Analyse des Ressourcenverbrauches in Abhängigkeit von der Komplexität operativer Eingriffe an Ohr, Ohrschädel und Nase wurden die betroffenen Fälle anhand der relevanten OPS-Kodes dieser Eingriffe identifiziert und unabhängig von ihrer DRG-Eingruppierung zusammengefasst. In einem zweiten Schritt erfolgte dann die Isolierung von Patienten mit Kombinationseingriffen an der Nase, dem Ohr, den Nasennebenhöhlen u. a. während des gleichen stationären Aufenthaltes. In die weiteren Untersuchungen gingen nur Fälle ein, welche während des gleichen stationären Aufenthaltes ausschließlich rhino- oder otochirurgisch therapiert wurden.

Pro Eingriff (gekennzeichnet durch den verwendeten OPS-Kode) wurden die mittleren Gesamtaufwendungen für die behandelten Patienten ermittelt. Getrennt für oto- und rhinochirurgische Eingriffe wurden Subgruppen gebildet, die sich sowohl durch eine unterschiedliche medizinische Komplexität als auch durch unterschiedliche mittlere Gesamtaufwendungen der Patienten auszeichneten.

Abbildung 5-1 und Abbildung 5-2 veranschaulichen diese Subgruppenbildung getrennt für oto- und rhinochirurgische Eingriffe. Patienten mit der Hauptdiagnose einer bösartigen Neubildung im Bereich der Nase oder der Nasennebenhöhlen im Zusammenhang mit einem rhinochirurgischen Eingriff unabhängig von dessen Komplexität konnten als besonders aufwändige Subgruppe identifiziert werden (Abbildung 5-2).

Diese Subgruppen bildeten die Grundlage für den Vorschlag einer neustrukturierten DRG-Gliederung oto- und rhinochirurgischer Eingriffe im G-DRG-System und wurden in Form von Anpassungsvorschlägen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-System dem InEK zur Verfügung gestellt. Hierbei kam es bei otochirurgischen Eingriffen zu einer weiteren Feingliederung der einzelnen Subgruppen anhand der Komorbidität der Patienten oder der Verwendung von nicht-autogenen Mittelohrimplantaten (Abschnitte 6.9 und 6.11).

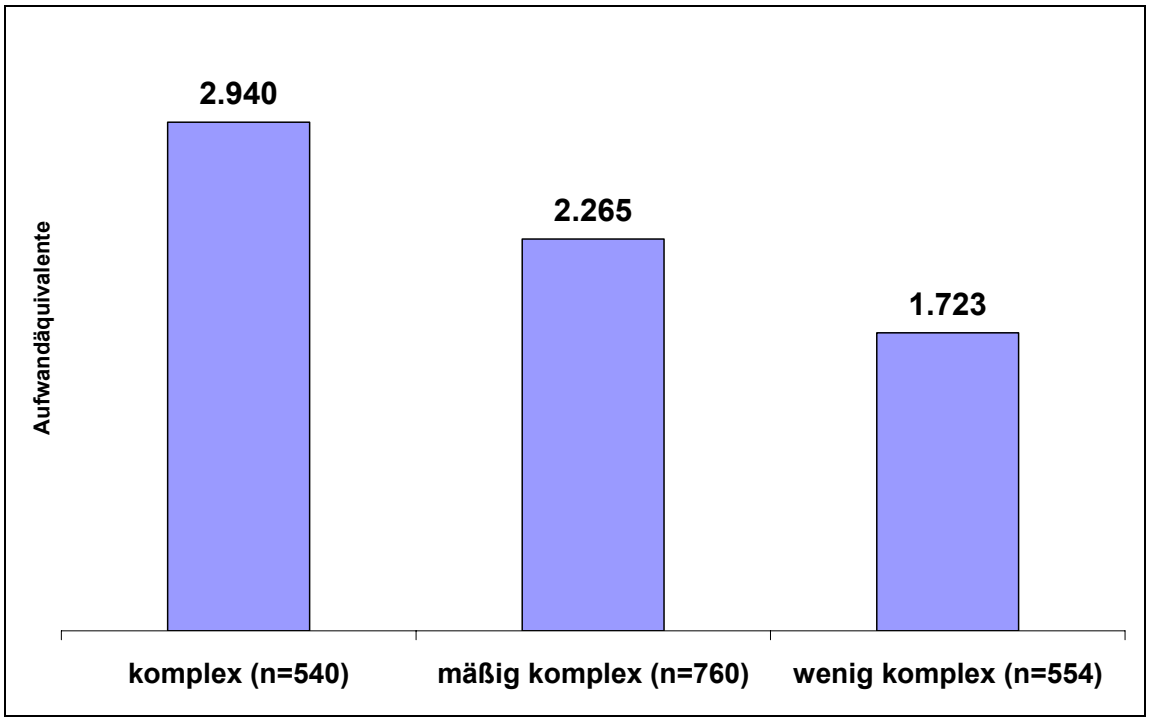

Abbildung 5-1 Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit otochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität

© DRG-Research-Group 2005

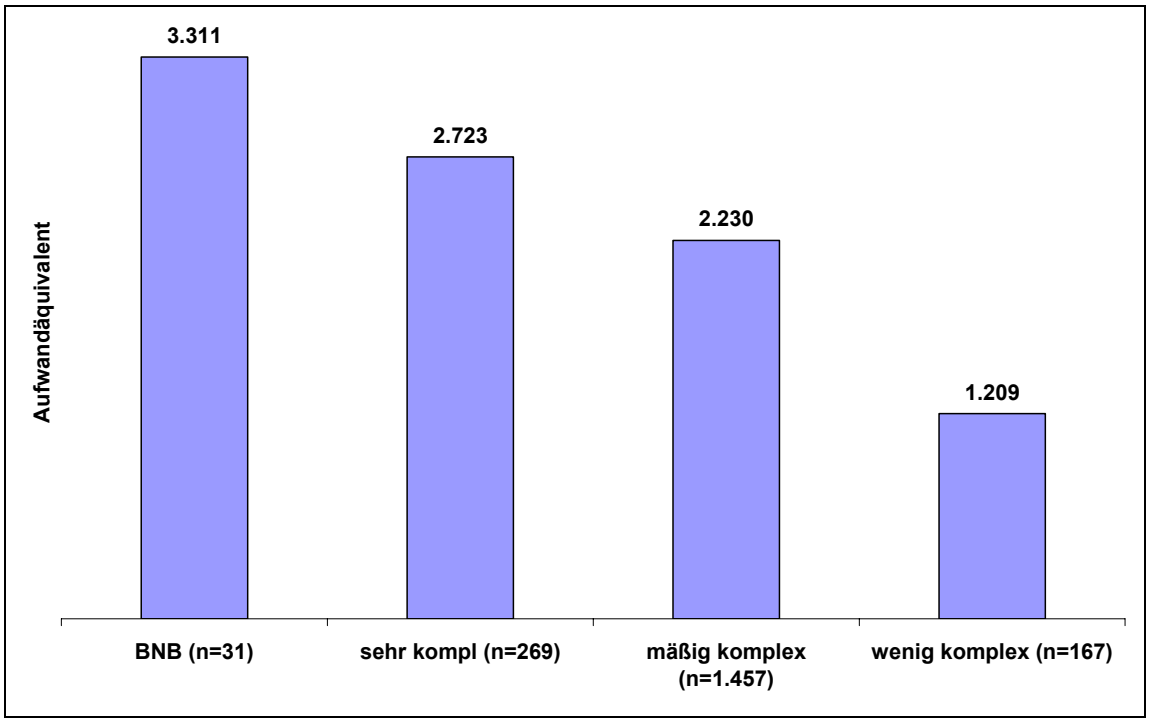

Abbildung 5-2 Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall in Abhängigkeit rhinochirurgischer Eingriffe unterschiedlicher Komplexität bzw. rhinochirurgischer Eingriffe bei bösartiger Neubildung

5.2 Probleme der Leistungsabbildung

Bei der Fallzuordnung der prospektiven Stichprobe fällt auf, dass die fünf G-DRGs mit der höchsten Fallzahl 55,6% aller Fälle der Stichprobe auf sich vereinen (Abbildung 5-3, Abschnitt 3.2.5.1). Hiervon gehören die G-DRGs D30Z, D06Z und D10Z zur chirurgischen Partition der MDC 03. Die Ursachen für diese wenig differenzierte Zuordnung basieren nur zu einem geringen Anteil auf der grobgliedrigen G-DRG-Struktur. Die wesentliche Ursache liegt im Klassifikationssystem für Prozeduren (OPS-Katalog) begründet. Die dort für oto- und rhinochirurgische Eingriffe sowie für Operationen an den Nasennebenhöhlen aufgeführten Kodes lassen nur in den wenigsten Fällen eine Differenzierung des Ressourcenverbrauches des jeweiligen Eingriffs zu. Wenn eine Differenzierung des Ressourcenverbrauches nicht bereits auf der Ebene der Klassifikationssysteme erfolgt, kann eine nachträgliche Trennung aufwändiger und weniger aufwändiger Fallkonstellationen auf G-DRG-Ebene nur schwer nachgeholt werden.

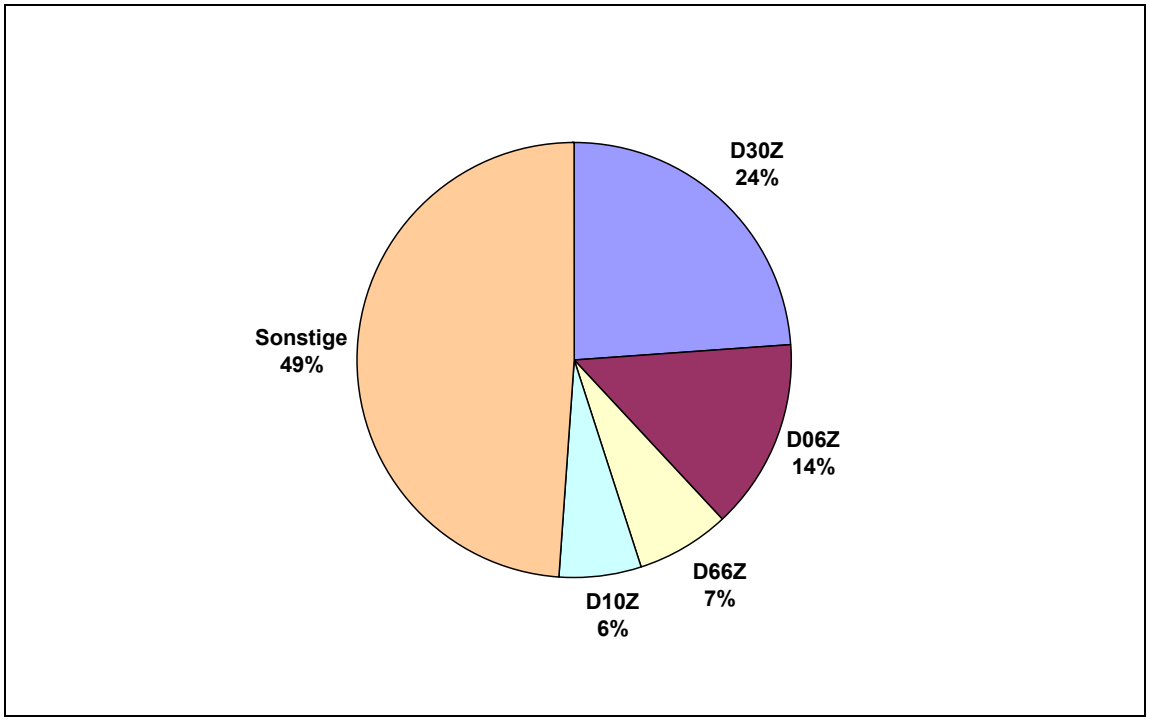

Abbildung 5-3 Hauptabteilungen: %-Anteile der Top-4 G-DRGs der prospektiven Stichprobe

Abbildung 5-4 zeigt die mittleren Gesamtaufwendungen von Patienten, die eine Tympanoplastik Typ III erhielten. Der OPS-Katalog erlaubt eine Reihe von Differenzierungen der Tympanoplastik auf OPS-Kode-Ebene. Obwohl bei den OPS-Kodes 5-195.2 und 5-195.30 zusätzliche Eingriffe zur Tympanoplastik Typ III vorgesehen sind (Mastoidektomie bzw. mit

© DRG-Research-Group 2005

Attikotomie oder Attikoantrotomie mit Höhlenverkleinerung) unterscheiden sich die mittleren Gesamtaufwendungen je Fall nur marginal. Ähnliches gilt für verschiedene Septorhinoplastiken als Beispiele für rhinochirurgische Eingriffe (Abbildung 5-5). Unabhängig von der Verwendung lokaler oder distaler Transplantate sowie lokaler oder distaler Lappen sind kaum Unterschiede der mittleren Gesamtaufwendungen je Fall auffällig.

Dies führt zu der Notwendigkeit, parallel zu einer Neustrukturierung der für die HNO-Heilkunde relevanten G-DRGs auch eine umfassende Neustrukturierung der OPS-Kodes für oto- und rhinochirurgische Eingriffe sowie für Operationen an den Nasennebenhöhlen vorzunehmen.Diese Neustrukturierung des Klassifikationssystems für Prozeduren stellt eine wesentliche Voraussetzung einer sach- und leistungsgerechten Fallallokation im G-DRG-System dar.

Der Wortlaut der Vorschläge zur Neustrukturierung der OPS-Kodes für Eingriffe am Ohr und Ohrschädel, der inneren und äußeren Nase sowie der Nasennebenhöhlen findet sich in Kapitel 7.

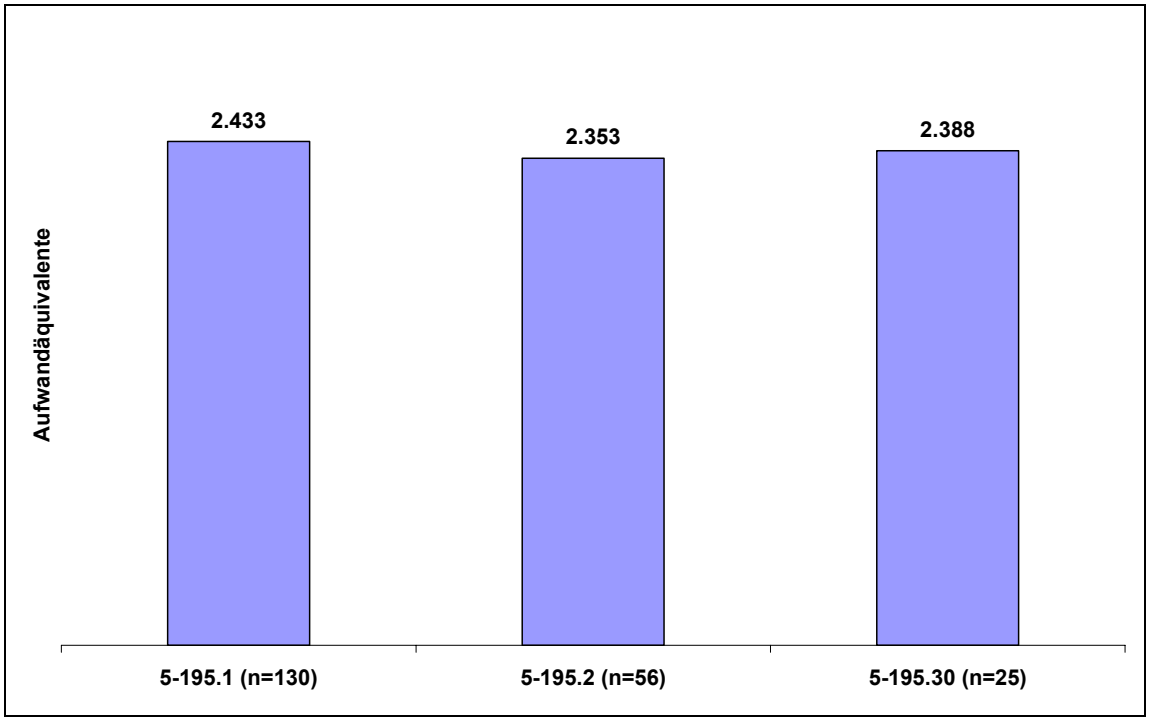

Abbildung 5-4 *Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall ausgewählter otochirurgischer Eingriffe: Tympanoplastik, 5-195.1 Tympanoplastik Typ III, 5-195.2 Tympanoplastik Typ III mit Antrotomie oder Mastoidektomie, 5-195.30 Tympanoplastik Typ III mit Attikotomie oder Attikoantrotomie mit Höhlenverkleinerung*

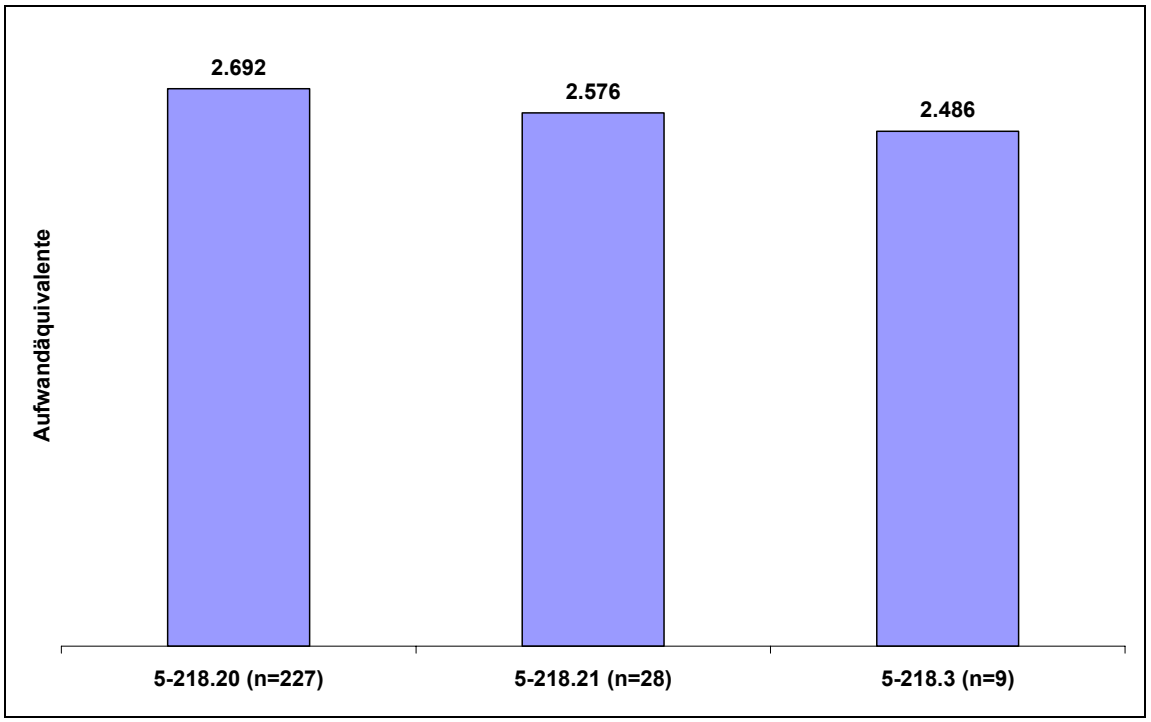

Abbildung 5-5 *Hauptabteilungen: mittlere Gesamtaufwendungen je Fall ausgewählter rhinochirurgischer Eingriffe: Septorhinoplastik (SRP), 5-218.20 SRP mit Korrektur des Knorpels und des Knochens mit lokalen Transplantaten, 5-218.21 SRP mit Korrektur des Knorpels und des Knochens mit distalen Transplantaten, 5-218.3 SRP mit lokalen oder distalen Lappen*

© DRG-Research-Group 2005

5.3 Endoskopien

Die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Speiseröhre erfordern sehr häufig die Durchführung endoskopischer Eingriffe mit starren Instrumenten. Der Einsatz starrer Instrumente macht die Durchführung der Endoskopie in Allgemeinanästhesie notwendig. Die Fallzuordnung von Patienten, die starre Endoskopien erhalten haben, erfolgt im G-DRG-System in Abhängigkeit von der Durchführung eines signifikanten operativen Eingriffs während der Endoskopie. Die reine diagnostische starre Endoskopie gilt im G-DRG-System nicht als gruppierungsrelevante Prozedur zur Eingruppierung in G-DRGs der chirurgischen Partition. Aus diesem Grund werden Patienten mit starren diagnostischen Endoskopien ohne signifikante operative Eingriffe in Abhängigkeit der jeweiligen Hauptdiagnose einer Vielzahl von G-DRGs der medizinischen Partition der MDC 03 zugeordnet.

Im Rahmen des Projektes wurden jedoch auch reine diagnostische starre Endoskopien als Operationen dokumentiert. Aus der Sicht der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde stellt nicht eine signifikante Prozedur während im Rahmen einer starren Endoskopie die determinierende Variable zur Zuordnung als „operativer Eingriff „ dar, sondern die Durchführung einer starren Endoskopie selbst ist bereits als operativer Eingriff zu bewerten. In der Projektstichprobe führt die Eingruppierung von Patienten mit starren diagnostischen Endoskopien in G-DRGs der medizinischen Partition daher regelmäßig zur relevanten Anteilen der Aufwandart OP und PostOP am Gesamtaufwand der G-DRG (z. B. D66Z (Abschnitt 4.3), D60B (Abschnitt 4.7), D63Z (Abschnitt 4.9), D62Z (Abschnitt 4.11) und D60A (Abschnitt 4.16)).

Die meisten Fälle mit starren diagnostischen Endoskopien sind durch kurze Verweildauern gekennzeichnet. Innerhalb der Fallgruppen der medizinischen Partition können diese Patienten daher zu erheblichen Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsinhomogenitäten führen. Besonders auffällig zeigen sich diese Inhomogenitäten bei Patienten mit bösartigen Neubildungen (Abbildung 4-24). Die G-DRGs D60A und D60B (Abschnitt 4.7) fassen Patienten mit einer im Sinne des G-DRG-Systems nicht-operativen Therapie bösartiger Neubildungen im HNO-Bereich zusammen. Hierzu gehört z. B. die Durchführung einer intravenösen Chemotherapie aber auch die Durchführung starrer diagnostischer Endoskopien. Dies führt zu einer Vermischung tendenziell ressourcenaufwändigerer Fälle mit längerer Verweildauer (Chemotherapie i.v.) und eher weniger aufwändigeren Fällen mit einer Verweildauer zwischen einem und drei Tagen (starre diagnostische Endoskopien). Insgesamt reduziert sich hierdurch der mittlere Gesamtaufwand aller Fälle der Basis-DRG D60, welches letztlich zu einer tendenziellen Unterfinanzierung der Fälle mit i.v.Chemotherapie und einer Überfinanzierung der Fälle mit solitären starren diagnostischen Endoskopien führt.

Im Sinne einer Erhöhung der Abbildungsqualität wäre daher eine Zusammenfassung von Patienten mit endoskopischen Eingriffen unterschiedlicher Komplexität anzustreben, wobei auch rein diagnostische starre Endoskopien ohne weitere Eingriffe einbezogen werden sollten. Dies setzt jedoch die Zuordnung auch der rein diagnostischen Eingriffe als gruppierungsrelevante OPS-Kodes für G-DRGs der chirurgischen Partition der MDC 03 voraus. Ein entsprechender Anpassungsvorschlag zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde erstellt und ist im Abschnitt 6.8 zu finden.

© DRG-Research-Group 2005

6 Vorschläge zur Anpassung des G-DRG-Systems

6.1 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D12Z im G-DRG-System 2006

6.1.1 Problembeschreibung

Die G-DRG D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ist eine große Sammel-DRG für viele verschiedene operative Eingriffe im HNO-Bereich.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 439 Fälle, welche in die G-DRG D12Z eingruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben nun gezeigt, dass der PCCL (>2) der Patienten bei einer sachgerechten G-DRG-Abbildung berücksichtigt werden sollte.

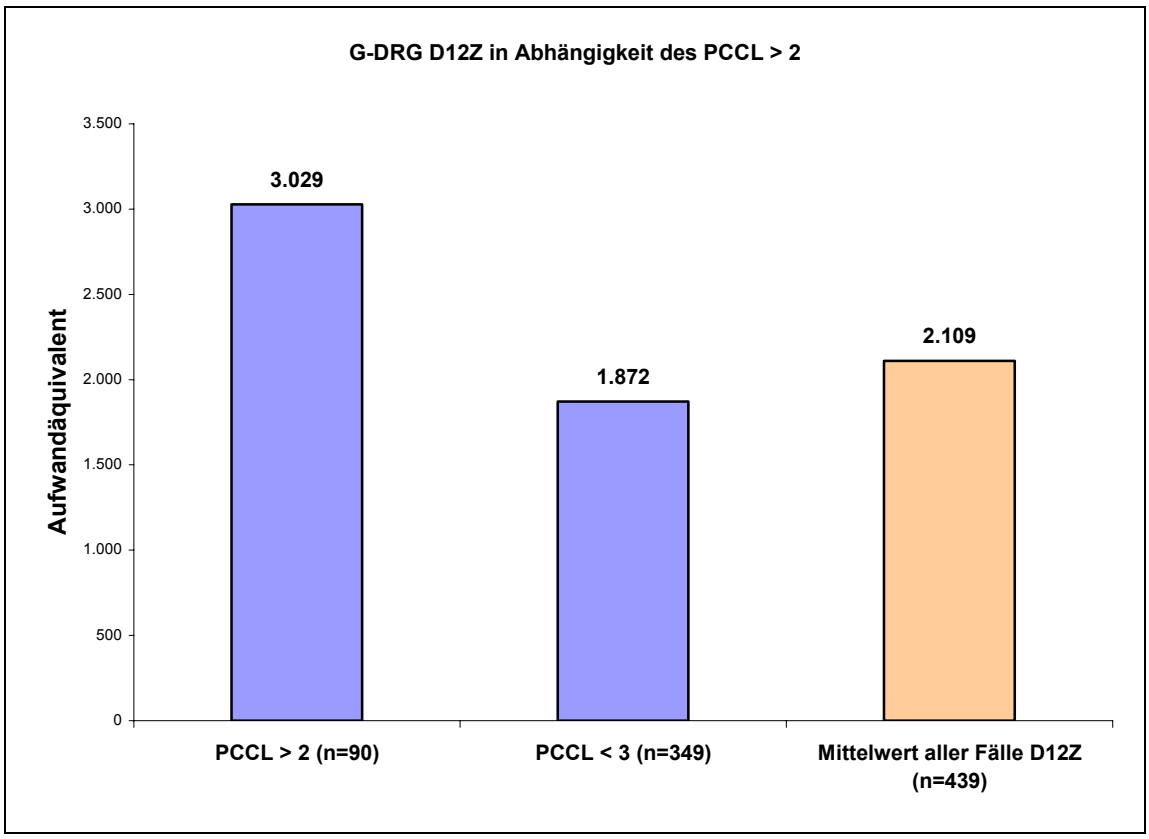

Abbildung 6-1 Mittlere Gesamtaufwände je Fall der G-DRG D12Z in Abhängigkeit eines PCCL>2

6.1.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen, welche in die G-DRG D12Z eingruppiert werden, durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL > 2 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D12Z deutlich zu verbessern.

Es sollten die folgenden Fallgruppen gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit schwerem CC
D50Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne schweren CC

D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit schwerem CC

Prozedur in TAB-D12-1 und PCCL > 2

D50Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne schweren CC

Prozedur in TAB-D12-1

© DRG-Research-Group 2005

6.2 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung von Fällen mit konservativ behandeltem Nasenbluten (Epistaxis) im G-DRG-System 2006

6.2.1 Problembeschreibung

Im G-DRG-System 2005 werden Fälle mit Nasenbluten (Epistaxis), welche konservativ behandelt wurden, in der G-DRG D62Z Epistaxis zusammengefasst.

Die Ursachen von Epistaxis können vielfältig sein. Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten, die aufgrund von Nasenbluten in HNO-Kliniken stationär konservativ behandelt werden müssen, leidet an schwerwiegenden internistischen Grunderkrankungen, wie z. B. Thrombozytenfunktionsstörungen u. a. Gerinnungsstörungen oder wird aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen mit Antikoagulanzien behandelt. Diese Komorbiditäten gehen mit einem erheblich erhöhten Behandlungsaufwand und auch mit längeren Verweildauern einher. Das G-DRG-System 2005 gruppiert jedoch alle Fälle mit konservativ behandelter Epistaxis unabhängig von der Komorbidität des Falles in nur eine einzige G-DRG ein. Dies führt zu deutlichen Leistungs-, Verweildauer- und Aufwandinhomogenitäten innerhalb der G-DRG D62Z.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 406 Fälle mit konservativ behandelter Epistaxis, die in die G-DRG D62Z eingruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass der PCCL (>2) der Patienten bei einer sachgerechten G-DRG-Abbildung berücksichtigt werden sollte (Abbildung 6-2).

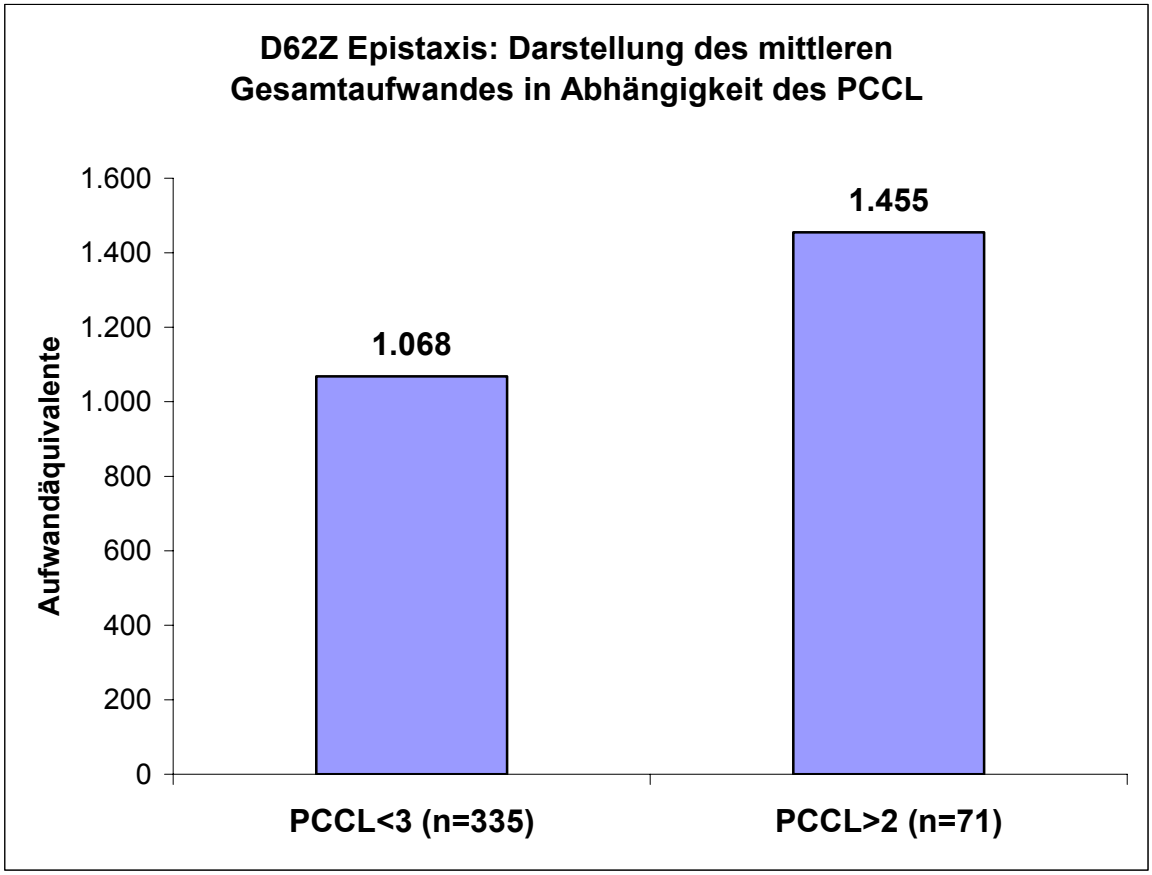

Abbildung 6-2 Fälle mit konservativ behandelter Epistaxis in Abhängigkeit des PCCL

6.2.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen mit konservativ behandelter Epistaxis durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL>2 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D62Z deutlich zu verbessern.

Es sollten die folgenden Fallgruppen gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D62Z	Epistaxis mit schwerem CC
D68Z	Epistaxis ohne schweren CC

G-DRG

D62Z	Epistaxis mit schweren CC

Hauptdiagnose in TAB-D62-1 und PCCL > 2

© DRG-Research-Group 2005

TAB-D62-1

R04.0	Epistaxis

D68Z	Epistaxis ohne schwere CC

Hauptdiagnose in TAB-D68-1

TAB-D68-1

R04.0	Epistaxis

6.3 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung von Fällen mit akutem Hörverlust (D66Z) im G-DRG-System 2006

6.3.1 Problembeschreibung

Die G-DRG D66Z Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals ist eine Sammel-DRG für eine Vielzahl von konservativ behandeten Erkrankungen im HNO-Bereich. In dieser G-DRG werden sowohl Fälle mit gutartigen Neubildungen im HNO-Bereich als auch Infekionserkrankungen, Erkrankungen der Speicheldrüsen, Schallempfindungsstörungen u. v. m. zusammengefasst.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 1.800 Fälle, welche in die G-DRG D66Z eingruppiert wurden und 639 Fälle, welche in die G-DRG D61Z Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) gruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass aufgrund der Heterogenität der gruppierungsrelevanten Erkrankungsbilder innerhalb der G-DRG D66Z erhebliche Aufwand-, Leistungs- und Verweildauerinhomogenitäten bestehen. Die Analysen identifizierten zwei Subgruppen innerhalb der G-DRG D66Z, deren Behandlung regelhaft einen mittleren Gesamtaufwand je Fall verursacht, welcher deutlich über dem mittleren Gesamtaufwand aller Fälle der G-DRG D66Z liegt. Zu der Subgruppe A gehören Fälle mit folgender Hauptdiagnose:

- H91.0 Ototoxischer Hörverlust
- H91.2 Idiopathischer Hörsturz
- H93.1 Tinnitus aurium

Zu der Subgruppe B gehören Fälle mit der Hauptdiagnose:

- H93.3 Krankheiten des N. vestibulochochlearis

Die ähnlichen Aufwände je Fall der Subgruppen A und B resultieren im Wesentlichen aufgrund ähnlicher Therapieoptionen und ähnlicher Verweildauern.

© DRG-Research-Group 2005

6.3.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen mit akuter Ertaubung bzw. akutem Hörverlust (Subgruppe A) sowie von Krankheiten des N. vestibulochochlearis (Subgruppe B) deutlich zu verbessern, indem Fälle mit den o. g. Hauptdiagnosen der bestehenden G-DRG D61Z Gleichgewichtsstörungen zugeordnet werden. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll die DRG-Bezeichnung der G-DRG D61Z in Gleichgewichtsstörungen und akute Ertaubung / akuter Hörverlust zu ändern.

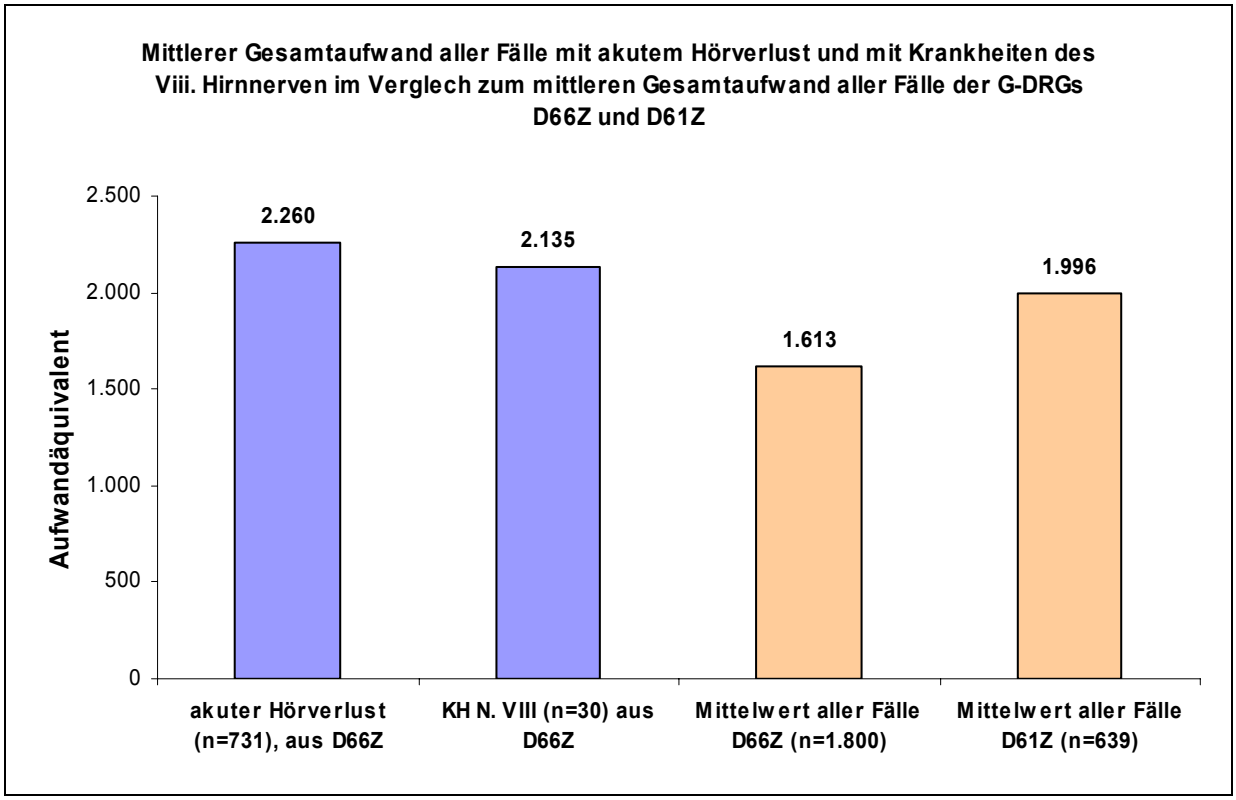

Abbildung 6-3 Mittlerer Gesamtaufwand aller Fälle mit akutem Hörverlust und mit Krankheiten des VIII. Hirnnerven (KH N. VIII) im Verglech zum mittleren Gesamtaufwand aller Fälle der G-DRGs D66Z und D61Z

<u>Wir empfehlen daher, die folgenden ICD-Kodes aus der TAB-D66-1 zu streichen und der TAB-D61-1 hinzuzufügen:</u>

- H91.0 Ototoxischer Hörverlust
- H91.2 Idiopathischer Hörsturz
- H93.1 Tinnitus aurium
- H93.3 Krankheiten des N. vestibulochochlearis

6.4 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung des G-DRG-Algorithmus innerhalb der MDC03 bezgl. der G-DRGs D12Z und D13Z

6.4.1 Problembeschreibung

Der G-DRG-Algorithmus der G-DRG Version 2005 berücksichtigt die G-DRG D13Z Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals vor der G-DRG D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals. Dies führt dazu, dass ein gruppierungsrelevanter Eingriff der G-DRG D12Z, bei welchem zusätzlich ein gruppierungsrelevanter Eingriff der G-DRG D13Z durchgeführt wird, in die G-DRG D13Z gruppiert wird (Beispiel s. Abbildung 6-4).

Dies ist nicht sachgerecht, da die gruppierungsrelevanten Eingriffe der G-DRG D12Z regelmäßig mit deutlich höheren operativen Aufwänden und längeren postoperativen Verweildauern einhergehen als die gruppierungsrelevanten Eingriffe der G-DRG D13Z. Die Bewertungsrelation der G-DRG D13 ist jedoch nur etwa halb so hoch wie die der G-DRG D12Z. Diese Struktur des G-DRG Algorithmus führt dazu, dass Fehlanreize geschaffen werden, die darauf hinauslaufen könnten, die zusätzliche gruppierungsrelevante Prozedur der G-DRG D13Z nicht zu kodieren und somit eine Eingruppierung in die G-DRG D12Z zu erreichen.

Die derzeitige Struktur des G-DRG-Algorithmus innerhalb der MDC03 führt somit auch zu Verzerrungen bei der Kalkulation der Aufwände der G-DRGs D12Z und D13Z.

© DRG-Research-Group 2005

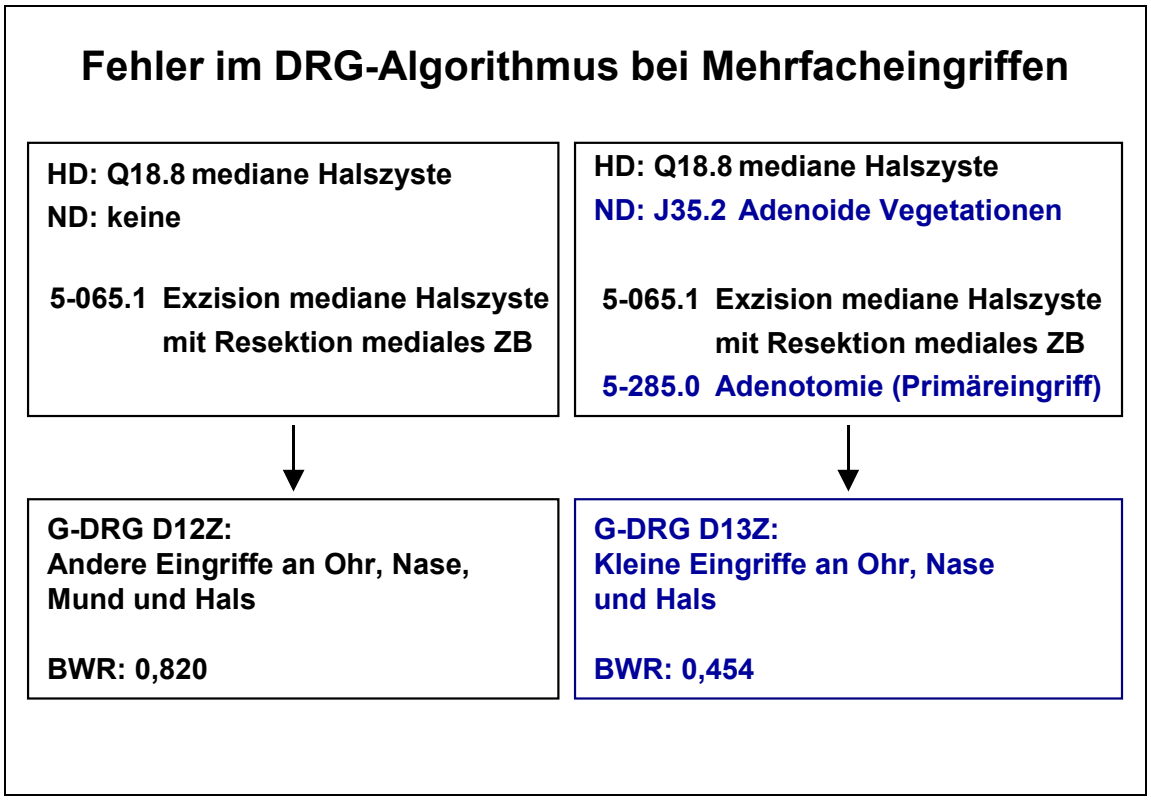

Abbildung 6-4 Fehler im G-DRG-Algorithmus bei der Verwendung von gruppierungsrelevanten Prozeduren der G-DRGs D12Z und D13Z

6.4.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, den G-DRG-Algorithmus in der Weise zu ändern, dass gruppierungsrelevante Prozeduren der G-DRG D13Z nicht vor gruppierungsrelevanten Prozeduren von G-DRGs mit deutlich höherem Gesamtaufwand je Fall berücksichtigt werden.

6.5 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D12Z im G-DRG-System 2006

6.5.1 Problembeschreibung

Die G-DRG D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ist eine große Sammel-DRG für viele verschiedene operative Eingriffe im HNO-Bereich.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 439 Fälle, welche in die G-DRG D12Z eingruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben nun gezeigt, dass der PCCL (>2) der Patienten bei einer sachgerechten G-DRG-Abbildung berücksichtigt werden sollte.

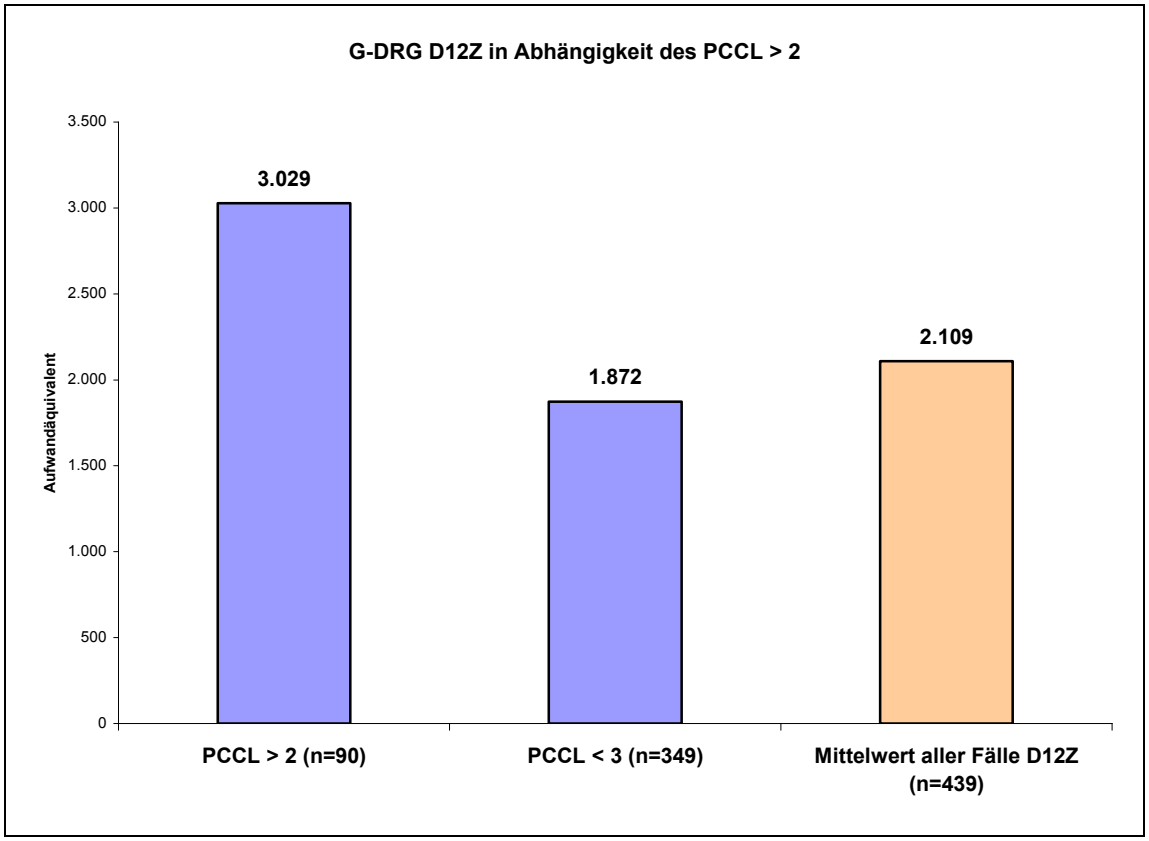

Abbildung 6-5 Mittlere Gesamtaufwände je Fall der G-DRG D12Z in Abhängigkeit eines PCCL>2

© DRG-Research-Group 2005

6.5.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen, welche in die G-DRG D12Z eingruppiert werden, durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL > 2 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D12Z deutlich zu verbessern.

Es sollten die folgenden Fallgruppen gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit schwerem CC
D50Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne schweren CC

D12Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit schwerem CC

Prozedur in TAB-D12-1 und PCCL > 2

D50Z	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne schweren CC

Prozedur in TAB-D12-1

6.6 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D24Z im G-DRG-System 2006

6.6.1 Problembeschreibung

Die G-DRG D24Z Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals wurde erstmals im G-DRG-System 2005 etabliert und stellt zusammen mit den ebenfalls neu geschaffenen G-DRGs für große Eingriffe an Kopf und Hals eine Verbesserung der Abbildungsqualität dieser Fälle dar.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 224 Fälle, welche in die G-DRG D24Z eingruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass der PCCL (>3) der Patienten bei einer sachgerechten G-DRG-Abbildung berücksichtigt werden sollte (s. Abbildung 6-6).

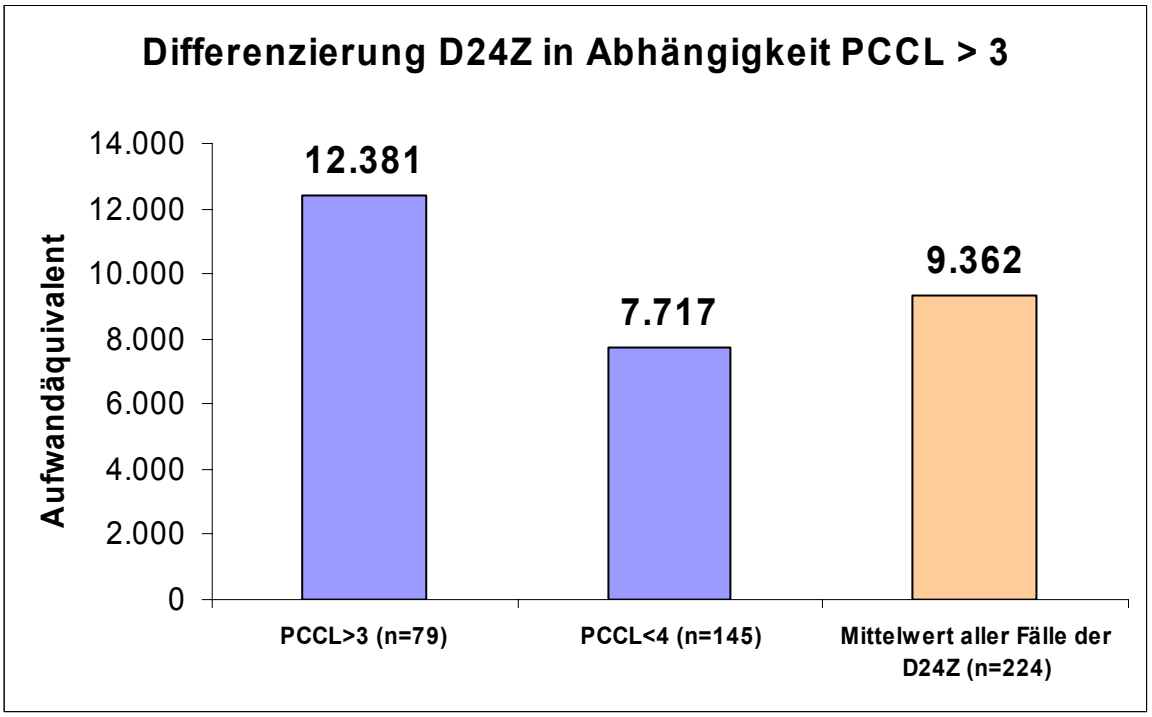

Abbildung 6-6 G-DRG D24Z in Abhängigkeit des PCCL >3

© DRG-Research-Group 2005

6.6.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen, welche in die G-DRG D24Z eingruppiert werden, durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL >3 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D24Z deutlich zu verbessern.

Es sollten die folgenden Fallgruppen gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D24Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC
D49Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schweren CC

D24Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC

Hauptdiagnose in TAB-D24-1 und **PCCL > 3**

D49Z	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schweren CC

Hauptdiagnose in TAB-D49-1

6.7 Anpassungsvorschlag zur Neustrukturierung der G-DRG D25Z im G-DRG-System 2006

6.7.1 Problembeschreibung

Die G-DRG D25Z Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung wurde erstmals im G-DRG-System 2005 etabliert und stellt zusammen mit weiteren ebenfalls neu geschaffenen G-DRGs für große Eingriffe an Kopf und Hals eine Verbesserung der Abbildungsqualität dieser Fälle dar.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 160 Fälle, welche in die G-DRG D25Z eingruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass der PCCL > 3 der Patienten bei einer sachgerechten G-DRG-Abbildung berücksichtigt werden sollte (s. Abbildung 6-7).

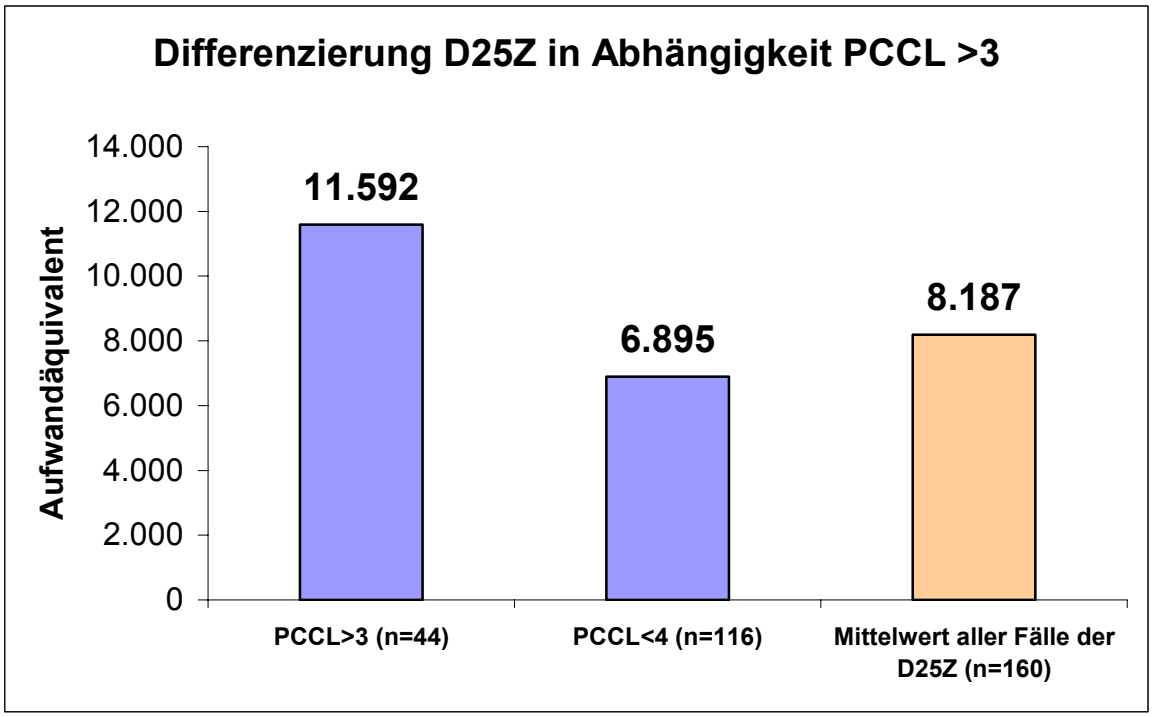

Abbildung 6-7 G-DRG D25Z in Abhängigkeit des PCCL >3

© DRG-Research-Group 2005

6.7.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen, welche in die G-DRG D25Z eingruppiert werden, durch die Einführung des Differenzierungskriteriums PCCL > 3 verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D25Z deutlich zu verbessern.

Es sollten die folgenden Fallgruppen gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D25Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D50Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schweren CC

D25Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC

Hauptdiagnose in TAB-D25-1 und PCCL >3

D50Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schweren CC

Hauptdiagnose in TAB-D50-1

6.8 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung diagnostischer Endoskopien und endoskopischer Eingriffe im G-DRG-System 2006

6.8.1 Problembeschreibung

Diagnostische und therapeutische Endoskopien der oberen Atem- und Speisewege gehören zu den häufigsten Prozeduren im HNO-Bereich. Einen besonderen Stellenwert besitzen die endoskopischen Verfahren unter Verwendung sogenannter „starrer Rohre“, die sowohl zur Inspektion von Hypopharynx, Kehlkopf, Trachea und Speiseröhre dienen, als auch einen eleganten Zugang für die Durchführung operativer Eingriffe unterschiedlichen Ausmaßes ermöglichen, aber aufgrund der Rigidität des Instrumentariums und der komplexen anatomischen Verhältnisse von Rachen, Kehlkopf und Luftröhre regelhaft in Allgemeinanästhesie durchgeführt werden.

Im G-DRG-System 2005 werden Patienten mit diagnostischen Endoskopien einerseits und endoskopischen Eingriffen andererseits in unterschiedlichen G-DRGs zusammengefasst, wobei die diagnostischen starren Endoskopien durchweg nicht gruppierungsrelevant sind.

Sofern lediglich direkte diagnostische Laryngoskopien (1-610.0) oder Pharyngoskopien (1-611.0) bzw. diagnostische Tracheobronchoskopien (1-620.1) und diagnostische Ösophagoskopien (1-630.1) mit starren Instrumenten und entsprechende Biopsien ohne Inzision durchgeführt werden, erfolgt eine Eingruppierung in DRGs der medizinischen Partition der Hauptdiagnosekategorie 03.

Sofern kleine endoskopische Eingriffe der folgenden OPS-Kode-Gruppen durchgeführt werden, erfolgt hingegen bereits eine Eingruppierung in die chirurgischen G-DRGs D30Z oder D09Z:

- 1-549 Biospie am Larynx durch Inzision
- **5-300 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx**
- 5-302 Andere partielle Laryngektomie
- 5-310 Larynxverengende Eingriffe
- 5-313 Inzision des Larynx und andere Inzisionen der Trachea
- 5-315 Rekonstruktion des Larynx
- 5-319 Andere Operationen an Larynx und Trachea

© DRG-Research-Group 2005

Die gegenwärtige Abgrenzung von „starren“ diagnostischen Endoskopien und kleineren endoskopischen Eingriffen entspricht nicht ihrem vergleichbaren medizinischen und ökonomischen Aufwand.

Zudem unterscheiden sich endoskopische Eingriffe im Bereich des Pharynx und Larynx grundsätzlich von diagnostischen Endoskopien und endoskopischen Eingriffen des oberen und unteren Verdauungstraktes:

- im HNO-Bereich werden Endoskopien regelhaft mit starren Instrumenten durchgeführt. Operative endoskopische Eingriffe werden durch diese starren Instrumente hindurch durchgeführt.
- die Verwendung starrer Instrumente setzt die Durchführung der Endoskopie unter Allgemeinanästhesie des Patienten voraus. Eine kurzfristige Sedierung des Patienten, wie beispielsweise zur Untersuchung der Verdauungswege mit flexiblen Instrumenten, führt nicht zu einer notwendigen Ausschaltung von Abwehrreflexen (z. B. Würgereflexen).
- Darüber hinaus erfordert die Gefahr einer starken Schwellung im Bereich des Pharynx und Larynx durch die starre Endoskopie, die Durchführung der Endoskopie in einem Operationssaal. Hier müssen ständig geeignete Maßnahmen zum Freihalten der Atemwege, notfalls durch Tracheotomie vorgehalten werden.
- Die starre Endoskopie von Luftröhre und Bronchien wird oft bei Komplikationen (Fremdkörper, Blutungen, Tumorstenosen) der Atemwege eingesetzt und stellt hohe Anforderungen an die personelle und apparative Ausstattung der erbringenden Einheit.

Demnach ist nicht der operative Eingriff im Rahmen einer Endoskopie im HNO-Bereich, z. B. Biopsien durch Inzision oder larynxverengende Eingriffe das entscheidende Kriterium zur Zuordnung dieses Falles zu einer DRG der chirurgischen Partition der MDC03, sondern die Durchführung der „starren“ Endoskopie selbst. Eine zusätzliche endoskopische Prozedur könnte dann die Zuordnung zu einer komplexeren Endoskopie-DRG auslösen.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt.

In diesem Zusammenhang wurden auch 2.141 Fälle mit diagnostischen Endoskopien bzw. operativen endoskopischen Eingriffen am Larynx, die in die G-DRGs D30Z, D09Z, D60A und

B, D66Z, D63Z, D62Z und D64A eingruppiert wurden, analysiert. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle wird derzeit in die G-DRG D30Z gruppiert (s. Abbildung 6-8).

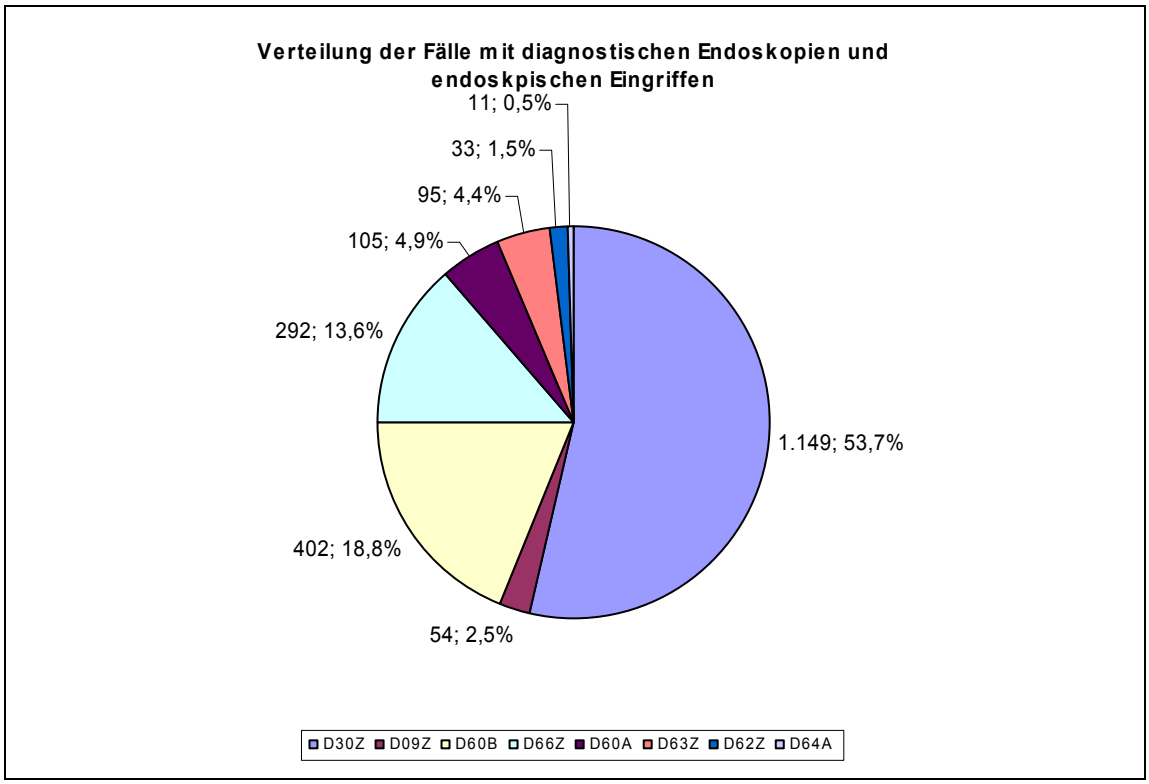

Abbildung 6-8 DRG-Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde: Verteilung der Fälle mit diagnostische Endoskopien und operativen endoskopischen Eingriffen (n=2.165)

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass:

- derzeit diagnostische Endoskopien in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose in mehr als sechs verschiedene DRGs der medizinischen Partition gruppiert werden. Diagnostische Endoskopien sind jedoch aufgrund ihrer Durchführung im Operationssaal und unter Allgemeinanästhesie in DRGs der medizinischen Partition nicht sachgerecht abgebildet.
- die derzeitige Eingruppierung endoskopischer Eingriffe in die G-DRGs D30Z und D09Z der chirurgischen Partition der unterschiedlichen Komplexität der Eingriffe nicht gerecht wird. So sind beispielsweise andere partielle Laryngektomien (5-302ff) oder Rekonstruktionen des Larynx (5-315) wesentlich komplexer als eine Biospie am Larynx durch Inzision (1-549ff). Dies betrifft sowohl den operativen Aufwand als auch die postoperative Verweildauer.

© DRG-Research-Group 2005

- sowohl die Verweildauer als auch der PCCL der Patienten bei einer sachgerechten G-DRG-Abbildung berücksichtigt werden sollten

6.8.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von diagnostischen Endoskopien und operativen endoskopischen Eingriffen durch die folgenden Maßnahmen deutlich zu verbessern:

- Berücksichtigung der „starren“ diagnostische Endoskopien als gruppierungsrelevante Eingriffe spezieller in der operativen Partition der MDC03
- Neustrukturierung der G-DRG-Zuordnung in Abhängigkeit der Komplexität des endoskopischen Eingriffs
- Berücksichtigung der Differenzierungskriterien Verweildauer und PCCL

Vorstellbar wäre die Definition von 4 Fallgruppen für diagnostische Endoskopien und operative endoskopische Eingriffe gemäß der u.a. Aufstellung:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D43Z	Komplexe endoskopische Eingriffe
D44Z	Diagnostische Endoskopien und andere endoskopische Eingriffe mit schwerem CC und mehr als ein Belegungstag
D45Z	Diagnostische Endoskopien und andere endoskopische Eingriffe ohne schweren CC und mehr als ein Belegungstag
D46Z	Diagnostische Endoskopien und andere endoskopische Eingriffe, ein Belegungstag

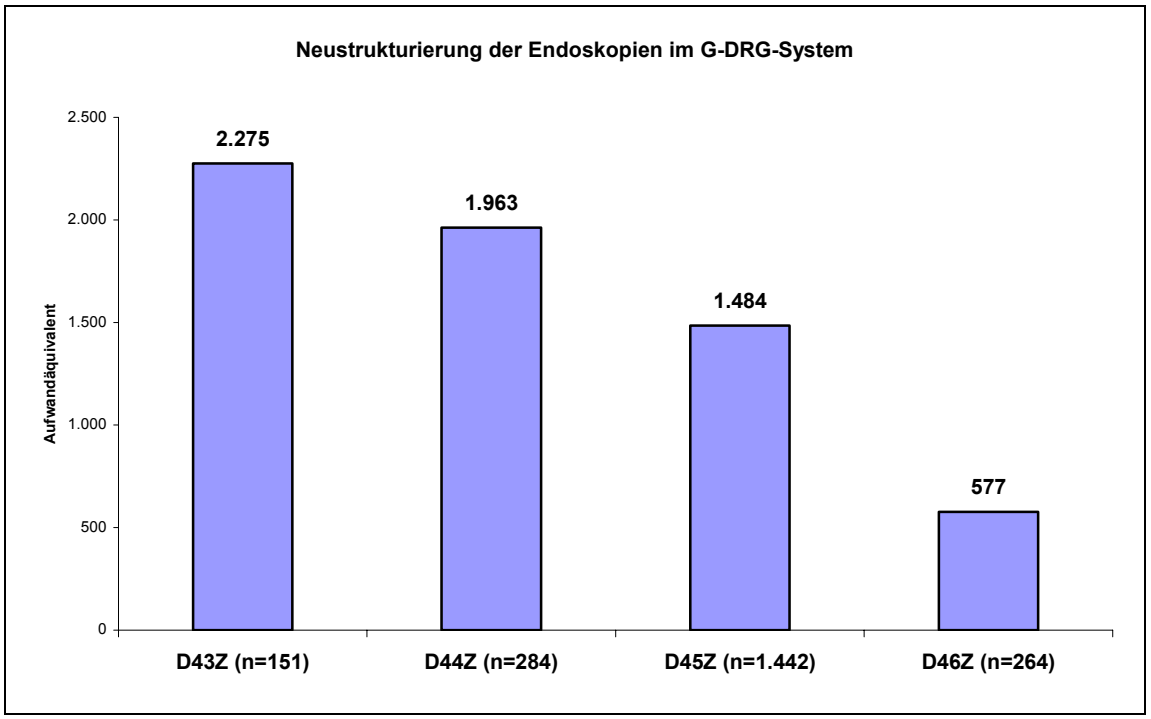

Abbildung 6-9 Neustrukturierung von diagnostischen Endoskopien und operativen endoskopischen Eingriffen in Abhängigkeit der Komplexität des Eingriffs, des PCCL und der Verweildauer.

D43Z	**Komplexe endoskopische Eingriffe**

Prozedur in TAB-D43-1

TAB-D43-1

5-302.0	Epiglottektomie, endolaryngeal
5-302.1	Chordektomie, endolaryngeal
5-302.5	Endoskopische Laserresektion
5-302.8	Arytenoidektomie, laryngoskopisch
5-302.9	Arytenoidektomie, mikrolaryngoskopisch
5-310.0	Injektion in die Stimmlippen (z.B. zur Verschmälerung der Stimmritze)
5-310.1	Injektion in die Taschenfalten
5-310.x	Sonstige
5-310.y	N.n.bez.
5-315.2	Erweiterungsplastik der Glottis (endolaryngeal)
5-319.0	Dilatation des Larynx
5-319.11	Dilatation der Trachea (endoskopisch) Ohne Einlegen einer Schiene (Stent)
5-319.2	Adhäsiolyse
5-319.3	Wechsel einer Prothese (Platzhalter) nach Larynxrekonstruktion
5-319.4	Entfernung einer Prothese (Platzhalter) nach Larynxrekonstruktion
5-319.7	Entfernung einer trachealen Schiene (Stent)

© DRG-Research-Group 2005

D44Z	Diagnostische Endoskopien und andere endoskopische Eingriffe mit schwerem CC und mehr als ein Belegungstag

Prozedur in TAB-D44-1

TAB-D44-1 und VWD > 1 und PCCL >2

TAB-D44-1

5-300.0	Exzision, endolaryngeal
5-300.1	Exzision, laryngoskopisch
5-300.2	Exzision, mikrolaryngoskopisch
5-300.3	Destruktion
5-300.5	Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
5-300.7	Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
5-300.x	Sonstige
5-300.y	N.n.bez.
5-313.0	Larynx, endolaryngeal
5-313.1	Larynx, laryngoskopisch
5-313.2	Larynx, mikrolaryngoskopisch
5-313.3	Trachea
5-313.x	Sonstige
5-313.y	N.n.bez.
1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt
1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie
1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt
1-620.1	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument
1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument

D45Z	Diagnostische Endoskopien und andere endoskopische Eingriffe ohne schweren CC und mehr als ein Belegungstag

Prozedur in TAB-D45-1

TAB-D45-1 und VWD > 1

TAB-D45-1

5-300.0	Exzision, endolaryngeal
5-300.1	Exzision, laryngoskopisch
5-300.2	Exzision, mikrolaryngoskopisch
5-300.3	Destruktion
5-300.5	Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
5-300.7	Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
5-300.x	Sonstige
5-300.y	N.n.bez.
5-313.0	Larynx, endolaryngeal
5-313.1	Larynx, laryngoskopisch
5-313.2	Larynx, mikrolaryngoskopisch
5-313.3	Trachea
5-313.x	Sonstige
5-313.y	N.n.bez.
1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt
1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie
1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt
1-620.1	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument
1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument

D46Z	Diagnostische Endoskopien und andere endoskopische Eingriffe, ein Belegungstag

Prozedur in TAB-D46-1

TAB-D46-1 und VWD = 1

TAB-D46-1

5-300.0	Exzision, endolaryngeal
5-300.1	Exzision, laryngoskopisch
5-300.2	Exzision, mikrolaryngoskopisch
5-300.3	Destruktion
5-300.5	Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
5-300.7	Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch
5-300.x	Sonstige
5-300.y	N.n.bez.
5-313.0	Larynx, endolaryngeal
5-313.1	Larynx, laryngoskopisch
5-313.2	Larynx, mikrolaryngoskopisch
5-313.3	Trachea
5-313.x	Sonstige
5-313.y	N.n.bez.
1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt
1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie
1-611.0	Diagnostische Pharyngoskopie: Direkt
1-620.1	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit starrem Instrument
1-630.1	Diagnostische Ösophagoskopie: Mit starrem Instrument

© DRG-Research-Group 2005

6.9 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung der Eingriffe an der Nase im G-DRG-System 2006

6.9.1 Problembeschreibung

Hinweis: Dieser Anpassungsvorschlag bezieht sich auf operative Eingriffe an der Nase, welche derzeit in die G-DRGs D09Z, D10Z, D13Z, D30Z und teilweise in die D12Z gruppiert werden. Eingriffe zur Reposition einer Nasenfraktur offen endonasal (5-216.1) und offen von außen (5-216.2), welche in die G-DRG D29Z eingruppiert werden sowie Eingriffe bei Verbrennungen der Nase (5-925.ff, 5-926.ff, 5-927.ff, 5-928.ff und 5-929.ff), welche derzeit in die G-DRG D12Z gruppiert werden, sind von diesem Anpassungsvorschlag ausgenommen.

Das G-DRG-System 2005 fasst Eingriffe an der Nase in fünf unterschiedlichen G-DRGs zusammen:

- D09Z Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schwerem CC
- D10Z Verschiedene Eingriffe an der Nase
- D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
- D13Z Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals
- D30Z Tonsillektomie ausser bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schweren CC

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt.

In diesem Zusammenhang wurden auch 1.924 Fälle mit Eingriffen an der Nase, die in die G-DRGs D09Z, D10Z, D12Z (ausser Verbrennungsfälle, s. Hinweis), D13Z und D30Z eingruppiert wurden, analysiert. Diese Fälle erhielten keine zusätzlichen operativen Eingriffe an den Nasennebenhöhlen.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle wird derzeit in die G-DRGs D10Z und D30Z gruppiert (s. Abbildung 6-10).

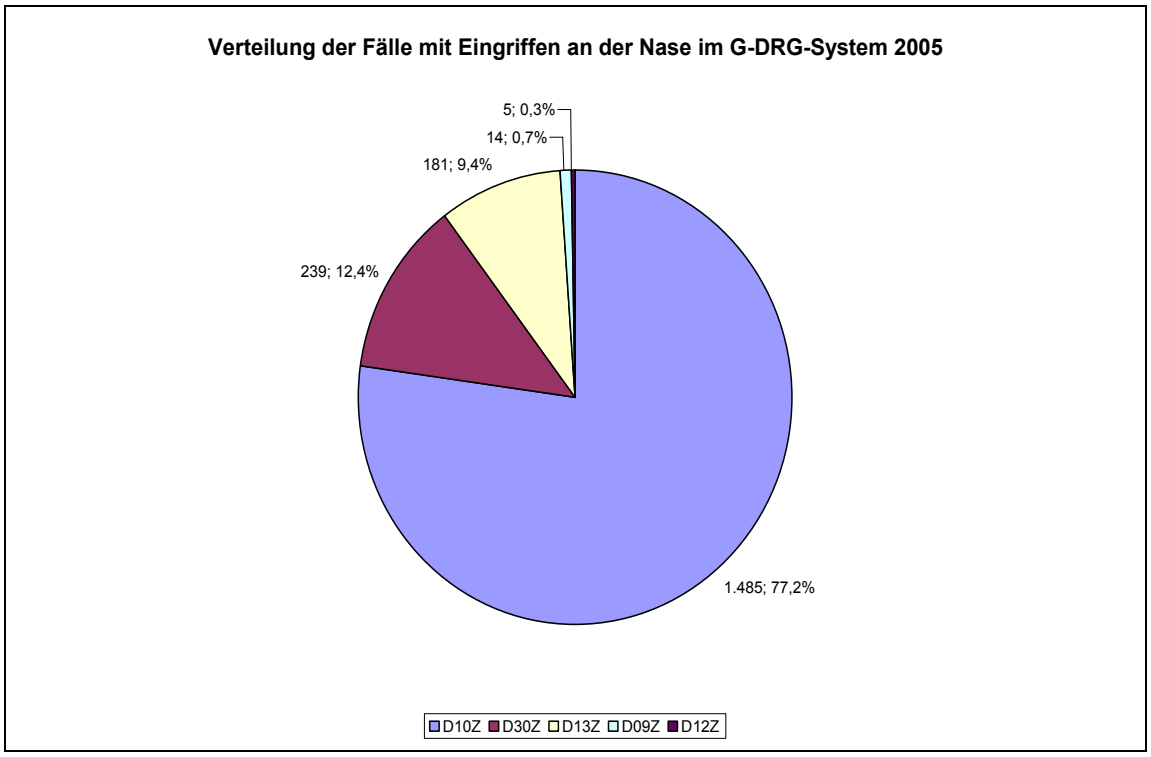

Abbildung 6-10 DRG-Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde: Verteilung der Fälle mit operativen . Eingriffen an der Nase nach Gruppierung im G-DRG-System 2005 (n=1.924)

Die Analysen des Projektes haben nun gezeigt, dass:

- der Ressourcenverbrauch bei der operativen Behandlung von **bösartigen Neubildungen** der Nase (und der Nasennebenhöhlen s. DRG-Anpassungsvorschlag NNH-Operationen) den mittleren Aufwand aller 1.924 Fälle mit operativen Eingriffen an der Nase erheblich übersteigt.
- Eine Zusammenfassung von Patienten mit Malignomen und solchen mit nicht-neoplastischen Grunderkrankungen führt daher zu erheblichen Verweildauer-, Leistungs- und Aufwandinhomogenitäten innerhalb der untersuchten Fallgruppen.
- Darüber hinaus konzentriert sich die Behandlung dieser sehr aufwändigen Fälle in spezialisierten Zentren. Diese Zentren sind demnach bei der Kalkulation nach der Ein-Haus-Methode gegenüber anderen Hauptabteilungen systematisch benachteiligt.
- die wesentliche Determinante sowohl des operativen als auch des Gesamtaufwandes bei Patienten mit Operationen an der Nase die Komplexität des Eingriffs darstellt.
- Die derzeitige G-DRG-Struktur bildet dieses Differenzierungskriterium jedoch nur unzureichend ab. Dies ist auch durch Mängel im Klassifikationssystem für Prozeduren (OPS-Katalog) bedingt, welches derzeit keine sachgerechte Differenzierung aufwändiger und weniger aufwändiger operativer Eingriffe an der Nase erlaubt.
- So ist derzeit beispielsweise bei Septorhinoplastiken eine Abbildung von Standardeingriffen, Revisionseingriffen und sehr kompexen offen chirurgischen Rekonstruktions-

 © DRG-Research-Group 2005

Operationen unter Anwendung von Knorpeltransplantaten nicht in der notwendigen Differenzierung möglich. OP-Zeiten und Verweildauern von Patienten mit offen-chirurgischen Rekonstruktions-OPs sind gegenüber den Standardverfahren deutlich verlängert.

- Es besteht eine deutliche Konzentration von Patienten mit sehr komplexen Eingriffen in spezialisierten Zentren.
- Die Zuordnung einzelner Eingriffe bzw. ganzer OPS-Gruppen zu den einzelnen Fallgruppen ist nicht sachgerecht, so dass erhebliche Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten resultieren.

6.9.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Patienten mit Eingriffen an der Nase durch eine Neustrukturierung der G-DRGs, einer veränderten Fallzuordnung und einer grundlegenden Überarbeitung der zur Verfügung stehenden OPS-Kodes deutlich zu verbessern.

Es wird vorgeschlagen, die folgenden Fallgruppen für operative Eingriffe an der Nase zu bilden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D36Z	Eingriffe bei bösartiger Neubildung der Nase oder der Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen ausser bei bösartiger Neubildung (s. auch Anpassungsvorschlag Nasennebenhöhlen)
D37Z	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase

Das InEK wird gebeten, weitere Analysen bezüglich einer zusätzlichen Differenzierung der neu strukturierten G-DRGs D36Z-D39Z in Abhängigkeit des PCCL der Patienten an einer größeren Stichprobe durchzuführen. Die Projektstichprobe des DRG-Evaluationsprojektes zeigte – allerdings bei sehr geringen Fallzahlen – eine weitere Homogenisierung der Fallgruppe durch separate Gruppierung von Patienten mit einem PCCL>3 für die neu zu schaffenden G-DRGs D37Z, D38Z, D39Z. Es wird empfohlen eine PCCL-Differenzierung der neu strukturierten G-DRGs an einer größeren Stichprobe zu überprüfen.

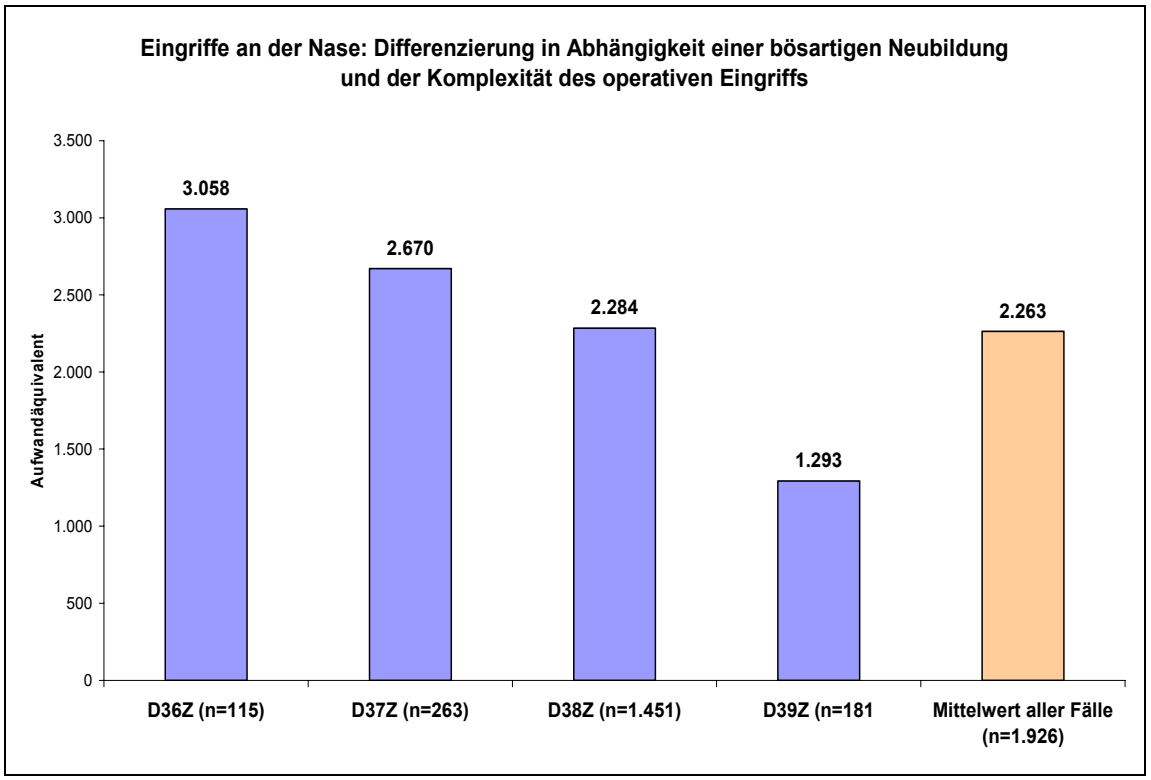

Abbildung 6-11 *Neustrukturierung der operativen Eingriffe an der Nase in Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung der Nase oder der Nasennebenhöhlen und der Komplexität des operativen Eingriffs an der Nase. Die Gruppe D36Z enthält 86 Fälle mit Eingriffen an den Nasennebenhöhlen (40 Fälle mit einer bösartigen Neubildung als Hauptdiagnose und 46 Fälle mit sehr komplexen Eingriffen an den NNH)*

Diese Neustrukturierung der Fälle mit operativen Eingriffen an der Nase ist auch die Basis für eine umfassende diesbezügliche Überarbeitung des OPS-Kataloges der Version 2005. Der OPS-Katalog 2005 weist bei der Abbildung von Eingriffen an der Nase erhebliche Schwächen auf. Aus diesem Grunde wurde parallel zu diesem Anpassungsvorschlag eine umfassende Überarbeitung der OPS-Kodes für Eingriffe an der Nase fristgerecht beim DIMDI beantragt. Nachfolgend wird eine OPS-Kode-Zuordnung zu diesem G-DRG-Anpassungsvorschlag sowohl für die OPS-Kodes der Version 2005 als auch für die neu beantragten OPS-Kodes zusammen mit einer Überleitungstabelle von OPS-Kodes der Version 2005 zu den neu beantragten OPS-Kodes aufgelistet.

In den folgenden Tabellen finden Sie z. T. in der letzten Spalte das Symbol „*“. Jeder OPS-Kode **ohne** dieses Symbol wurde aufgrund von Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsdaten der jeweiligen gruppierungsrelevanten Tabelle zugeordnet. Jeder OPS-Kode **mit** diesem Symbol wurde lediglich aufgrund medizinischer Kriterien der jeweiligen gruppierungsrelevanten Tabelle zugeordnet, da entsprechende Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsdaten für diesen OPS-Kode im Rahmen des DRG-Evaluationsprojektes HNO nicht vorlagen. Das InEK

 © DRG-Research-Group 2005

wird daher gebeten, OPS-Kodes mit diesem Symbol nach einer Aufwandkalkulation ggf. einer anderen gruppierungsrelevanten Tabelle zuzuordnen.

D36Z	Eingriffe bei bösartiger Neubildung der Nase oder der Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen ausser bei bösartiger Neubildung

Hauptdiagnose in TAB-D36-1 und Prozedur in TAB-D36-2 (oder Prozedur in TAB-D36-3)

TAB-D36-1

C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet

TAB-D36-2

5-212.0		Exzision an der äußeren Nase
5-212.1		Exzis äuß Nase, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-212.5		Destruktion an der äußeren Nase
5-212.6		Destruktion an der inneren Nase
5-213.x		Resektion der Nase: Sonstige
5-213.y		Resektion der Nase: N.n.bez.
5-212.3		Exzision an der inneren Nase durch laterale Rhinotomie
5-212.4		Exzision an der inneren Nase, mit Midfacedegloving
5-213.4		Resektion der Nase: Total [Ablatio nasi]
5-217.3		Plastische Rekonstruktion von mehreren Teilen der Nase
5-217.y		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: N.n.bez.
5-218.11		Septorhinopl Korr Knoch, distal Transpl
5-218.1x		Septorhinopl Korr Knoch, sonst Plast
5-218.20		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, lok Transpl
5-218.21		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, distal Transpl
5-218.3		Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen
5-218.x		Sonst plast Reko inn u äuß Nase [SeptRhinplast]
5-218.y		Plast Reko inn u äuß Nase [SeptRhinplast], nnb
5-212.2		Exzision an der inneren Nase, endonasal
5-213.0		Resektion der Nase: Partiell
5-213.1		Resekt Nase, part, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-213.2		Resektion der Nase: Subtotal
5-213.3		Resekt Nase, subtot, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-213.5		Resekt Nase, tot, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-214.2		Plast Reko Nasensept Resekt
5-217.0		Plastische Rekonstruktion des Nasenstegs
5-217.1		Plastische Rekonstruktion des Nasenflügels

5-217.2		Plastische Rekonstruktion des Nasenrückens
5-217.x		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Sonstige
5-218.00		Septorhinopl Korr Knorp, lok Transpl
5-218.01		Septorhinopl Korr Knorp, distal Transpl
5-218.0x		Septorhinopl Korr Knorp, sonst Plast
5-218.10		Septorhinopl Korr Knoch, lok Transpl
5-218.2x		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, sonst Plast

TAB-D36-3

5-222.10		Ethmoidekt auß, oh Darst Schädelbas	
5-222.11		Ethmoidekt auß, Darst Schädelbas	
5-222.50	↔	Sphenoidekt auß, oh Darst Schädelbas	
5-222.51	↔	Sphenoidekt auß, Darst Schädelbas	
5-222.6	↔	Sphenoidektomie, transseptal	
5-222.70	↔	Sphenoidekt, transmaxethmoid, oh Darst Schädelbas	
5-222.71	↔	Sphenoidekt, transmaxethmoid, Darst Schädelbas	
5-223.0		Operationen an der Stirnhöhle: Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen)	
5-223.1		Operationen an der Stirnhöhle: Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)	
5-223.2		Operationen an der Stirnhöhle: Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)	
5-223.3		Operationen an der Stirnhöhle: Osteoplastische Operation	
5-223.4		Operationen an der Stirnhöhle: Reoperation von außen	
5-224.70		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Mit Teilentfernung der Lamina papyracea	
5-224.71		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Mit Schlitzung der Periorbita	
5-224.72		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Mit Entlastung eines Abszesses	
5-224.7x		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Sonstige	
5-225.4	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluß einer alveoloantralen Fistel	
5-225.5	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluß einer oroantralen Fistel	
5-225.x	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Sonstige	
5-225.y		Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: N.n.bez.	
5-229.1		Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision mit Versorgung der Schädelbasis	
5-229.2	↔	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision mit Versorgung der Orbita	

D37Z	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase

Prozedur in TAB-D37-1

© DRG-Research-Group 2005

TAB-D37-1

5-212.3		Exzision an der inneren Nase durch laterale Rhinotomie
5-212.4		Exzision an der inneren Nase, mit Midfacedegloving
5-213.4		Resektion der Nase: Total [Ablatio nasi]
5-217.3		Plastische Rekonstruktion von mehreren Teilen der Nase
5-217.y		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: N.n.bez.
5-218.11		Septorhinopl Korr Knoch, distal Transpl
5-218.1x		Septorhinopl Korr Knoch, sonst Plast
5-218.20		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, lok Transpl
5-218.21		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, distal Transpl
5-218.3		Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen
5-218.x		Sonst plast Reko inn u äuß Nase [SeptRhinplast]
5-218.y		Plast Reko inn u äuß Nase [SeptRhinplast], nnb

D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase

Prozedur in TAB-D38-1

TAB-D38-1

5-210.5		Dermatopl Vestib nasi Beh Nasenblutg	
5-211.11		Drain Hämat so Teil Nase, Einnäh SeptStützfol	
5-211.20		Drainage NasenseptAbsz, oh Einnäh SeptStützfol	
5-211.21		Drainage NasenseptAbsz, Einnäh SeptStützfol	
5-211.41		Durchtren Synech Nase, Einnäh SeptStützfol	
5-212.2		Exzision an der inneren Nase, endonasal	
5-213.0		Resektion der Nase: Partiell	
5-213.1		Resekt Nase, part, histogr kontroll (mikrograph Chir)	
5-213.2		Resektion der Nase: Subtotal	*
5-213.3		Resekt Nase, subtot, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-213.5		Resekt Nase, tot, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-214.0		Submuköse Resektion des Nasenseptums	
5-214.1		Plast Reko Nasensept oh Resekt	
5-214.2		Plast Reko Nasensept Resekt	
5-214.3		Nasenseptumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)	
5-214.4		Dermatoplastik (z.B. bei Nasenseptumperforation)	
5-214.x		Sonst submuk Resekt u plast Reko Nasensept	
5-214.y		Submuk Resekt u plast Reko Nasensept, nnb	
5-215.3	↔	OP unt Nasenmuschel [Concha nasalis]: submuk Resektion	
5-217.0		Plastische Rekonstruktion des Nasenstegs	
5-217.1		Plastische Rekonstruktion des Nasenflügels	
5-217.2		Plastische Rekonstruktion des Nasenrückens	
5-217.x		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Sonstige	
5-218.00		Septorhinopl Korr Knorp, lok Transpl	
5-218.01		Septorhinopl Korr Knorp, distal Transpl	
5-218.0x		Septorhinopl Korr Knorp, sonst Plast	
5-218.10		Septorhinopl Korr Knoch, lok Transpl	
5-218.2x		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, sonst Plast	
5-219.0		Exstirpation einer Nasenfistel	
5-219.1		Resektion einer Choanalatresie, transpalatinal	*
5-219.2		Resektion einer Choanalatresie, transnasal	*

D39Z	Andere Eingriffe an der Nase

Prozedur in TAB-D39-1

TAB-D39-1

1-548		Biopsie am Nasopharynx durch Inzision	
5-211.0		Inzision der Nase: Drainage eines Septumhämatoms	
5-211.10		Drain Hämat so Teil Nase, oh Einnäh SeptStützfol	*
5-211.3		Drainage eines Abszesses sonstiger Teile der Nase	
5-211.40		Durchtren Synech Nase, oh Einnäh SeptStützfol	
5-211.x		Inzision der Nase: Sonstige	*
5-211.y		Inzision der Nase: N.n.bez.	
5-212.0		Exzision an der äußeren Nase	
5-212.1		Exzis äuß Nase, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-212.5		Destruktion an der äußeren Nase	
5-212.6		Destruktion an der inneren Nase	
5-212.x		Sonst Exzis u Destr erkr Gew Nase	*
5-212.y		Exzis u Destr erkr Gew Nase, nnb	*
5-213.x		Resektion der Nase: Sonstige	*
5-213.y		Resektion der Nase: N.n.bez.	*
5-215.00	↔	Destr unt Nasenmusch [Concha nasalis], Diatherm	
5-215.01	↔	Destr unt Nasenmusch [Concha nasalis], Kryokoag	
5-215.02	↔	Destr unt Nasenmusch [Concha nasalis], Laserkoag	
5-215.0x	↔	Sonst Destr unt Nasenmusch [Concha nasalis]	
5-215.1	↔	OP unt Nasenmuschel: Konchotom u Abtrag hint Enden	
5-215.2	↔	OP unt Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotom	
5-215.4	↔	Lateralisation unt Nasenmusch [Concha nasalis]	
5-215.5	↔	Med unt Nasenmusch [Concha nasalis]	*
5-215.x	↔	Sonst OP unt Nasenmusch [Concha nasalis]	
5-215.y		OP unt Nasenmusch [Concha nasalis], nnb	*
5-216.0		Reposition einer Nasenfraktur: Geschlossen	
5-216.X		Reposition einer Nasenfraktur: Sonstige	
5-216.Y		Reposition einer Nasenfraktur: N.n.bez.	
5-219.x		Andere Operationen an der Nase: Sonstige	
5-219.y		Andere Operationen an der Nase: N.n.bez.	*

Vorschlag zur Neustrukturierung/Überarbeitung der OPS-Kodes für Eingriffe am Nasenseptum und für Septorhinoplastiken

Der Vorschlag wird fristgerecht separat dem DIMDI zugeleitet

Kapitel 5-214 “Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums“

© DRG-Research-Group 2005

OPS-Überarbeitung		OPS-Kodes 2005	
		5-214.0	Submuköse Resektion
5-214.1	Plastische Korrektur ohne Resekti- on	5-214.1	Plastische Rekonstruktion ohne Resektion
5-214.2	Plastische Korrektur mit Resektion	5-214.2	Plastische Rekonstruktion mit Resektion
		5-214.3	Septumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)
		5-214.4	Dermatoplastik (z.B. bei Septumperforation), exkl. Dermatoplastik am Vestibulum nasi (5-210.5)
5-214.5 .50 .51 .52	Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums Mit lokalen Transplantaten (Austauschplastik) Mit distalen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel) Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten		
		5-214.x	Sonstige
		5-214.y	N.n.bez.

Bei Revisions-Eingriffen ist der Zusatzkode für Reoperationen zu kodieren (5-983)

Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)

Plastische Korrektur oder Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]

Exkl.: Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase bei Verbrennungen 5-92).

Hinw.: Die Kodes .0, .1 und .2 sind als 6-Steller zu kodieren:

OPS-Überarbeitung		OPS-Kodes 2005	
5-218.0-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels Inkl.: Nasenspitzenplastik, Naseneingangskorrektur, Nasenstegverlängerung, Nasenklappenkorrektur	5-218.0-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels Inkl.: Nasenspitzenplastik, Naseneingangskorrektur, Nasenstegverlängerung
.00	Mit lokalen Transplantaten	.00	Mit lokalen Transplantaten
.01	Mit distalen Transplantaten	.01	Mit distalen Transplantaten
.02	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	.0x	Sonstige
.0x	Sonstige		
5-218.1-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens	5-218.1-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens
.10	Mit lokalen Transplantaten	.10	Mit lokalen Transplantaten
.11	Mit distalen Transplantaten	.11	Mit distalen Transplantaten
.12	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	.1x	Sonstige
.1x	Sonstige		
5-218.2-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens Inkl.: Korrektur einer Schief- oder Spannungsnase	5-218.2-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens
.20	Mit lokalen Transplantaten	.20	Mit lokalen Transplantaten
.21	Mit distalen Transplantaten	.21	Mit distalen Transplantaten
.22	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	.2x	Sonstige
.2x	Sonstige		
		5-218.3	Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen Hinw.: Die verwendeten Transplantate sind gesondert zu kodieren
5-218.4-	Plastische **Rekonstruktion** der inneren und äußeren Nase Inkl.: Aufbau einer komplexen Sattelnse, Revisions-Septorhinoplastiken mit komplexer Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase		
.20	Mit lokalen Transplantaten		
.21	Mit distalen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)		
.22	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten		
.2x	Sonstige		
		5-218.x	Sonstige
		5-218.y	N.n.bez.

1. Bei Revisions-Eingriffen ist der Zusatzkode für Reoperationen zu kodieren (5-983)

2. Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)

© DRG-Research-Group 2005

6.10 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung der Eingriffe an Nasennebenhöhlen (NNH) im G-DRG-System 2006

Hinweis: Dieser Anpassungsvorschlag bezieht sich auf operative Eingriffe an Nasennebenhöhlen, welche derzeit in die G-DRG D06Z eingruppiert werden. Eingriffe an den NNH, die derzeit in den G-DRGs D18Z, D25Z und D26Z über die OPS-Kodes 5-224.5, 5-225.0, 5-225.1, 5-225.2, 5-225.3 abgebildet sind, sind von diesem Anpassungsvorschlag ausgenommen.

6.10.1 Problembeschreibung

Das G-DRG-System 2005 fasst Eingriffe an den Nasennebenhöhlen mit sehr wenigen Ausnahmen (s. Hinweis) in der G-DRG D06Z Eingriffe an NNH, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen zusammen.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt.

In diesem Zusammenhang wurden auch 2.324 Fälle mit Eingriffen an den Nasennebenhöhlen, die in die G-DRG D06Z eingruppiert wurden, analysiert. Bei 1.594 dieser Fälle wurden zusätzlich operative Eingriffe an der Nase im Sinne von submukösen Resektionen und plastischen Rekonstruktionen des Nasenseptums (OPS-Kodes 5-214.ff) und/oder Operationen an der unteren Nasenmuschel (OPS-Kodes 5-215.ff) durchgeführt.

Die Analysen des Projektes haben nun gezeigt, dass:

- der Ressourcenverbrauch bei der operativen Behandlung von bösartigen Neubildungen der Nasennebenhöhlen (und der Nase s. DRG-Anpassungsvorschlag Nasenoperationen) den mittleren Aufwand aller 2.319 Fälle mit operativen Eingriffen an den NNH erheblich übersteigt.

- Eine Zusammenfassung von Patienten mit Malignomen und solchen mit nicht-neoplastischen Grunderkrankungen in der gleichen G-DRG führt daher zu erheblichen Verweildauer-, Leistungs- und Aufwandsinhomogenitäten.
- Zudem konzentriert sich die Behandlung dieser sehr aufwändigen Fälle in spezialisierten Zentren. Diese Zentren sind demnach bei der Kalkulation nach der Ein-Haus-Methode gegenüber anderen Hauptabteilungen systematisch benachteiligt.
- erhebliche Aufwandinhomogenitäten durch die undifferenzierte Zusammenfassung von Fällen resultieren, welche mit deutlich unterschiedlich komplexen operativen Eingriffen an den NNH behandelt wurden. Die separate Eingruppierung von Fällen in Abhängigkeit von der Komplexität der durchgeführten operativen Eingriffe an den NNH führt zu einer deutlichen Homogenisierung dieser Fallgruppen.

6.10.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Eingriffen an den Nasennebenhöhlen, die derzeit in die G-DRG D06Z eingruppiert werden, durch eine Neustrukturierung in Abhängigkeit des Vorhandenseins einer bösartigen Neubildung, der Komplexität der durchgeführten operativen Eingriffe sowie einer grundlegenden Überarbeitung der zur Verfügung stehenden OPS-Kodes deutlich zu verbessern.

Es wird vorgeschlagen, die folgenden Fallgruppen für operative Eingriffe an den Nasennebenhöhlen zu bilden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D36Z	Eingriffe bei bösartiger Neubildung der Nase oder der Nasennebenhöhlen oder komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen ausser bei bösartiger Neubildung (s. auch Anpassungsvorschlag zu Eingriffen an der Nase)
D41Z	Mäßig komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D42Z	Andere Eingriffe an den Nasennebenhöhlen

Hinweis: Alle drei vorgeschlagenen G-DRGs sollen der operativen Partition der MDC 03 zugeordnet werden.

Das InEK wird gebeten, weitere Analysen bezüglich einer zusätzlichen Differenzierung der neu strukturierten G-DRGs D36Z, D41Z und D42Z in Abhängigkeit von zusätzlichen Eingriffen an der Nase im Sinne von submukösen Resektionen und plastischen Rekonstruktionen

© DRG-Research-Group 2005

des Nasenseptums (OPS-Kodes 5-214.ff) an einer größeren Stichprobe durchzuführen. Die Projektstichprobe des DRG-Evaluationsprojektes zeigte tendenziell höhere Gesamtaufwände je Fall bei einem zusätzlichen Eingriff an der Nase.

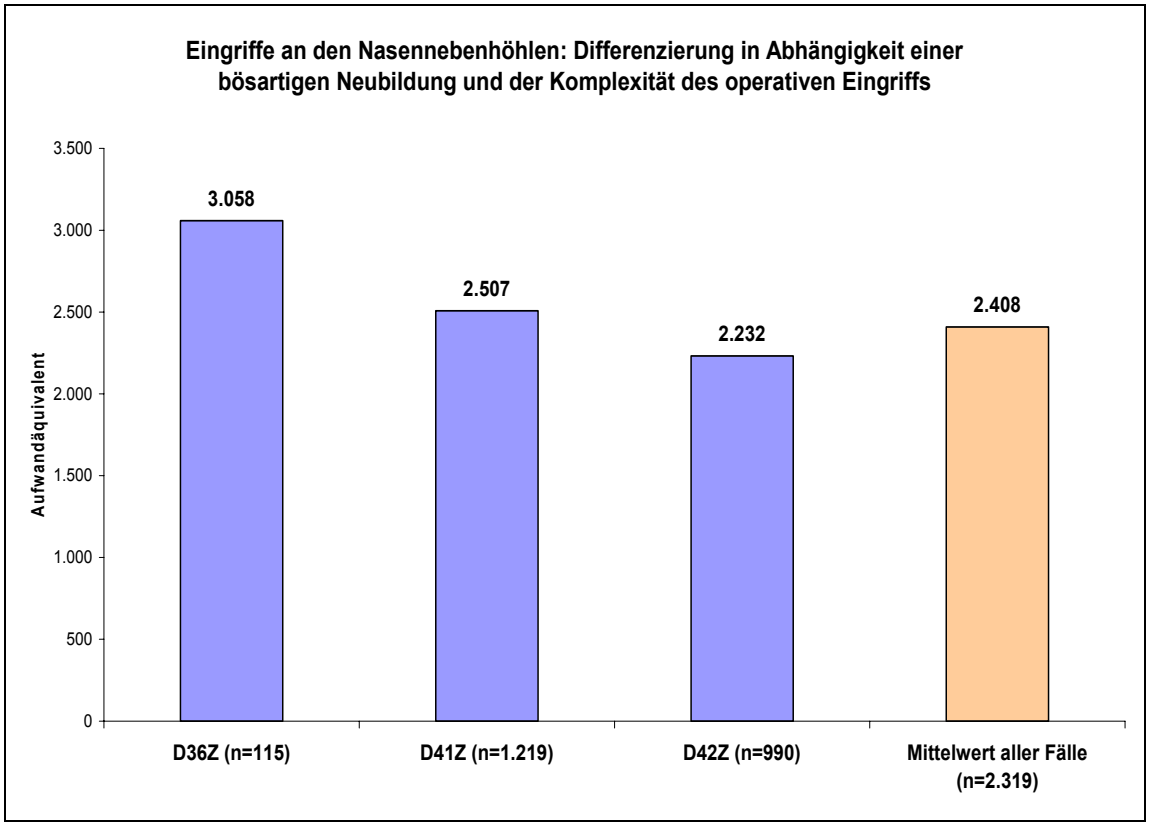

Abbildung 6-12 Neustrukturierung der operativen Eingriffe an den Nasennebenhöhlen in Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung der Nase oder der Nasennebenhöhlen und der Komplexität des operativen Eingriffs an den NNH. Die Gruppe D36Z enthält 29 Fälle mit Eingriffen an der Nase bei bösartiger Neubildung als Hauptdiagnose

Der OPS-Katalog 2005 weist bei der Abbildung von Eingriffen an den Nasennebenhöhlen erhebliche strukturelle Schwächen auf. Aus diesem Grunde wurde parallel zu diesem Anpassungsvorschlag eine umfassende Überarbeitung der OPS-Kodes für Eingriffe an den Nasennebenhöhlen fristgerecht beim DIMDI beantragt. Am Ende dieses Antrages wird daher eine Überleitungstabelle von OPS-Kodes 2005 und beantragten OPS-Kodes 2006 für die NNH-Chirurgie abgedruckt.

In den folgenden Tabellen finden Sie z. T. in der letzten Spalte das Symbol „*“. Jeder OPS-Kode **ohne** dieses Symbol wurde aufgrund von Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsdaten der jeweiligen gruppierungsrelevanten Tabelle zugeordnet. Jeder OPS-Kode **mit** diesem Symbol wurde lediglich aufgrund medizinischer Kriterien der jeweiligen gruppierungsrelevan-

ten Tabelle zugeordnet, da entsprechende Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsdaten für diesen OPS-Kode im Rahmen des DRG-Evaluationsprojektes HNO nicht vorlagen. Das InEK wird daher gebeten, OPS-Kodes mit diesem Symbol nach einer Aufwandkalkulation ggf. einer anderen gruppierungsrelevanten Tabelle zuzuordnen.

D36Z	Eingriffe bei bösartiger Neubildung der Nase oder den Nasennebenhöhlen oder sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen ausser bei bösartiger Neubildung

Hauptdiagnose in TAB-D36-1 und Prozedur in TAB-D36-2 (oder Prozedur in TAB-D36-3)

TAB-D36-1

C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet

TAB-D36-2

5-212.0		Exzision an der äußeren Nase
5-212.1		Exzis äuß Nase, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-212.5		Destruktion an der äußeren Nase
5-212.6		Destruktion an der inneren Nase
5-213.x		Resektion der Nase: Sonstige
5-213.y		Resektion der Nase: N.n.bez.
5-212.3		Exzision an der inneren Nase durch laterale Rhinotomie
5-212.4		Exzision an der inneren Nase, mit Midfacedegloving
5-213.4		Resektion der Nase: Total [Ablatio nasi]
5-217.3		Plastische Rekonstruktion von mehreren Teilen der Nase
5-217.y		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: N.n.bez.
5-218.11		Septorhinopl Korr Knoch, distal Transpl
5-218.1x		Septorhinopl Korr Knoch, sonst Plast
5-218.20		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, lok Transpl
5-218.21		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, distal Transpl
5-218.3		Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen
5-218.x		Sonst plast Reko inn u äuß Nase [SeptRhinplast]
5-218.y		Plast Reko inn u äuß Nase [SeptRhinplast], nnb
5-212.2		Exzision an der inneren Nase, endonasal
5-213.0		Resektion der Nase: Partiell
5-213.1		Resekt Nase, part, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-213.2		Resektion der Nase: Subtotal
5-213.3		Resekt Nase, subtot, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-213.5		Resekt Nase, tot, histogr kontroll (mikrograph Chir)
5-214.2		Plast Reko Nasensept Resekt

© DRG-Research-Group 2005

5-217.0		Plastische Rekonstruktion des Nasenstegs
5-217.1		Plastische Rekonstruktion des Nasenflügels
5-217.2		Plastische Rekonstruktion des Nasenrückens
5-217.x		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Sonstige
5-218.00		Septorhinopl Korr Knorp, lok Transpl
5-218.01		Septorhinopl Korr Knorp, distal Transpl
5-218.0x		Septorhinopl Korr Knorp, sonst Plast
5-218.10		Septorhinopl Korr Knoch, lok Transpl
5-218.2x		Septorhinopl Korr Knorp u Knoch, sonst Plast

TAB-D36-3

5-222.10		Ethmoidekt auß, oh Darst Schädelbas	
5-222.11		Ethmoidekt auß, Darst Schädelbas	
5-222.50	↔	Sphenoidekt auß, oh Darst Schädelbas	
5-222.51	↔	Sphenoidekt auß, Darst Schädelbas	
5-222.6	↔	Sphenoidektomie, transseptal	
5-222.70	↔	Sphenoidekt, transmaxethmoid, oh Darst Schädelbas	
5-222.71	↔	Sphenoidekt, transmaxethmoid, Darst Schädelbas	
5-223.0		Operationen an der Stirnhöhle: Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen)	
5-223.1		Operationen an der Stirnhöhle: Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)	
5-223.2		Operationen an der Stirnhöhle: Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)	
5-223.3		Operationen an der Stirnhöhle: Osteoplastische Operation	
5-223.4		Operationen an der Stirnhöhle: Reoperation von außen	
5-224.70		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Mit Teilentfernung der Lamina papyracea	
5-224.71		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Mit Schlitzung der Periorbita	
5-224.72		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Mit Entlastung eines Abszesses	
5-224.7x		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transnasal und von außen: Sonstige	
5-225.4	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluß einer alveoloantralen Fistel	
5-225.5	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluß einer oroantralen Fistel	
5-225.x	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Sonstige	
5-225.y		Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: N.n.bez.	
5-229.1		Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision mit Versorgung der Schädelbasis	*
5-229.2	↔	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision mit Versorgung der Orbita	*

D41Z	Mäßig komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen

Prozedur in TAB-D41-1 (oder Prozedur in TAB-D41-2 und TAB-D41-3)

TAB-D41-1

5-221.3	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral oder transnasal	
5-221.4	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Radikaloperation, transoral oder transnasal	
5-221+5-223		(Jede Kode-Kombination aus 5-221 und 5-223)	
5-224.0		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert transnasal und transantral (Luc-de Lima)	
5-224.1		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert transnasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)	
5-224.2		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal	
5-224.3		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidsphenoidektomie, transnasal	
5-224.4		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	
5-224.60		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, transnasal: Mit Teilentfernung der Lamina papyracea	
5-224.61		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, transnasal: Mit Schlitzung der Periorbita	
5-224.62		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, transnasal: Mit Entlastung eines Abszesses	
5-224.6x		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, transnasal: Sonstige	
5-224.x		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sonstige	
5-224.y		Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: N.n.bez.	
5-229.0	↔	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Revision	*
5-229.x	↔	Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: Sonstige	*
5-229.y		Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen: N.n.bez.	*

TAB-D41-2

5-221.0	↔	Fensterung über unteren Nasengang
5-221.1	↔	Fensterung über mittleren Nasengang
5-221.2	↔	Schleimhauterhaltende Operation, transoral oder transnasal
5-221.3	↔	Osteoplastische Operation, transoral oder transnasal
5-221.4	↔	Radikaloperation, transoral oder transnasal
5-221.5	↔	Reoperation, transoral oder transnasal
5-221.x	↔	Sonstige
5-221.y		N.n.bez.

TAB-D41-3

5-223.5		Operationen an der Stirnhöhle: Transnasal
5-223.x		Operationen an der Stirnhöhle: Sonstige
5-223.y		Operationen an der Stirnhöhle: N.n.bez.

D42Z	Andere Eingriffe an den Nasennebenhöhlen

Prozedur in TAB-D42-1

© DRG-Research-Group 2005

TAB-D42-1

5-220.0	↔	Nasennebenhöhlenpunktion: Scharfe Kieferhöhlenpunktion (über unteren Nasengang)	*
5-220.1	↔	Nasennebenhöhlenpunktion: Stumpfe Kieferhöhlenpunktion (über mittleren Nasengang)	*
5-220.2	↔	Nasennebenhöhlenpunktion: Kieferhöhlenpunktion über Fossa canina	*
5-220.3	↔	Nasennebenhöhlenpunktion: Stirnhöhlenpunktion nach Beck	*
5-220.4		Nasennebenhöhlenpunktion: Keilbeinhöhlenpunktion, transnasal	*
5-220.x	↔	Nasennebenhöhlenpunktion: Sonstige	*
5-220.y		Nasennebenhöhlenpunktion: N.n.bez.	*
5-221.0	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über unteren Nasengang	
5-221.1	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	
5-221.2	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Schleimhauterhaltende Operation, transoral oder transnasal	
5-221.5	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Reoperation, transoral oder transnasal	
5-221.x	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Sonstige	
5-221.y		Operationen an der Kieferhöhle: N.n.bez.	
5-221+5-222		(Jede Kode-Kombination aus 5-221 und 5-222)	
5-222.0		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	
5-222.20		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transnasal: Ohne Darstellung der Schädelbasis	
5-222.21		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transnasal: Mit Darstellung der Schädelbasis	
5-222.30		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transmaxillär: Ohne Darstellung der Schädelbasis	
5-222.31		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transmaxillär: Mit Darstellung der Schädelbasis	
5-222.4		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie	
5-222.x	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sonstige	
5-222.y		Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: N.n.bez.	
5-223.5		Operationen an der Stirnhöhle: Transnasal	
5-223.x		Operationen an der Stirnhöhle: Sonstige	
5-223.y		Operationen an der Stirnhöhle: N.n.bez.	
8-149.1	↔	Katheterisierung der Nasennebenhöhlen	*

Auf den folgenden Seiten finden Sie die Vorschläge zur Überarbeitung der Prozedurenklassifikation hinsichtlich der Eingriffe am Nasennebenhöhlensystem. Die Änderungsvorschläge beziehen sich einerseits auf den klinischen Sachverhalt hinsichtlich der Seitigigkeit operativer Eingriffe insbesondere an Keilbeinhöhle, Siebbein und Stirnhöhle als auch auf sinnvolle Ergänzungen zur Abbildung häufiger kombinationseingriffe an mehreren Nasennebenhöhlen durch einen Einzelkode (z.B. Vorschlag 5-224.6 zur sog. „endonasalen Pansinus-OP“).

5-22 Operationen an den Nasennebenhöhlen	
5-220 Nasennebenhöhlenpunktionen	
OPS-Überarbeitung	**OPS-Kodes 2005**
	5-220.0↔ Scharfe Kieferhöhlenpunktion (über unteren Nasengang), *inkl. Spülung und Drainage*
	5-220.1↔ Stumpfe Kieferhöhlenpunktion (über mittleren Nasengang) , *inkl. Spülung und Drainage*
	5-220.2↔ Kieferhöhlenpunktion über Fossa canina
	5-220.3↔ Stirnhöhlenpunktion nach Beck
5-220.4↔ Keilbeinhöhlenpunktion, endonasal	5-220.4 Keilbeinhöhlenpunktion, transnasal
	5-220.x↔ Sonstige
	5-220.y N.n.bez.

5-221 Operationen an der Kieferhöhle	***Hinw.: Inkl. Polypenentfernung, exkl. Fistelverschluss (5-225.4, 5-225.5), Transoral entspricht Zugang nach Caldwell-Luc.***
	5-221.0↔ Fensterung über unteren Nasengang
	5-221.1↔ Fensterung über mittleren Nasengang
streichen	5-221.2↔ Schleimhauterhaltende Operation, transoral oder transnasal
streichen	5-221.3↔ Osteoplastische Operation, transoral oder transnasal
streichen	5-221.4↔ Radikaloperation, transoral oder transnasal
streichen (Zusatzkode)	5-221.5↔ Reoperation, transoral oder transnasal
5-221.6↔ endonasale Kieferhöhlenoperation	
5-221.7↔ osteoplastische Kieferhöhlenoperation (transoral)	
5-221.8↔ Kieferhöhlenradikaloperation (Caldwell-Luc)	
	5-221.x↔ Sonstige
	5-221.y N.n.bez.

© DRG-Research-Group 2005

5-222 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle		***Inkl.: Polypenentfernung, Elektrokoagulation von Blutungen*** ***Excl.: Dakryozystorhinostomie (5-087), Ethmoidspheoidektomie (5-224.3)*** ***Hinw.: Die Kodes .1, .2, .3, .5, und .7 sind als 6-Steller zu kodieren:***	
5-222.0↔	Infundibulotomie	5-222.0	Infundibulotomie
5-222.1- .10↔ .11↔	Ethmoidektomie von außen Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis	5-222.1- .10 .11	Ethmoidektomie von außen Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.2- .20↔ .21↔	Ethmoidektomie, endonasal, inkl. Infundibulotomie Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis	5-222.2- .20 .21	Ethmoidektomie, transnasal, inkl. Infundibulotomie Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.3- .30↔ .31↔	Ethmoidektomie, transmaxillär Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis	5-222.3- .30 .31	Ethmoidektomie, transmaxillär Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.4↔	Sphenoidotomie, endonasal	5-222.4	Sphenoidotomie
		5-222.5- .50↔ .51↔	Sphenoidektomie von außen Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
		5-222.6↔	Sphenoidektomie, transseptal
		5-222.7- .70↔ .71↔	Sphenoidektomie, transmaxilloethmoidal Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
		5-222.x↔	Sonstige
		5-222.y	N.n.bez.

5-223 Operationen an der Stirnhöhle		***Hinw.: inkl. Polypenentfernung***	
5-223.0↔	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter Jansen)	5-223.0	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen)
5-223.1↔	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)	5-223.1	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)
5-223.2↔	Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)	5-223.2	Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)
5-223.3↔	Osteoplastische Operation	5-223.3	Osteoplastische Operation
	streichen (Zusatzkode)	5-223.4	Reoperation von außen
5-223.5↔	Endonasal	5-223.5	Transnasal

5-224 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen		***Hinw.: Die Kodes .6, und .7 sind als 6-Steller zu kodieren:***	
5-224.0↔	Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert endonasal und transantral (Luc-de Lima)	5-224.0	Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert transnasal und transantral (Luc-de Lima)
5-224.1↔	Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert endonasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)	5-224.1	Sanierung der Sinus frontalis et thmoidalis, kombiniert transnasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)
5-224.2↔	Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal	5-224.2	Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal
5-224.3↔	Ethmoidsphenoidektomie, endonasal	5-224.3	Ethmoidsphenoidektomie, transnasal
5-224.4↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	5-224.4	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal
5-224.5↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumen grube, kombiniert transfazial und transmandibulär	5-224.5	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügel gaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär
5-224.6- .60↔ .61↔ .62↔ .64↔ .6x↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation) Sonstige	5-224.6- .60 .61 .62 .6x	Mehrere Nasennebenhöhlen, transnasal Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Sonstige
5-224.7- .70↔ .71↔ .72↔ .73↔ .7x↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Mit Darstellung der Schädelbasis Sonstige	5-224.7- .70 .71 .72 .7x	Mehrere Nasennebenhöhlen, kom biniert transnasal und von außen Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Sonstige
5-224.x↔	Sonstige	5-224.x	Sonstige
		5-224.y	N.n.bez.

© DRG-Research-Group 2005

Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen		
	5-225.0	Durch Rekonstruktion des Stirnbeins
	5-225.1	Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand
	5-225.2	Rekonstruktion der Stirnhöhlenhinterwand
	5-225.3	Kranialisation der Stirnhöhle
	5-225.4↔	Verschluß einer alveoloantralen Fistel
	5-225.5↔	Verschluß einer oroantralen Fistel
	5-225.x↔	Sonstige
	5-225.y	N.n.bez.

Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen – Revisionen	***Hinweis: Wiedereröffnung des Operationsgebietes bei postoperativen oder traumatischen Komplikationen***	
	5-229.0↔	Revision
	5-229.1	Revision mit Versorgung der Schädelbasis
	5-229.2↔	Revision mit Versorgung der Orbita
	5-229.x↔	Sonstige
	5-229.y	N.n.bez.

6.11 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung der Eingriffe an Mastoid und Ohr im G-DRG-System 2006

Hinweis: Dieser Anpassungsvorschlag bezieht sich auf operative Eingriffe an Mastoid und Ohr, welche derzeit in die G-DRGs D06Z, D09Z, D12Z, D13Z und D30Z gruppiert werden. Eingriffe zur Implantation eines Kochlea-Implantates (G-DRGs D01A und D01B), zur Rekonstruktion der Ohrmuschel (G-DRG D17Z) sowie Eingriffe am Ohr bei Verbrennungen (G-DRG D09Z/D30Z: 5-925.32, 5-925.72, 5-925.82, 5-925.92, 5-925.a2, 5-925.x2; G-DRG D12Z: 5-925.52, 5-925.62 5-926.02, 5-926.12, 5-926.22, 5-926.32, 5-926.42, 5-926.52, 5-926.x2, 5-927.02, 5-927.12, 5-927.22, 5-927.32, 5-927.x2, 5-928.42, 5-928.52, 5-928.62, 5-928.72, 5-928.82, 5-929.02, 5-929.12, 5-929.x2) sind von diesem Anpassungsvorschlag ausgenommen.

6.11.1 Problembeschreibung

Das G-DRG-System 2005 fasst Eingriffe am Ohr (ausgenommen Kochleaimplant und Rekonstruktion der äußeren Ohrmuschel, s. Hinweis) in fünf unterschiedlichen DRGs zusammen:

- D06Z Eingriffe an NNH, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen
- D09Z Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schwerem CC
- D12Z Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
- D13Z Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals
- D30Z Tonsillektomie ausser bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwerem CC

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 1.950 Fälle mit Eingriffen an Mastoid und Ohr, die in die G-DRGs D06Z, D09Z, D12Z, D13Z

© DRG-Research-Group 2005

und D30Z eingruppiert wurden, analysiert. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Fälle wird derzeit in die G-DRG D30Z gruppiert (s. Abbildung 6-8). Dies entspricht aus klinischer Sicht nicht der tatsächlichen Differenzierung der ökonomischen Fallschwere.

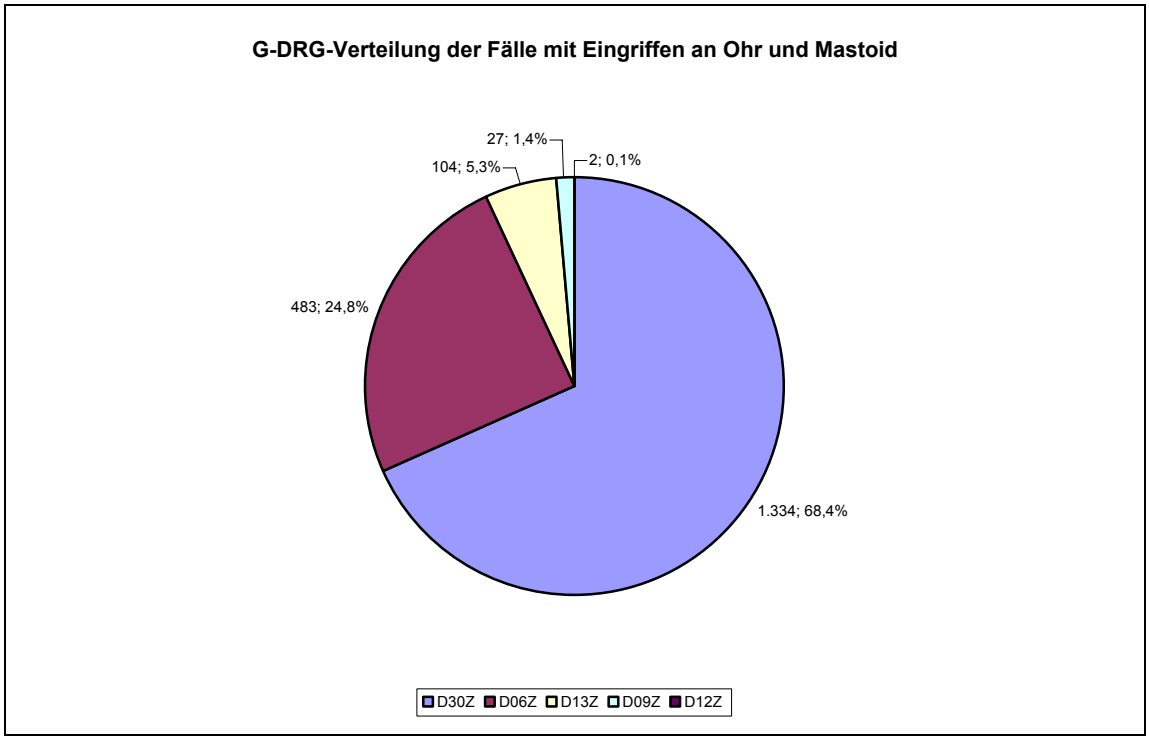

Abbildung 6-13 DRG-Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde: Verteilung der Fälle mit operativen. Eingriffen an Ohr und Mastoid nach Gruppierung im G-DRG-System 2005 (n=1.950)

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass:

- die derzeitige Einteilung in Abhängigkeit der Komplexität der Eingriffe zwar grundsätzlich richtig ist, dass jedoch die Zuordnung der einzelnen Eingriffe zu den einzelnen Subkategorien „komplexe Eingriffe am Mittelohr, verschiedene Eingriffe, andere Eingriffe, kleine Eingriffe“ nicht sachgerecht ist. Insbesondere in die G-DRGs D30Z und D06Z, die die Mehrzahl der Fälle mit Eingriffen an Mastoid und Ohr aufnehmen, liegen aufgrund einer unsachgerechten Zuordnungen von OPS-Kodes bzw. ganzen OPS-Kodegruppen als gruppierungsrelevante Prozeduren erhebliche Aufwand- und Verweildauerinhomogenitäten vor.
- die Einteilung in Abhängigkeit des PCCL nicht nur für die derzeit in die G-DRGs D09Z und D30Z gruppierten Fälle sinnvoll ist, sondern für jede der neu strukturierten Subgruppen (s. Lösungsvorschlag) zum Ausgleich von Aufwandinhomogenitäten angewendet werden sollte.

- darüber hinaus als weiteres Differenzierungskriterium die Verwendung einer Mittelohrprothese als „signifikante Prozedur“ etabliert werden sollte. Hierbei handelt es sich um Prothesen der Gehörknöchelchen des Mittelohres. Der Einzelpreis liegt im Mittel bei ca. 150 Euro, bundesweit werden mehrere Tausend dieser Prothesen pro Jahr verwendet. Die Verwendung einer Mittelohrprothese führt nicht nur zu höheren operativen Sachkosten, sondern bedingt auch längere postoperative Verweildauern und ist daher ein sinnvoller „Trigger“ für einen insgesamt höheren Gesamtaufwand gegenüber Fällen ohne Mittelohrprothesen-Implantation

6.11.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Eingriffen am Mastoid und Ohr durch eine Neustrukturierung der G-DRGs, einer veränderten Fallzuordnung und einer grundlegenden Überarbeitung der zur Verfügung stehenden OPS-Kodes deutlich zu verbessern.

Wie oben bereits ausgeführt, haben sich die unterschiedliche Komplexität der durchgeführten operativen Eingriffe an Ohr und Mastoid (ausser Kochleaimplantation und Rekonstruktion der Ohrmuschel) sowie der patientenbezogene Gesamtschweregrad (PCCL) als geeignete Differenzierungskriterien bestätigt. Darüber hinaus schlagen wir als weiteres Differenzierungskriterium die Verwendung von Mittelohrimplantaten als „signifikante Prozedur“ vor.

Es sollten die folgenden Fallgruppen für operative Eingriffe an Ohr und Mastoid (ausser Kochleaimplantation und Rekonstruktion der Ohrmuschel) gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D31Z	Komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit schwerem CC oder komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit signifikanter Prozedur
D32Z	Komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid ohne schweren CC
D33Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit schwerem CC oder mäßig komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit signifikanter Prozedur
D34Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid ohne schweren CC oder andere Eingriffe an Ohr und Mastoid mit schwerem CC
D35Z	Andere Eingriffe an Ohr und Mastoid ohne schweren CC

© DRG-Research-Group 2005

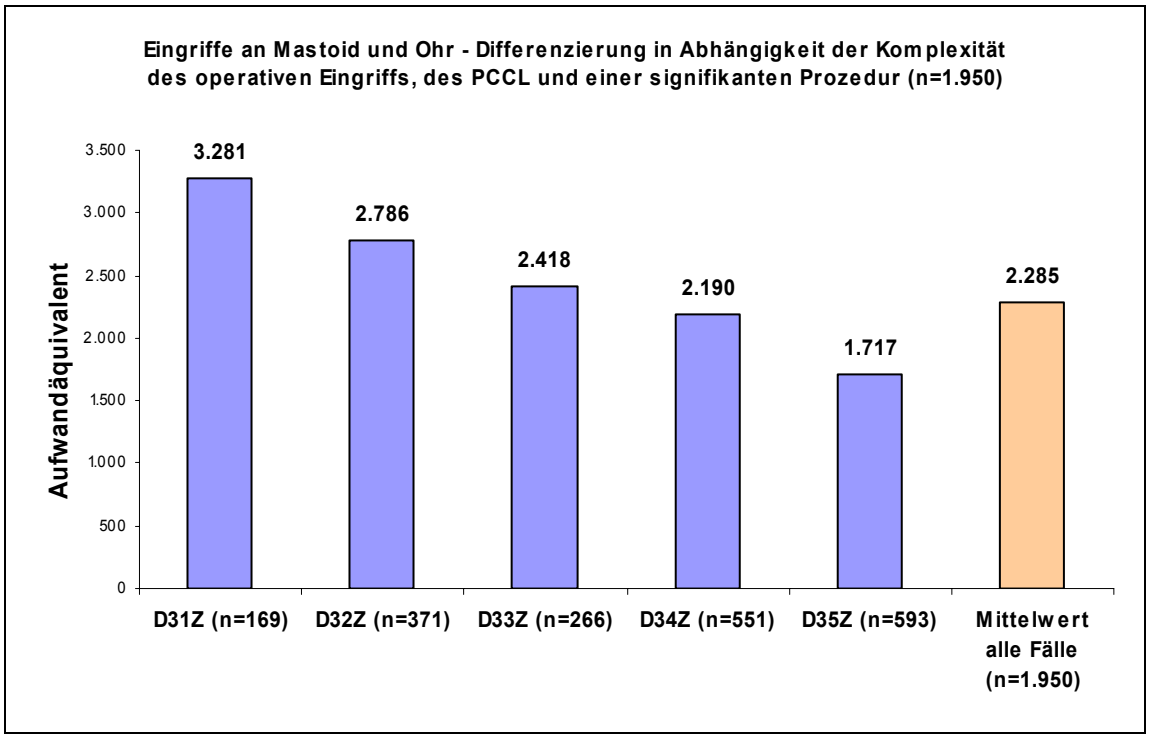

Abbildung 6-14 Neustrukturierung von operativen Eingriffen an Mastoid und Ohr in Abhängigkeit der Komplexität des operativen Eingriffs, des PCCL und einer signifikanten Prozedur.

Unter einer signifikanten Prozedur (s. D31Z und D33Z) ist die Implantation von Mittelohrprothesen zu verstehen. Dieser Eingriff wird derzeit im OPS-Katalog 2005 nur unvollständig über die beiden folgenden OPS-Kodes abgebildet:

- 5-191.0 Stapedektomie mit Interposition und Implantation einer Prothese
- 5-191.1 Stapedektomie mit Fensterung des Promontoriums und Implantation einer Prothese

<u>Es gibt jedoch eine Reihe weiterer Indikationen zur Verwendung von Mittelohrprothesen ausser der Stapedektomie. So wurden im Rahmen des Projektes bei 366 Fällen Prothesen verwendet, nur 94 Fälle konnten jedoch über einen der beiden o. g. Kodes verschlüsselt werden.</u>

Das InEK wird daher gebeten, Aufwandunterschiede mit und ohne Mittelohrprothese anhand der beiden o. g. Kodes zu kalkulieren.

Der OPS-Katalog 2005 weist bei der Abbildung von Eingriffen an Ohr und Mastoid erhebliche Schwächen auf. Aus diesem Grunde wurde parallel zu diesem Anpassungsvorschlag eine umfassende Überarbeitung der OPS-Kodes für Eingriffe an Mastoid und Ohr beantragt.

Nachfolgend wird eine OPS-Kode-Zuordnung zu diesem G-DRG-Anpassungsvorschlag sowohl für die OPS-Kodes der Version 2005 als auch für die neu beantragten OPS-Kodes aufgelistet und eine Überleitungstabelle von OPS-Kodes der Version 2005 zu den neu beantragten OPS-Kodes abgedruckt.

In den folgenden Tabellen finden Sie z. T. in der letzten Spalte das Symbol „*“. Jeder OPS-Kode **ohne** dieses Symbol wurde aufgrund von Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsdaten der jeweiligen gruppierungsrelevanten Tabelle zugeordnet. Jeder OPS-Kode **mit** diesem Symbol wurde lediglich aufgrund medizinischer Kriterien der jeweiligen gruppierungsrelevanten Tabelle zugeordnet, da entsprechende Aufwand-, Verweildauer- und Leistungsdaten für diesen OPS-Kode im Rahmen des DRG-Evaluationsprojektes HNO nicht vorlagen. Das InEK wird daher gebeten, OPS-Kodes mit diesem Symbol nach einer Aufwandkalkulation ggf. einer anderen gruppierungsrelevanten Tabelle zuzuordnen.

D31Z	Komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit schwerem CC oder komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit signifikanter Prozedur

Prozedur in TAB-D31-1 und PCCL>2 (oder Prozedur in TAB-D31-2)

© DRG-Research-Group 2005

TAB-D31-1

5-195.2	↔	Tympanopl, Typ III Antrotom od Mastoidekt	
5-195.30	↔	Tympanopl, Typ III Attikot od Attikoantrot, Höhlenverkl	
5-195.31	↔	TympPl, Typ III Attikot/Attikoantrot Reko hint GehörgWand	
5-195.3x	↔	Sonst Typ III-TympPlast Attikot od Attikoantrot	
5-195.5	↔	Tympanopl, Typ III ErsKolum u Antrotom od Mastoidekt	
5-195.60	↔	TympPl, Typ III ErsKolum Attikot od Attikoantrot, HöhlVerkl	
5-195.61	↔	TyPl Typ III ErsKolum Attikot Attikoantrot Reko hint GehW	
5-195.7	↔	Tympanoplastik, Typ IV	
5-202.3	↔	Tympanotom Abdicht runden Fenstermembr	
5-202.4	↔	Tympanotom Abdicht oval Fenstermembr	
5-203.0	↔	Mastoidektomie: Einfache Mastoidektomie	
5-203.1	↔	Mastoidektomie: Radikale Mastoidektomie	
5-203.3	↔	Mastoidektomie: Radikale Mastoidektomie, modifiziert	
5-203.4	↔	Radikale Mastoidektomie, modifiziert, mit Myringoplastik	
5-203.5	↔	Mastoidekt, Darst Sin sigmoid u Dura mater	
5-203.6	↔	Mastoidektomie: Mit hinterer Tympanotomie	
5-203.70	↔	Mastoidekt, Freileg FazKanal, oh Dekompr Nerv	
5-203.71	↔	Mastoidekt, Freileg FazKanal, Dekompr Nerv	
5-203.8	↔	Mastoidekt, part Resekt Os tempor	
5-203.9	↔	Mastoidektomie: Mit Petrosektomie	
5-203.x	↔	Mastoidektomie: Sonstige	
5-203.y		Mastoidektomie: N.n.bez.	*
5-205.2	↔	Exzisionen an der Pyramidenspitze	*
5-208.0	↔	Kochleosaccotomie	
5-208.1	↔	Dekompr od Drainage Sacc endolymph (mit Shunt)	
5-209.3	↔	Implant Knochenank Mittel- od InnOhr	
5-209.4	↔	Verschluß einer Labyrinthfistel	
5-209.6	↔	Remastoidektomie	

TAB-D31-2

5-191.1	↔	Stapedekt, Fenster Promont u Implant Proth	

D32Z	Komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid ohne schweren CC

Prozedur in TAB-D32-1 und PCCL<3

TAB-D32-1

5-195.2	↔	Tympanopl, Typ III Antrotom od Mastoidekt	
5-195.30	↔	Tympanopl, Typ III Attikot od Attikoantrot, Höhlenverkl	
5-195.31	↔	TympPl, Typ III Attikot/Attikoantrot Reko hint GehörgWand	
5-195.3x	↔	Sonst Typ III-TympPlast Attikot od Attikoantrot	
5-195.5	↔	Tympanopl, Typ III ErsKolum u Antrotom od Mastoidekt	
5-195.60	↔	TympPl, Typ III ErsKolum Attikot od Attikoantrot, HöhlVerkl	
5-195.61	↔	TyPl Typ III ErsKolum Attikot Attikoantrot Reko hint GehW	
5-195.7	↔	Tympanoplastik, Typ IV	
5-202.3	↔	Tympanotom Abdicht runden Fenstermembr	
5-202.4	↔	Tympanotom Abdicht oval Fenstermembr	
5-203.0	↔	Mastoidektomie: Einfache Mastoidektomie	
5-203.1	↔	Mastoidektomie: Radikale Mastoidektomie	
5-203.3	↔	Mastoidektomie: Radikale Mastoidektomie, modifiziert	
5-203.4	↔	Radikale Mastoidektomie, modifiziert, mit Myringoplastik	
5-203.5	↔	Mastoidekt, Darst Sin sigmoid u Dura mater	
5-203.6	↔	Mastoidektomie: Mit hinterer Tympanotomie	
5-203.70	↔	Mastoidekt, Freileg FazKanal, oh Dekompr Nerv	
5-203.71	↔	Mastoidekt, Freileg FazKanal, Dekompr Nerv	
5-203.8	↔	Mastoidekt, part Resekt Os tempor	
5-203.9	↔	Mastoidektomie: Mit Petrosektomie	
5-203.x	↔	Mastoidektomie: Sonstige	
5-203.y		Mastoidektomie: N.n.bez.	*
5-205.2	↔	Exzisionen an der Pyramidenspitze	*
5-208.0	↔	Kochleosaccotomie	
5-208.1	↔	Dekompr od Drainage Sacc endolymph (mit Shunt)	
5-209.3	↔	Implant Knochenank Mittel- od InnOhr	
5-209.4	↔	Verschluß einer Labyrinthfistel	
5-209.6	↔	Remastoidektomie	

D33Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit schwerem CC oder mäßig komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid mit signifikanter Prozedur

Prozedur in TAB-D33-1 und PCCL>2 (oder Prozedur in TAB-D33-2)

© DRG-Research-Group 2005

TAB-D33-1

5-181.5	↔	Exzision retroaurikulär	
5-185.1	↔	Konstr (nicht besteh) äuß Gehörg (zB Atres)	*
5-186.0	↔	Plast Reko Teil Ohrmusch, GewExpand	*
5-186.1	↔	Plast Reko Teil Ohrmusch, Galea-Lap	*
5-186.x	↔	Sonst plast Reko Teil Ohrmusch	
5-187.0	↔	Plast Reko ges Ohrmusch, GewExpand	*
5-187.1	↔	Plast Reko ges Ohrmusch, Galea-Lap	*
5-187.4	↔	Plast Reko ges Ohrmusch, alloplast Mat	
5-188.0	↔	Reduktionsplastik des äußeren Ohres (z.B. bei Makrotie)	
5-188.1	↔	Korrektur eines Schneckenohres	
5-190	↔	Stapedotomie	
5-191.x	↔	Stapedektomie: Sonstige	
5-191.y		Stapedektomie: N.n.bez.	
5-192.0	↔	Revis Stapedekt, oh Wiedereröffn oval Fenster	
5-192.1	↔	Revis Stapedekt, Wiedereröffn oval Fenster	
5-192.y		Revision einer Stapedektomie: N.n.bez.	
5-194.1	↔	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I], retroaurikulär	
5-195.0	↔	Tympanoplastik, Typ II	
5-195.1	↔	Tympanoplastik, Typ III	
5-195.4	↔	Tympanoplastik, Typ III mit Ersatzkolumella	
5-195.6x	↔	So Typ III-TympPl ErsKolum u Attikot od Attikoantrot	
5-195.8	↔	TympanoplastikTyp V	*
5-196	↔	Revision einer Tympanoplastik	
5-199.1	↔	Vestibulotomie, Mittelohr	
5-202.0	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Antrotomie	
5-202.1	↔	Attikotomie an Warzenfortsatz und Mittelohr	
5-202.2	↔	Explorative Tympanotomie	
5-202.x	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Sonstige	*
5-202.y		Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: N.n.bez.	*
5-203.2	↔	Radikale Mastoidektomie mit Myringoplastik	
5-204.0	↔	Reko Mittelohr, Verkl Radikalhöh	
5-205.0	↔	Exzisionen an der Paukenhöhle	
5-205.1	↔	Exzisionen am Labyrinth	
5-205.3	↔	Exzisionen an der Otobasis	
5-205.4	↔	Andere Exzisionen am Mastoid	
5-207	↔	Revision einer Fensterung des Innenohres	
5-208.2	↔	Labyrinthektomie, transtympanal	*
5-208.3	↔	Labyrinthektomie, transmastoidal	*
5-208.4	↔	Labyrinthdestruktion, transtympanal	*
5-208.5	↔	Labyrinthdestruktion, transmastoidal	*
5-208.x	↔	Sonst Inzis [Eröff] u Destr [Ausschalt] InnOhr	*
5-208.y		Inzis [Eröff] u Destr [Ausschalt] InnOhr, nnb	*
5-209.0	↔	Tympanosympathektomie	*
5-209.1	↔	Operation an der Tuba auditiva	*
5-209.8	↔	Entfernung eines Kochleaimplantates	*
5-209.c	↔	Entfernung eines implantierbaren Hörgerätes	*

TAB-D33-2

5-191.0	↔	Stapedekt, Interpos u Implant Proth	

D34Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Ohr und Mastoid ohne schweren CC oder andere Eingriffe an Ohr und Mastoid mit schwerem CC

Prozedur in TAB-D34-1 und PCCL<3 (oder Prozedur in Tabelle D34-2 und PCCL>2)

TAB-D34-1

5-181.5	↔	Exzision retroaurikulär	
5-185.1	↔	Konstr (nicht besteh) äuß Gehörg (zB Atres)	*
5-186.0	↔	Plast Reko Teil Ohrmusch, GewExpand	*
5-186.1	↔	Plast Reko Teil Ohrmusch, Galea-Lap	*
5-186.x	↔	Sonst plast Reko Teil Ohrmusch	
5-187.0	↔	Plast Reko ges Ohrmusch, GewExpand	*
5-187.1	↔	Plast Reko ges Ohrmusch, Galea-Lap	*
5-187.4	↔	Plast Reko ges Ohrmusch, alloplast Mat	
5-188.0	↔	Reduktionsplastik des äußeren Ohres (z.B. bei Makrotie)	
5-188.1	↔	Korrektur eines Schneckenohres	
5-190	↔	Stapedotomie	
5-191.0	↔	Stapedekt, Interpos u Implant Proth	
5-191.x	↔	Stapedektomie: Sonstige	
5-191.y		Stapedektomie: N.n.bez.	
5-192.0	↔	Revis Stapedekt, oh Wiedereröffn oval Fenster	
5-192.1	↔	Revis Stapedekt, Wiedereröffn oval Fenster	
5-192.y		Revision einer Stapedektomie: N.n.bez.	
5-194.1	↔	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I], retroaurikulär	
5-195.0	↔	Tympanoplastik, Typ II	
5-195.1	↔	Tympanoplastik, Typ III	
5-195.4	↔	Tympanoplastik, Typ III mit Ersatzkolumella	
5-195.6x	↔	So Typ III-TympPl ErsKolum u Attikot od Attikoantrot	
5-195.8	↔	TympanoplastikTyp V	*
5-196	↔	Revision einer Tympanoplastik	
5-199.1	↔	Vestibulotomie, Mittelohr	
5-202.0	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Antrotomie	
5-202.1	↔	Attikotomie an Warzenfortsatz und Mittelohr	
5-202.2	↔	Explorative Tympanotomie	
5-202.x	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Sonstige	*
5-202.y		Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: N.n.bez.	*
5-203.2	↔	Radikale Mastoidektomie mit Myringoplastik	
5-204.0	↔	Reko Mittelohr, Verkl Radikalhöh	
5-205.0	↔	Exzisionen an der Paukenhöhle	
5-205.1	↔	Exzisionen am Labyrinth	
5-205.3	↔	Exzisionen an der Otobasis	
5-205.4	↔	Andere Exzisionen am Mastoid	
5-207	↔	Revision einer Fensterung des Innenohres	
5-208.2	↔	Labyrinthektomie, transtympanal	*
5-208.3	↔	Labyrinthektomie, transmastoidal	*
5-208.4	↔	Labyrinthdestruktion, transtympanal	*
5-208.5	↔	Labyrinthdestruktion, transmastoidal	*
5-208.x	↔	Sonst Inzis [Eröff] u Destr [Ausschalt] InnOhr	*
5-208.y		Inzis [Eröff] u Destr [Ausschalt] InnOhr, nnb	*
5-209.0	↔	Tympanosympathektomie	*
5-209.1	↔	Operation an der Tuba auditiva	*
5-209.8	↔	Entfernung eines Kochleaimplantates	*
5-209.c	↔	Entfernung eines implantierbaren Hörgerätes	*

© DRG-Research-Group 2005

TAB-D34-2

1-532.0	↔	Biopsie am Mittelohr durch Inzision	*
1-532.1	↔	Biopsie am Innenohr durch Inzision	*
1-532.x	↔	Biopsie an sonstigen Teilen des Ohres durch Inzision	*
1-532.y		Biopsie and Teil Ohr d Inzis, nnb	*
5-180.0	↔	Inzision am äußeren Ohr: Ohrmuschel	
5-180.1	↔	Inzision am äußeren Ohr: Äußerer Gehörgang	
5-180.2	↔	Inzision am äußeren Ohr: Präaurikulär	
5-180.3	↔	Inzision am äußeren Ohr: Retroaurikulär	
5-180.x	↔	Inzision am äußeren Ohr: Sonstige	
5-180.y		Inzision am äußeren Ohr: N.n.bez.	*
5-181.0	↔	Exzision an der Ohrmuschel	
5-181.1	↔	Exzis Ohrmusch, histogr kontroll (mikrograph Chir)	
5-181.2	↔	Hämatomausräumung am äußeren Ohr	
5-181.3	↔	Exzision präaurikulär	
5-181.4	↔	Exzis präaurikulär, histogr kontroll (mikrograph Chir)	
5-181.6	↔	Exzis retroaurik, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-181.7	↔	Exzision am äußeren Gehörgang	
5-181.8	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	
5-181.x	↔	Sonst Exzis u Destr erkr Gew äuß Ohr	*
5-181.y		Exzis u Destr erkr Gew äuß Ohr, nnb	*
5-182.0	↔	Resektion der Ohrmuschel: Partiell	
5-182.1	↔	Resekt Ohrmusch, part, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-182.2	↔	Resektion der Ohrmuschel: Total	*
5-182.3	↔	Resekt Ohrmusch, tot, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-182.x	↔	Resektion der Ohrmuschel: Sonstige	*
5-182.y		Resektion der Ohrmuschel: N.n.bez.	*
5-183.1	↔	Wundversorgung am äußeren Ohr: Replantation	
5-184.0	↔	Plast Korr absteh Ohr d Korr Ohrknorp	
5-184.1	↔	Plast Korr absteh Ohr d Exzis Weicht	
5-184.2	↔	Plast Korr absteh Ohr d Korr Ohrknorp u Exzis Weicht	
5-184.3	↔	Plastische Korrektur abstehender Ohren, Concharotation	
5-184.x	↔	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Sonstige	*
5-184.y		Plastische Korrektur abstehender Ohren: N.n.bez.	
5-185.0	↔	Erweit (zB GehörgSten) äuß Gehörg	
5-185.2	↔	Reko (besteh) äuß Gehörg	
5-185.x	↔	Sonst Konstr u Reko äuß Gehörg	
5-185.y		Konstr u Reko äuß Gehörg, nnb	*
5-186.y		Plast Reko Teil Ohrmusch, nnb	
5-187.y		Plast Reko ges Ohrmusch, nnb	
5-188.2	↔	Korrektur eines Stahlohres	*
5-188.3	↔	Plastik des Ohrläppchens	
5-188.x	↔	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Sonstige	*
5-188.y		Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: N.n.bez.	
5-189	↔	Andere Operationen am äußeren Ohr	
5-193.0	↔	Rekonstruktion der Gehörknöchelchen	
5-193.1	↔	Mobil Gehörknöch d Entfern Briden	
5-193.x	↔	Andere Operationen an den Gehörknöchelchen: Sonstige	
5-193.y		Andere Operationen an den Gehörknöchelchen: N.n.bez.	*
5-194.0	↔	Myringoplast [TympPlast Typ I], endomeat od endaural	
5-194.2	↔	Myringopl [TympPl Typ I] Aufricht Trommelf (frisch Verletz)	
5-194.x	↔	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Sonstige	

5-194.y		Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: N.n.bez.	
5-195.x	↔	Sonstige Tympanoplastik	
5-195.y		Tympanoplastik, nnb	
5-199.0	↔	Kauterisation des Trommelfells (bei Perforation)	*
5-199.x	↔	Sonstige mikrochirurgische Operationen am Mittelohr	
5-199.y		Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr, nnb	*
5-200.5	↔	Parazentese [Myringotomie]: m Legen Paukendrainage	
5-201	↔	Entfernung einer Paukendrainage	
5-204.1	↔	Reko Mittelohr, Reimpl hint GehörgWand	
5-204.2	↔	Reko Mittelohr, Reko hint GehörgWand	
5-204.3	↔	Plastik des Eingangs des Gehörgangs	
5-204.x	↔	Rekonstruktion des Mittelohres: Sonstige	*
5-204.y		Rekonstruktion des Mittelohres: N.n.bez.	*
5-205.x	↔	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: Sonstige	*
5-205.y		Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: N.n.bez.	*
5-206.2	↔	Fenster InnOhr, Venenpat FenstHöh	*
5-206.3	↔	Fensterung des Innenohres: Ohne weitere Maßnahmen	*
5-206.x	↔	Fensterung des Innenohres: Sonstige	*
5-206.y		Fensterung des Innenohres: N.n.bez	*
5-209.5	↔	Verschluß einer Mastoidfistel	*
5-209.x	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Sonstige	
5-209.y		Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: N.n.bez.	*
5-187.x	↔	Sonst plast Reko ges Ohrmusch	*

D35Z	Andere Eingriffe an Ohr und Mastoid ohne schweren CC

Prozedur in TAB-D35-1 und PCCL <3

TAB-D35-1

1-532.0	↔	Biopsie am Mittelohr durch Inzision	*
1-532.1	↔	Biopsie am Innenohr durch Inzision	*
1-532.x	↔	Biopsie an sonstigen Teilen des Ohres durch Inzision	*
1-532.y		Biopsie and Teil Ohr d Inzis, nnb	*
5-180.0	↔	Inzision am äußeren Ohr: Ohrmuschel	
5-180.1	↔	Inzision am äußeren Ohr: Äußerer Gehörgang	
5-180.2	↔	Inzision am äußeren Ohr: Präaurikulär	
5-180.3	↔	Inzision am äußeren Ohr: Retroaurikulär	
5-180.x	↔	Inzision am äußeren Ohr: Sonstige	
5-180.y		Inzision am äußeren Ohr: N.n.bez.	*
5-181.0	↔	Exzision an der Ohrmuschel	
5-181.1	↔	Exzis Ohrmusch, histogr kontroll (mikrograph Chir)	
5-181.2	↔	Hämatomausräumung am äußeren Ohr	
5-181.3	↔	Exzision präaurikulär	
5-181.4	↔	Exzis präaurikulär, histogr kontroll (mikrograph Chir)	
5-181.6	↔	Exzis retroaurik, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-181.7	↔	Exzision am äußeren Gehörgang	
5-181.8	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	
5-181.x	↔	Sonst Exzis u Destr erkr Gew äuß Ohr	*
5-181.y		Exzis u Destr erkr Gew äuß Ohr, nnb	*
5-182.0	↔	Resektion der Ohrmuschel: Partiell	
5-182.1	↔	Resekt Ohrmusch, part, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*

© DRG-Research-Group 2005

5-182.2	↔	Resektion der Ohrmuschel: Total	*
5-182.3	↔	Resekt Ohrmusch, tot, histogr kontroll (mikrograph Chir)	*
5-182.x	↔	Resektion der Ohrmuschel: Sonstige	*
5-182.y		Resektion der Ohrmuschel: N.n.bez.	*
5-183.1	↔	Wundversorgung am äußeren Ohr: Replantation	
5-184.0	↔	Plast Korr absteh Ohr d Korr Ohrknorp	
5-184.1	↔	Plast Korr absteh Ohr d Exzis Weicht	
5-184.2	↔	Plast Korr absteh Ohr d Korr Ohrknorp u Exzis Weicht	
5-184.3	↔	Plastische Korrektur abstehender Ohren, Concharotation	
5-184.x	↔	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Sonstige	*
5-184.y		Plastische Korrektur abstehender Ohren: N.n.bez.	
5-185.0	↔	Erweit (zB GehörgSten) äuß Gehörg	
5-185.2	↔	Reko (besteh) äuß Gehörg	
5-185.x	↔	Sonst Konstr u Reko äuß Gehörg	
5-185.y		Konstr u Reko äuß Gehörg, nnb	*
5-186.y		Plast Reko Teil Ohrmusch, nnb	
5-187.y		Plast Reko ges Ohrmusch, nnb	
5-188.2	↔	Korrektur eines Stahlohres	*
5-188.3	↔	Plastik des Ohrläppchens	
5-188.x	↔	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Sonstige	*
5-188.y		Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: N.n.bez.	
5-189	↔	Andere Operationen am äußeren Ohr	
5-193.0	↔	Rekonstruktion der Gehörknöchelchen	
5-193.1	↔	Mobil Gehörknöch d Entfern Briden	
5-193.x	↔	Andere Operationen an den Gehörknöchelchen: Sonstige	
5-193.y		Andere Operationen an den Gehörknöchelchen: N.n.bez.	*
5-194.0	↔	Myringoplast [TympPlast Typ I], endomeat od endaural	
5-194.2	↔	Myringopl [TympPl Typ I] Aufricht Trommelf (frisch Verletz)	
5-194.x	↔	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Sonstige	
5-194.y		Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: N.n.bez.	
5-195.x	↔	Sonstige Tympanoplastik	
5-195.y		Tympanoplastik, nnb	
5-199.0	↔	Kauterisation des Trommelfells (bei Perforation)	*
5-199.x	↔	Sonstige mikrochirurgische Operationen am Mittelohr	
5-199.y		Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr, nnb	*
5-200.5	↔	Parazentese [Myringotomie]: m Legen Paukendrainage	
5-201	↔	Entfernung einer Paukendrainage	
5-204.1	↔	Reko Mittelohr, Reimpl hint GehörgWand	
5-204.2	↔	Reko Mittelohr, Reko hint GehörgWand	
5-204.3	↔	Plastik des Eingangs des Gehörgangs	
5-204.x	↔	Rekonstruktion des Mittelohres: Sonstige	*
5-204.y		Rekonstruktion des Mittelohres: N.n.bez.	*
5-205.x	↔	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: Sonstige	*
5-205.y		Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr: N.n.bez.	*
5-206.2	↔	Fenster InnOhr, Venenpat FenstHöh	*
5-206.3	↔	Fensterung des Innenohres: Ohne weitere Maßnahmen	*
5-206.x	↔	Fensterung des Innenohres: Sonstige	*
5-206.y		Fensterung des Innenohres: N.n.bez	*
5-209.5	↔	Verschluß einer Mastoidfistel	*
5-209.x	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Sonstige	
5-209.y		Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: N.n.bez.	*
5-187.x	↔	Sonst plast Reko ges Ohrmusch	*

Vorschläge zur Neustrukturierung/Überarbeitung der OPS-Kodes für Eingriffe an Mittelohr und Mastoid

Der Vorschlag wird fristgerecht separat dem DIMDI zugeleitet

Kapitel 5-19“Mikrochirurgische Operationen am Mittelohr“

Kapitel 5-190 bis 5-192: Stapesoperationen und –Revisionen

OPS-Überarbeitung		**OPS-Kodes 2005**	
streichen		5-190↔	Stapedotomie
5-191.0↔ .00↔ .01↔ .02↔	Stapedotomie/Stapedektomie ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schuknecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-191.0↔	Stapedektomie mit Interposition und Implantation einer Prothese
5-191.1↔ .10↔ .11↔ .12↔	Fensterungsoperation des Promontoriums ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schuknecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-191.1↔	Stapedektomie mit Fensterung des Promontoriums und Implantation einer Prothese
		5-191.x↔	Sonstige
		5-191.y	N.n.bez.
5-192.0↔ .00↔ .01↔ .02↔	Revision einer Stapedektomie ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schuknecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-192.0↔	Revision einer Stapedektomie ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters
5-192.1↔ 0↔ 1↔ 2↔	Revision einer Stapedektomie mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schuknecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-192.1↔	Revision einer Stapedektomie mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters
		5-192.y	N.n.bez.

Kapitel 5-193: Andere Operationen an den Gehörknöchelchen

OPS-Überarbeitung	**OPS-Kodes 2005**	
streichen	5-193.0↔	Rekonstruktion
streichen	5-193.1↔	Mobilisation durch Entfernung von Briden
streichen	5-193.x↔	Sonstige
streichen	5-193.y	N.n.bez.

© DRG-Research-Group 2005

Kapitel 5-194: Myringoplastik (Tympanoplastik Typ I)

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005
5-194.0↔ endaural	5-194.0↔ endomeatal oder endaural
	5-194.1↔ Retroaurikulär
	5-194.2↔ Aufrichtung des Trommelfells (bei fri scher Verletzung)
	5-194.x↔ Sonstige
	5-194.y N.n.bez.

Hinw.:	Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g)

Kapitel 5-195 bis 5-196: Tympanoplastik (Verschuß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen) und –Revision

OPS-Überarbeitung		OPS-Kodes 2005	
streichen		5-195.0↔	Typ II
5-195.1 .10↔ .11↔ .12↔ .13↔	Tympanoplastik ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	5-195.1↔	Typ III
5-195.2 .20↔ .21↔ .22↔ .23↔	Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie (incl. posteriorer Zugang) ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	5-195.2↔	Typ III mit Antrotomie oder Mastoidektomie
5-195.3 .32↔ .33↔ .34↔ .35↔	Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	5-195.3- .30↔ .31↔ .3x↔	Typ III mit Attikotomie oder Attikoantrotomie Mit Höhlenverkleinerung Mit Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand Sonstige
Streichen		5-195.4↔	Typ III mit Ersatzkolumella
Streichen		5-195.5↔	Typ III mit Ersatzkolumella und Antrotomie oder Mastoidektomie
5-195.9 90↔	Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle ohne Prothese	5-195.6↔	Typ III mit Ersatzkolumella und Attikotomie oder Attikoantrotomie

.91↔ .92↔ .93↔	mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	.60↔ .61↔ .6x↔	Mit Höhlenverkleinerung Mit Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand Sonstige
Streichen		5-195.7↔	Typ IV
Streichen		5-195.8↔	Typ V
		5-195.x↔	Sonstige
		5-195.y	N.n.bez.
Streichen		5-196↔	Revision einer Tympanoplastik

Hinw.:	Siehe auch andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20) Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g)

Kapitel 5-199: Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr

OPS-Überarbeitung	**OPS-Kodes 2005**	
vollständig streichen	5-199.0↔	Kauterisation des Trommelfells (bei Perforation)
	5-199.1↔	Vestibulotomie
	5-199.x↔	Sonstige
	5-199.x↔	N.n.bez.

Kapitel 5-20 “Andere Operationen an Mittel- und Innenohr“

Kapitel 5-200 bis 5-201: Legen und Entfernen von Paukendrainagen

OPS-Überarbeitung		**OPS-Kodes 2005**	
5-200.4↔	Parazentese [Myringotomie], ohne Legen von Paukenröhrchen	5-200.4↔	Parazentese [Myringotomie], ohne Legen einer Paukendrainage
5-200.5↔	Parazentese [Myringotomie], mit Einlegen von Paukenröhrchen	5-200.5↔	Parazentese [Myringotomie], mit Einlegen einer Paukendrainage
5-200.x	Sonstige (z.B. Laser-Myringotomie o.ä.)		
		5-200.y	N.n.bez.
5-201↔	Entfernung von Paukenröhrchen	5-201↔	Entfernung einer Paukendrainage

Kapitel 5-202 „Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr“

© DRG-Research-Group 2005

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005
	5-202.0↔ Antrotomie
	5-202.1↔ Attikotomie
	5-202.2↔ Explorative Tympanotomie
Streichen	5-202.3↔ Tympanotomie mit Abdich-tung der runden Fenstermembran
	5-202.4↔ Tympanotomie mit Abdich-tung der ovalen Fenstermembran
5-202.5↔ Tympanotomie mit Abdichtung von runder und/oder ovaler Fenstermembran	
	5-202.x↔ Sonstige
	5-202.y N.n.bez.

Kapitel 5-203 „Mastoidektomie“

Exkl.: Remastoidektomie (5-209.6), Mastoidektomie mit Tympanoplastik (5-195), Resektion des Os temporale (5-016.2, 5-016.3)

Die Kodes .7 sind als 6-Steller zu kodieren:

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005
	5-203.0↔ Einfache Mastoidektomie
5-203.1↔ Anlage einer Ohrradikalhöhle (Hinweis: Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle s.o.)	5-203.1↔ Radikale Mastoidektomie
streichen	5-203.2↔ Radikale Mastoidektomie mit Myringoplastik
streichen	5-203.3↔ Radikale Mastoidektomie, modi-fiziert
streichen	5-203.4↔ Radikale Mastoidektomie, modi-fiziert mit Myringoplastik
streichen	5-203.5↔ Mit Darstellung des Sinus sig-moideus und der Dura-mater
streichen	5-203.6↔ Mit hinterer Tympanotomie
	5-203.7- Mit Freilegung des Fazia-liskanals .70↔ Ohne Dekompression des Nerven .71↔ Mit Dekompression des Nerven
5-203.8↔ Partielle Petrosektomie	5-203.8↔ Mit partieller Resektion des Os temporale
5-203.9↔ Petrosektomie	5-203.9↔ Mit Petrosektomie
	5-203.x↔ Sonstige
	5-203.y N.n.bez.

Kapitel 5-204 „Rekonstruktion des Mittelohres“

Hinw.: Die Rekonstruktion des N. facialis ist unter 5-04 zu kodieren

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005	
	5-204.0↔	Verkleinerung der Radikalhöhle
	5-204.1↔	Reimplantation der hinteren Gehörgangswand
	5-204.2↔	Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand
5-204.3↔ Erweiterungsplastik Radikalhöhleneingang	5-204.3↔	Plastik des Eingangs des Gehörgangs
	5-204.x↔	Sonstige
	5-204.y	N.n.bez.

Kapitel 5-205 „Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr“

Inkl.: Cholesteatom- und Tumorentfernung

Exkl.: Exzision am Glomus tympanicum (5-041)

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005	
	5-205.0	An der Paukenhöhle
	5-205.1	Am Labyrinth
	5-205.2	An der Pyramidenspitze
	5-205.3	An der Otobasis
	5-205.4	Am Mastoid
	5-205.x↔	Sonstige
	5-205.y	N.n.bez.

Kapitel 5-206 bis 5-207 „Fensterung des Innenohres“ und „-Revision

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005	
5-206 bis 5-207 streichen	5-206.2↔	Venenpatch der Fensterungshöhle
	5-206.3↔	ohne weitere Maßnahmen
	5-206.x↔	Sonstige
	5-206.y	N.n.bez.
	5-207↔	Revision einer Fensterung des Innenohres

Kapitel 5-208 „Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres

© DRG-Research-Group 2005

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005	
	5-208.0↔	Kochleosaccotomie
	5-208.1↔	Dekompression oder Drainage des Saccus endo-lymphaticus (mit Shunt)
	5-208.2↔	Labyrinthektomie, transtympanal
	5-208.3↔	Labyrinthektomie, transmastoidal
	5-208.4↔	Labyrinthdestruktion, transtympanal
	5-208.5↔	Labyrinthdestruktion, transmastoidal
	5-208.x↔	Sonstige
	5-208.y	N.n.bez.

Kapitel 5-209 „Andere Operationen am Mittel- und Innenohr“

OPS-Überarbeitung	OPS-Kodes 2005	
	5-209.0↔	Tympanosympathektomie
	5-209.1↔	Operation an der Tuba auditiva
5-209.2- Einführung eines Kochleaimplantates .20↔ streichen .21↔ streichen .22↔ mit Einzelelektrode .23↔ mit Doppel-Array	5-209.2- Einführung eines Kochleaimplantates .20↔ Intrakochleär .21↔ Extrakochleär	
	5-209.3↔	Implantation von Knochenankern
	5-209.4↔	Verschluß einer Labyrinthfistel
	5-209.5↔	Verschluß einer Mastoidfistel
	5-209.6↔	Remastoidektomie
	5-209.7↔	Wechsel eines Kochleaimplantates
	5-209.8↔	Entfernung eines Kochleaimplantates
	5-209.9- Einführung eines teilimplantierbaren Hörgerätes .90↔ Ohne Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette .91↔ Mit Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette	
	5-209.a- Einführung eines vollimplantierbaren Hörgerätes .a0↔ Ohne Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette .a1↔ Mit Unterbrechung der Kette	
	5-209.b↔	Wechsel eines implantierbaren Hörgerätes
	5-209.c↔	Entfernung eines implantierbaren Hörgerätes
	5-209.x↔	Sonstige
	5-210.y	N.n.bez.

6.12 Anpassungsvorschlag zur Neuordnung von Fällen mit komplexen Eingriffen an den Speicheldrüsen (G-DRG D05Z) im G-DRG-System 2006

6.12.1 Problembeschreibung

Im G-DRG-System 2005 werden Fälle mit komplexen Eingriffen an den Speicheldrüsen in die G-DRG D05Z gruppiert. Es handelt sich bei den gruppierungsrelevanten Eingriffen dieser G-DRG ausschließlich um Eingriffe an der Ohrspeicheldrüse. Hierbei können die beiden Gruppen partielle und komplette Parotidektomie unterschieden werden.

Zwischen beiden Gruppen besteht allerdings ein erheblicher Unterschied bezüglich operativem Aufwand und postoperativer Verweildauer. Dies ist sowohl auf die zugrunde liegenden Erkrankungen (bei kompletter Parotidektomie oft bösartige Neubildungen oder chronische-vernarbende Entzündungen) als auch durch das wesentlich höhere Risiko von Läsionen des N. facialis bei kompletten Parotidektomien bedingt. Eine Eingruppierung von Fällen mit partieller und kompletter Parotidektomie in der gleichen G-DRG führt demnach zu erheblichen Aufwand-, Leistungs- und Verweildauerinhomogenitäten innerhalb der G-DRG D05Z, zumal komplette Parotidektomien häufiger in spezialisierten Zentren operiert werden. Da die Fallzahl von kompletten Parotidektomien im Vergleich zu partiellen wesentlich geringer ist, sind diese Inhomogenitäten weniger auffällig.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 342 Fälle mit komplexen Eingriffen an den Speicheldrüsen, die in die G-DRG D05Z eingruppiert wurden, analysiert.

Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass für eine sachgerechte G-DRG-Abbildung komplexer Eingriffe an den Speicheldrüsen, eine Differenzierung von kompletten (sehr komplexen) und partiellen (komplexen) Parotidektomien auf G-DRG-Ebene erfolgen sollte (s. Abbildung 6-15).

© DRG-Research-Group 2005

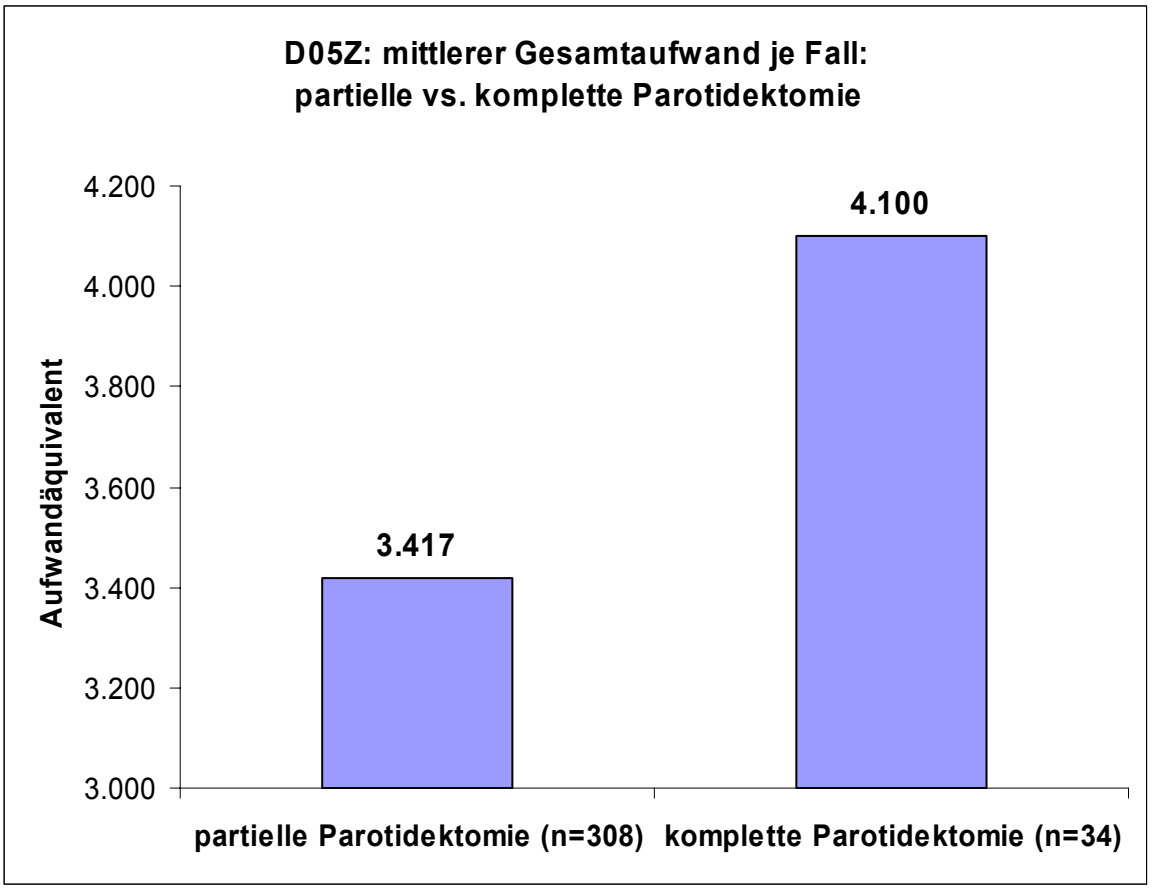

Abbildung 6-15 Darstellung von Fällen mit komplexen Eingriffen an den Speicheldrüsen in Abhängigkeit partieller und kompletter Parotidektomien

6.12.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen mit komlexen Eingriffen an den Speicheldrüsen in Abhängigkeit einer partiellen bzw. kompletten Parotidektomie verbunden mit einem entsprechenden Split der G-DRG D05Z deutlich zu verbessern.

Es sollten die folgenden Fallgruppen gebildet werden:

G-DRG 2006	G-DRG-Bezeichnung
D05Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen
D47Z	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen

D05Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen

Prozedur in TAB-D05-1

TAB-D05-1

5262.10↔	Parotidekt, kompl Erhalt N fac, oh intraop FazMonit
5262.11↔	Parotidekt, kompl Erhalt N fac, intraop FazMonit
5262.20↔	Parotidektomie, komplett, mit Teilresektion des N. facialis
5262.21↔	Parotidektomie, komplett, mit Resektion des N. facialis
5262.2x↔	Parotidekt, kompl sonst Resekt N fac
5262.3↔	Parotidekt, kompl Resekt u Reko N fac

D47Z	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen

Prozedur in TAB-D47-1

TAB-D47-1

5262.00↔	Parotidekt, part, oh intraop FazMonit
5262.01↔	Parotidekt, part, intraop FazMonit
5263.01↔	Naht (nach Verletz) SpeicheldrAusfG

© DRG-Research-Group 2005

6.13 Anpassungsvorschlag zur Neuzuordnung des OPS-Kodes 5-293.1 Pharyngoplastik mit gestieltem myokutanen Lappen im G-DRG-System 2006

6.13.1 Problembeschreibung

Im G-DRG-System 2005 wurden große Eingriffe an Kopf und Hals neu strukturiert. War im G-DRG-System 2004 noch eine Basis-DRG mit zwei abrechenbaren G-DRGs für Patienten mit entsprechenden Eingriffen vorgesehen, so stehen im G-DRG-System 2005 insgesamt sechs abrechenbare G-DRGs zur Verfügung. Das Hauptdifferenzierungskriterium zwischen diesen sechs G-DRGs ist die Komplexität des operativen Eingriffs.

Fälle mit komplexen Resektionen und „lappenchirurgischen" Rekonstruktionen an Kopf und Hals werden im G-DRG-System 2005 mehrheitlich in die G-DRGs D02Z Komplexe Resektionen und Rekonstruktionen an Kopf und Hals bzw. D24Z Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals gruppiert. Eine Ausnahme stellt in diesem Zusammenhang die Pharyngoplastik mit gestieltem myokutanen Lappen (OPS-Kode 5-293.1) dar. Dies umfasst z. B. die Pharyngoplastik durch Pectoralislappen und Latissimus-dorsi-Lappen. Diese rekonstruktiven Eingriffe an Kopf und Hals werden derzeit in die G-DRGs D25Z und D26Z eingruppiert, welche Fallgruppen mit mäßig komplexen Eingriffen an Kopf und Hals zusammenfassen. Diese Zuordnung ist nicht sachgerecht. Die Komplexität der Eingriffe sowie der intra- und postoperative Ressourcenverbrauch sind erheblich höher als die entsprechenden Aufwände der G-DRGs D25Z und D26Z. Die Fallzahlen, bei denen eine Rekonstruktion gemäß dem OPS-Kode 5-293.1 durchgeführt wird, sind jedoch relativ gering, so dass die höheren Gesamtaufwendungen je Fall innerhalb der anderen Fälle der G-DRGs D25Z oder D26Z bei der Kalkulation wahrscheinlich nicht auffällig waren.

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 160 Fälle, welche in die G-DRG D25Z eingruppiert wurden, analysiert. Hierbei ergab sich ein mittlerer Gesamtaufwand je Fall von 8.187 Aufwandäquivalenzwerten. Bei zwei Fällen wurden Rekonstruktionen mittels Pharyngoplastik mit gestieltem myokutanen Lappen (OPS-Kode 5-293.1) durchgeführt. Der mittlere Gesamtaufwand beider Fälle betrug 22.350 Aufwandäquivalenzwerte und war demnach nahezu dreimal höher als der mittlere Gesamtauf-

wand aller Fälle der G-DRG D25Z. Im Sinne einer verbesserten Abbildungsqualität rekonstruktiver Eingriffe an Kopf und Hals sollte diese Inhomogenität durch eine leistungsgerechte Neuzuordnung des OPS-Kodes 5-293.1 zu anderen G-DRGs der MDC03 erfolgen.

6.13.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen, welche Rekonstruktionen mittels Pharyngoplastik mit gestieltem myokutanen Lappen (OPS-Kode 5-293.1) erhalten, durch die Überführung des OPS-Kodes 5-293.1 als gruppierungsrelevanten OPS-Kodes der G-DRGs D02Z bzw. D24Z deutlich zu verbessern.

Wir empfehlen daher, den folgenden OPS-Kode aus der TAB-D25-2 zu streichen und der TAB-D02-1 oder TAB-D24-1 hinzuzufügen:

- 5-293.1 Pharyngoplastik mit gestieltem myokutanen Lappen

Das InEK wird gebeten, an einer größeren Stichprobe zu überprüfen, ob der OPS-Kode 5-293.1 bezüglich des kalkulierten Ressourcenverbrauchs der G-DRG D02Z oder G-DRG D24Z zugeordnet werden sollte.

© DRG-Research-Group 2005

6.14 Anpassungsvorschlag zur Zuordnung bisher nicht gruppierungsrelevanter Prozeduren im G-DRG-System 2006

6.14.1 Problembeschreibung

Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch nicht gruppierungsrelevante operative Prozeduren im HNO-Bereich analysiert.

Derzeit werden eine Reihe von Patienten mit operativen Prozeduren im HNO-Bereich keiner G-DRG der chirurgischen Partition zugeordnet. Die Durchführung einer solchen Prozedur führt demnach zur einer Eingruppierung in eine G-DRG der medizinischen Partition. Für eine Reihe von Fallkonstellationen mit operativen Prozeduren führt dies zu einer nicht sachgerechten Abbildung, da die Durchführung der Prozeduren ausschließlich in einem Operationsraum und in der Regel unter Vollnarkose durchgeführt wird.

Eine Zuordnung dieser operativer Prozeduren zu G-DRGs der chirurgischen Partition würde zu einer deutlichen Verbesserung der Abbildungsqualität dieser Leistungen führen.

6.14.2 Lösungsmöglichkeit

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie schlägt daher vor, die Abbildungsqualität von Fällen mit derzeit nicht gruppierungsrelevanten operativen Prozeduren zu verbessern, indem diese künftig gruppierungsrelevant werden.

Es handelt sich um die folgenden OPS-Prozeduren. Die vierte Spalte der folgenden Tabelle listet enthält eine Zuordnungsempfehlung:

OPS-Kode	Zu-satz	OPS-Titel	Gruppierungs-empfehlung für
5-270.4	↔	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Parotisregion	D06 –G-DRG 2005 „andere Eingriffe an den Speicheldrüsen“
5-270.5		Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär	
5-270.6	↔	Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submandibulär, kieferwinkelnah	
5-270.7		Äußere Inzision und Drainage im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich: Submental	
5-284.0		Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille: Transoral	D30 –G-DRG 2005 „analog Tonsillektomie“
5-319.0		Andere Operationen an Larynx und Trachea: Dilatation des Larynx	Definierte, aufwandsähnliche Gruppe („Schienung der oberen Atem- und Speisewege“): Zuordnung anhand der InEK-Kalkulationsdaten erbeten
5-319.11		Andere Operationen an Larynx und Trachea: Dilatation der Trachea (endoskopisch) Ohne Einlegen einer Schiene (Stent)	
5-319.60		Wechsel einer trachealen Schiene (Stent) Auf eine Schiene (Stent), hybrid/dynamisch	
5-319.61		Wechsel einer trachealen Schiene (Stent) Auf eine Schiene (Stent), Kunststoff	
5-319.62		Wechsel einer trachealen Schiene (Stent) Auf eine Schiene (Stent), Metall	
5-319.7		Entfernung einer trachealen Schiene (Stent)	
5-429.0		Andere Operationen am Ösophagus: Anlegen einer ösophagotrachealen Fistel	z.B. D12 –G-DRG 2005
5-429.J2		Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese: Entfernung	Definierte, aufwandsähnliche Gruppe („Schienung der oberen Atem- und Speisewege“): Zuordnung anhand der InEK-Kalkulationsdaten erbeten
5-429.K1		Andere Operationen am Ösophagus: Maßnahmen bei nicht selbstexpandierender Prothese: Einlegen oder Wechsel, endoskopisch	
5-778.2		Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht: Plastische Sofortrekonstruktion	Zuordnung anhand der InEK-Kalkulationsdaten erbeten
5-77A.0	↔	Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen: Einführung der Implantate	Zuordnung anhand der InEK-Kalkulationsdaten erbeten
5-77A.2	↔	Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen: Freilegung der Implantate und Fixation einer Distanzhülse	
5-77A.X	↔	Implantatversorgung für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen: Sonstige	
9-310		Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	Gesonderte Betrachtung innerhalb der *medizinischen DRGs* anhand der InEK-Kalkulationsdaten erbeten
9-311		Integrierte phoniatrisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens	
9-312		Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung	

© DRG-Research-Group 2005

7 Vorschläge zur Anpassung des OPS-Kataloges

7.1 Rhinochirurgische Eingriffe

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Name *	Alberty
Vorname *	Jürgen
Titel	PD Dr. med..
Straße	Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Münster Kardinal-von-Galen-Ring 10
PLZ	48129
Ort	Münster
E-Mail-Adresse *	alberty.hno@uni-muenster.de
Telefon *	0251 - 8356827
Telefax	0251 - 8356812

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Hörmann
Vorname	Karl
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	Universitäts-HNO-Klinik Mannheim Theodor - Kutzer - Ufer
PLZ	68135
Ort	Mannheim
E-Mail-Adresse	Karl.hoermann@hno.ma.uni-heidelberg.de
Telefon	0621 - 3833965
Telefax	0621 - 3833827

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

☑ Ja

☐ Nein

Name der Fachgesellschaft:
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Status der Abstimmung:

☐ Begonnen

☑ Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

☐ Ja

☑ Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

☐ Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

☑ Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Dieser Vorschlag bezieht sich auf die OPS-Kode-Gruppen 5-214ff Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums sowie 5-218ff Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]. Inhaltliche Veränderungen ergeben sich wie folgt:

Zu 5-214ff:

- es soll eine sprachliche Differenzierung zwischen einer plastischen Korrektur und einer plastischen Rekonstruktion des Nasenseptums eingeführt werden, um den erhöhten Ressourcenverbrauch plastischer Rekonstruktionen deutlich machen zu können.
- bei plastischen Rekonstruktionen soll die Art der Rekonstruktion abgebildet werden können

Zu 5.218ff:

- es soll eine sprachliche Differenzierung zwischen korrigierenden Septorhinoplastiken und einer plastischen Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase eingeführt werden, um den erhöhten Ressourcenverbrauch einer plastischer Rekonstruktionen deutlich machen zu können
- bei plastischen Rekonstruktionen der inneren und äußeren Nase soll die Art der Rekonstruktion abgebildet werden können
- sowohl bei korrigierenden Septorhinoplastiken als auch bei plastischen Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase soll die Verwendung allogener und xenogener Transplantate abgebildet werden können. Dies ist für eine aufwandsgerechte Zuordnung im Rahmen der Überarbeitung der G-DRG-Systems von grosser Bedeutung.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Nachfolgend finden Sie Überleitungstabellen von den OPS-Kodes 2005 (rechte Spalte) zu den neu zu beantragenden OPS-Kodes 2006 (linke Spalte). Neuerungen sind mit grauen Balken hinterlegt.

Zur Verbesserung der weiteren Verarbeitung bei Ihnen werden die folgenden Tabellen als separate Dateien mitgeliefert.

1. Überarbeitung des OPS-Kapitels 5-214ff Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums:

© DRG-Research-Group 2005

OPS-Überarbeitung für 2006		OPS-Kodes 2005	
5-214.0	unverändert	5-214.0	Submuköse Resektion
5-214.1	Plastische Korrektur ohne Resektion	5-214.1	Plastische Rekonstruktion ohne Resektion
5-214.2	Plastische Korrektur mit Resektion	5-214.2	Plastische Rekonstruktion mit Resektion
5-214.3	unverändert	5-214.3	Septumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)
5-214.4	unverändert	5-214.4	Dermatoplastik (z.B. bei Septumperforation), exkl. Dermatoplastik am Vestibulum nasi (5-210.5)
5-214.5 .50 .51 .52	Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums Mit lokalen Transplantaten (Austauschplastik) Mit distalen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel) Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten		
5-214.x	unverändert	5-214.x	Sonstige
5-214.y	unverändert	5-214.y	N.n.bez.

Hinweise:

- Bei Revisions-Eingriffen ist der Zusatzkode für Reoperationen zu kodieren (5-983)
- Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)

2. Überarbeitung des OPS-Kapitels 5-218ff
Exkl.: Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase bei Verbrennungen (5-92).
Hinw.: Die Kodes .0, .1 und .2 sind als 6-Steller zu kodieren:

OPS-Überarbeitung 2006		OPS-Kodes 2005	
5-218.0-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels Inkl.: Nasenspitzenplastik, Naseneingangskorrektur, Nasenstegverlängerung, Nasenklappenkorrektur	5-218.0-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels Inkl.: Nasenspitzenplastik, Naseneingangskorrektur, Nasenstegverlängerung
.00	Mit lokalen Transplantaten	.00	Mit lokalen Transplantaten
.01	Mit distalen Transplantaten	.01	Mit distalen Transplantaten
.02	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	.0x	Sonstige
.0x	Sonstige		
5-218.1-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens	5-218.1-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens
.10	Mit lokalen Transplantaten	.10	Mit lokalen Transplantaten
.11	Mit distalen Transplantaten	.11	Mit distalen Transplantaten
.12	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	.1x	Sonstige
.1x	Sonstige		
5-218.2-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens Inkl.: Korrektur einer Schief- oder Spannungsnase	5-218.2-	Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens
.20	Mit lokalen Transplantaten	.20	Mit lokalen Transplantaten
.21	Mit distalen Transplantaten	.21	Mit distalen Transplantaten
.22	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	.2x	Sonstige
.2x	Sonstige		

5-218.3	unverändert	5-218.3	Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen Hinw.: Die verwendeten Transplantate sind gesondert zu kodieren
5-218.4-	Plastische **Rekonstruktion** der inneren und äußeren Nase Inkl.: Aufbau einer komplexen Sattelnase, Revisions-Septorhinoplastiken mit komplexer Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase		
.20	Mit lokalen Transplantaten		
.21	Mit distalen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)		
.22	Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten		
.2x	Sonstige		
5-218.x	unverändert	5-218.x	Sonstige
5-218.y	unverändert	5-218.y	N.n.bez.

Hinweise:
- Bei Revisions-Eingriffen ist der Zusatzkode für Reoperationen zu kodieren (5-983)
- Die Entnahme von Rippenknorpel ist gesondert zu kodieren (5-349.4)

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Der OPS-Katalog 2005 weist bei der Abbildung von Eingriffen an der Nase nicht die erforderlichen Differenzierungen auf, um komplexe und weniger komplexe operative Eingriffe unterscheiden zu können. Dies gilt insbesondere für die OPS-Kode-Gruppen 5-214ff Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums sowie 5-218ff Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]. Damit ist derzeit auch keine sachgerechte Aussage über den Ressourcenverbrauch der einzelnen OPS-Kodes möglich. Diese Aussage ist jedoch im Sinne einer hohen Abbildungsqualität und sachgerechten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems von großer Notwendigkeit.
Parallel zu diesem Anpassungsvorschlag ist eine umfassende Überarbeitung der G-DRGs für Eingriffe an der Nase fristgerecht beim InEK beantragt worden. Die im folgenden vorgestellten neu strukturierten OPS-Kodes bilden ein zentrales Element bei der Neuzuordnung von gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zu den ebenfalls neu strukturierten G-DRGs für Eingriffe an der Nase.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

☑ Ja

☐ Nein

Begründung:
Die vorgestellten neu strukturierten OPS-Kodes bilden ein zentrales Element bei der Neuzuordnung von gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zu den ebenfalls neu strukturierten G-DRGs für Eingriffe an der Nase.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

☑ Ja

☐ Nein

Begründung:
Erforderlich wie auch im bisherigen Rahmen.

Verbreitung des Verfahrens **(nur bei Vorschlägen für den OPS**

☐ Standard

☑ Etabliert

☐ In der Evaluation

☐ Experimentell

☐ Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) **(nur bei Vorschlägen**

© DRG-Research-Group 2005

für den OPS) Mehrere Tausend Fälle / Jahr
Geschätzte **Kosten** der Prozedur **(nur bei Vorschlägen für den OPS)**

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

7.2 Eingriffe an den Nasennebenhöhlen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Name *	Alberty
Vorname *	Jürgen
Titel	PD Dr. med..
Straße	Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Münster Kardinal-von-Galen-Ring 10
PLZ	48129
Ort	Münster
E-Mail-Adresse *	alberty.hno@uni-muenster.de
Telefon *	0251 - 8356827
Telefax	0251 - 8356812

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Hörmann
Vorname	Karl
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	Universitäts-HNO-Klinik Mannheim Theodor - Kutzer - Ufer
PLZ	68135
Ort	Mannheim
E-Mail-Adresse	Karl.hoermann@hno.ma.uni-heidelberg.de
Telefon	0621 - 3833965
Telefax	0621 - 3833827

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

☑ Ja

☐ Nein

Name der Fachgesellschaft:
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Status der Abstimmung:

☐ Begonnen

☑ Abgeschlossen

© DRG-Research-Group 2005

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

☐ Ja

☑ Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

☐ Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

☑ Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Dieser Vorschlag bezieht sich auf die OPS-Kode-Gruppen

- 5-220: Einführung von klinisch üblichen Beschreibungen
- 5-221: Streichung von im klinischen Gebrauch unüblichen Beschreibungen, Einführung neuer OPS-Kodes zur eindeutigen Kennzeichnung der verwendeten Verfahren, 5-221.5 könnte künftig als Zusatzkode zur Kennzeichnung einer Re-Operation verwendet werden.
- 5-222: Einführung bisher nicht vorhandener obligater Zusatzkennzeichen für rechts, links und beidseits gemäß dem klinischen Vorgehen/Sprachgebrauch
- 5-223: Einführung bisher nicht vorhandener obligater Zusatzkennzeichen für rechts, links und beidseits, 5-223.4 könnte künftig als Zusatzkode zur Kennzeichnung einer Re-Operation verwendet werden.
- 5-224: Etablierung von OPS-Kodes für klinisch definierte sogenannte Pansinus-Operationen, Einführung bisher nicht vorhandener obligater Zusatzkennzeichen für rechts, links und beidseits, Einführung von klinisch üblichen Beschreibungen (die Vorschläge sind für die Weiterentwicklung der G-DRG-Systems von Bedeutung)
- 5-225: beibt unverändert
- 5-229: bleibt unverändert

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

5-22 Operationen an den Nasennebenhöhlen

5-220 Nasennebenhöhlenpunktionen

OPS-Überarbeitung 206		OPS-Kodes 2005	
5-220.0↔	übernehmen	5-220.0↔	Scharfe Kieferhöhlenpunktion (über unteren Nasengang), *inkl. Spülung und Drainage*
5-220.1↔	übernehmen	5-220.1↔	Stumpfe Kieferhöhlenpunktion (über mittleren Nasengang) , *inkl. Spülung und Drainage*
5-220.2↔	übernehmen	5-220.2↔	Kieferhöhlenpunktion über Fossa canina
5-220.3	übernehmen	5-220.3↔	Stirnhöhlenpunktion nach Beck
5-220.4↔	Keilbeinhöhlenpunktion, endonasal	5-220.4	Keilbeinhöhlenpunktion, transnasal
5-220.x↔	übernehmen	5-220.x↔	Sonstige
5-220.y	übernehmen	5-220.y	N.n.bez.

5-221 Operationen an der Kieferhöhle		*Hinw.: Inkl. Polypenentfernung, exkl. Fistelverschluss (5-225.4, 5-225.5), Transoral entspricht Zugang nach Caldwell-Luc.*	
5-221.0↔	übernehmen	5-221.0↔	Fensterung über unteren Nasengang
5-221.1↔	übernehmen	5-221.1↔	Fensterung über mittleren Nasengang
Streichen		5-221.2↔	Schleimhauterhaltende Operation, transoral oder transnasal

Streichen		5-221.3↔	Osteoplastische Operation, transoral oder transnasal
Streichen		5-221.4↔	Radikaloperation, transoral oder transnasal
Streichen bzw. als Zusatzkode einführen		5-221.5↔	Reoperation, transoral oder transnasal
5-221.6↔	endonasale Kieferhöhlenoperation		
5-221.7↔	osteoplastische Kieferhöhlen-operation (transoral)		
5-221.8↔	Kieferhöhlenradikalopera-tion (Caldwell-Luc)		
5-221.x↔	übernehmen	5-221.x↔	Sonstige
5-221.y	übernehmen	5-221.y	N.n.bez.
5-222 Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle		*Inkl.: Polypenentfernung, Elektrokoagulation von Blutungen* *Excl.: Dakryozystorhinostomie (5-087), Ethmoidspheoidektomie (5-224.3)* *Hinw.: Die Kodes .1, .2, .3, .5, und .7 sind als 6-Steller zu kodieren:*	
5-222.0↔	Infundibulotomie	5-222.0	Infundibulotomie
5-222.1- .10↔ .11↔	Ethmoidektomie von außen Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädel-basis	5-222.1- .10 .11	Ethmoidektomie von außen Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.2- .20↔ .21↔	Ethmoidektomie, endonasal, inkl. Infundibulotomie Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schä-delbasis	5-222.2- .20 .21	Ethmoidektomie, transnasal, inkl. Infundibulo-tomie Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.3- .30↔ .31↔	Ethmoidektomie, trans-maxillär Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schä-delbasis	5-222.3- .30 .31	Ethmoidektomie, transmaxillär Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.4↔	Sphenoidotomie, endonasal	5-222.4	Sphenoidotomie
5-222.50↔ 5-222.51↔	übernehmen übernehmen	5-222.5- .50↔ .51↔	Sphenoidektomie von außen Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.6↔	übernehmen	5-222.6↔	Sphenoidektomie, transseptal
5-222.70↔ 5-222.71↔	übernehmen übernehmen	5-222.7- .70↔ .71↔	Sphenoidektomie, transmaxilloethmoidal Ohne Darstellung der Schädelbasis Mit Darstellung der Schädelbasis
5-222.x↔	übernehmen	5-222.x↔	Sonstige
5-222.y	übernehmen	5-222.y	N.n.bez.
5-223 Operationen an der Stirnhöhle		*Hinw.: inkl. Polypenentfernung*	
5-223.0↔	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbo-dens (OP nach Ritter- Jansen)	5-223.0	Von außen mit Fensterung des Stirnhöh-lenbodens (OP nach Ritter-Jansen)
5-223.1↔	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)	5-223.1	Von außen mit Fensterung des Stirnhöhl-enbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)

© DRG-Research-Group 2005

5-223.2↔	Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)	5-223.2	Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlen-vorderwand (OP nach Riedel)
5-223.3↔	Osteoplastische Operation	5-223.3	Osteoplastische Operation
streichen bzw. als Zusatzkode verwenden		5-223.4	Reoperation von außen
5-223.5↔	Endonasale Stirnhöhlenoperation	5-223.5	Transnasal
5-223.6↔	Anlage einer Mediandrainage		
5-224 Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen		*Hinw.: Die Kodes .6, und .7 sind als 6-Steller zu kodieren:*	
5-224.0↔	Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert endonasal und transantral (Luc-de Lima)	5-224.0	Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert transnasal und transantral (Luc-de Lima)
5-224.1↔	Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert endonasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)	5-224.1	Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert transnasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)
5-224.2↔	Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal	5-224.2	Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal
5-224.3↔	Ethmoidsphenoidektomie, endonasal	5-224.3	Ethmoidsphenoidektomie, transnasal
5-224.4↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	5-224.4	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal
5-224.5↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär	5-224.5	Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär
5-224.6- .60↔ .61↔ .62↔ .64↔ .6x↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation) Sonstige	5-224.6- .60 .61 .62 .6x	Mehrere Nasennebenhöhlen, transnasal Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Sonstige
5-224.7- .70↔ .71↔ .72↔ .73↔ .7x↔	Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Mit Darstellung der Schädelbasis Sonstige	5-224.7- .70 .71 .72 .7x	Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert transasal und von außen Mit Teilentfernung der Lamina papyracea Mit Schlitzung der Periorbita Mit Entlastung eines Abszesses Sonstige

5-224.x↔	Sonstige	5-224.x	Sonstige
5-224.y	übernehmen	5-224.y	N.n.bez.
Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen			
5-225.0	übernehmen	5-225.0	Durch Rekonstruktion des Stirnbeins
5-225.1	übernehmen	5-225.1	Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand
5-225.2	übernehmen	5-225.2	Rekonstruktion der Stirnhöhlenhinterwand
5-225.3	übernehmen	5-225.3	Kranialisation der Stirnhöhle
5-225.4↔	übernehmen	5-225.4↔	Verschluß einer alveoloantralen Fistel
5-225.5↔	übernehmen	5-225.5↔	Verschluß einer oroantralen Fistel
5-225.x↔	übernehmen	5-225.x↔	Sonstige
5-225.y	übernehmen	5-225.y	N.n.bez.
Andere Operationen an den Nasennebenhöhlen – Revisionen		*Hinweis: Wiedereröffnung des Operationsgebietes bei postoperativen oder traumatischen Komplikationen*	
5-229.0↔	übernehmen	5-229.0↔	Revision
5-229.1↔	Revision mit Versorgung der Schädelbasis	5-229.1	Revision mit Versorgung der Schädelbasis
5-229.2↔	übernehmen	5-229.2↔	Revision mit Versorgung der Orbita
5-229.x↔	übernehmen	5-229.x↔	Sonstige
5-229.y	übernehmen	5-229.y	N.n.bez.

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Der OPS-Katalog 2005 weist bei der Abbildung von Eingriffen an den NNH:

- nicht die erforderlichen Differenzierungen auf, um komplexe und weniger komplexe operative Eingriffe unterscheiden zu können
- es fehlt darüber hinaus bei einer Reihe von Eingriffen an den NNH die Kennzeichnung zur obligaten Anwendung der Zusatzkennzeichen für rechts, links und beidseits. Dies entsprechende Ergänzung dieser Zusatzinformationen ist auch zur Darstellung eines erhöhten Ressourcenverbrauches von großer Bedeutung.
- es fehlt bisher ein eindeutiger OPS-Kode für die sehr häufig im klinischen Alltag durchgeführte sogenannte „Pansinus-Operation“. Hierbei handelt es sich um eine Operation an mehreren NHH, welche bisher lediglich über die Kombination von mehreren Einzel-Kodes kodiert werden kann und daher aus systematischen Gründen im G-DRG-System nicht korrekt abgebildet wird.
- Diese Kombination von Einzelkodes bei „Pansinus“-Operationen geschieht, wie Analysen im Rahmen des DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt wurde, gezeigt haben, darüber hinaus sehr uneinheitlich.
- Zwei derzeitige OPS-Kodes, welche Re-Operationen bzw. Revisionseingriffe beschreiben, sollten zukünftig nur noch als Zusatzkodes Verwendung finden.

Parallel zu diesem Anpassungsvorschlag ist eine umfassende Überarbeitung der G-DRGs für Eingriffe an den NNH fristgerecht beim InEK beantragt worden. Die vorgestellten neu strukturierten OPS-Kodes bilden ein zentrales Element bei der Neuzuordnung von gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zu den ebenfalls neu strukturierten G-DRGs für Eingriffe an den NNH.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

☑ Ja

☐ Nein

Begründung:

Die vorgestellten neu strukturierten OPS-Kodes bilden ein zentrales Element bei der Neuzuordnung von gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zu den ebenfalls neu strukturierten G-DRGs für Eingriffe an den NNH.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

☑ Ja

☐ Nein

© DRG-Research-Group 2005

Begründung: Erforderlich wie auch im bisherigen Rahmen.
Verbreitung des Verfahrens **(nur bei Vorschlägen für den OPS** ☐ Standard ☑ Etabliert ☐ In der Evaluation ☐ Experimentell ☐ Unbekannt
Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) **(nur bei Vorschlägen für den OPS)** Mehrere Tausend Fälle / Jahr
Geschätzte **Kosten** der Prozedur **(nur bei Vorschlägen für den OPS)**

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

7.3 Otochirurgische Eingriffe

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Name *	Alberty
Vorname *	Jürgen
Titel	PD Dr. med..
Straße	Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Münster Kardinal-von-Galen-Ring 10
PLZ	48129
Ort	Münster
E-Mail-Adresse *	alberty.hno@uni-muenster.de
Telefon *	0251 - 8356827
Telefax	0251 - 8356812

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Hörmann
Vorname	Karl
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	Universitäts-HNO-Klinik Mannheim Theodor - Kutzer - Ufer
PLZ	68135
Ort	Mannheim
E-Mail-Adresse	Karl.hoermann@hno.ma.uni-heidelberg.de
Telefon	0621 - 3833965
Telefax	0621 - 3833827

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

☑ Ja

☐ Nein

Name der Fachgesellschaft:
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Status der Abstimmung:

☐ Begonnen

☑ Abgeschlossen

© DRG-Research-Group 2005

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

☐ Ja

☑ Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

☐ Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

☑ Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Dieser Vorschlag bezieht sich auf die OPS-Kode-Gruppen

- 5-190: kann entfallen, wird mit 5-191 zusammengeführt
- 5-191 / 5-192: Differenzierung in Abhängigkeit der Verwendung von Mittelohrprothesen und der Art der Prothese (wesentlich für DRG-Weiterentwicklung)
- 5-193: kann komplett entfallen
- 5-194: Streichung von im klinischen Gebrauch unüblichen Beschreibungen
- 5-195 / 5-196: Differenzierung in Abhängigkeit der Verwendung von Mittelohrprothesen und der Art der Prothese (s.o.), Streichung nicht mehr gebräuchlicher Verfahren, Zusammenführung klinisch häufiger Kombinationen von Tympanoplastiken und Eingriffen am Mastoid (wesentlich für DRG-Weiterentwicklung)
- 5-199: kann komplett entfallen
- 5-200 / 5-201: Ersetzen des Begriffs Paukendrainage durch Paukenröhrchen, Einführung einer Erläuterung bei sonstigen Eingriffen
- 5-202: Zusammenfassung zweier OPS-Kodes entsprechend der üblichen klinischen Vorgehensweise
- 5-203: Streichung von OPS-Kodes mit klinisch unüblichen Beschreibungen und sich überschneidender Verfahren, Einführung von klinisch üblichen Beschreibungen
- 5-204: Einführung von klinisch üblichen Beschreibungen
- 5-205: bleibt unverändert
- 5-206 / 5-207: kann komplett entfallen
- 5-208: bleibt unverändert
- 5-209: Einführung von klinischen Beschreibungen, Differenzierung der Cochlea-Implantate (wesentlich für DRG-Weiterentwicklung)

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Nachfolgend finden Sie Überleitungstabellen von den OPS-Kodes 2005 (rechte Spalte) zu den neu zu beantragenden OPS-Kodes 2006 (linke Spalte). Neuerungen sind mit grauen Balken hinterlegt.

7.3.1.1 OPS-Kode-Gruppen: 5-190 bis 5-192: Stapesoperationen und -Revisionen

OPS-Überarbeitung 2006		**OPS-Kodes 2005**	
streichen		5-190↔	Stapedotomie
5-191.0↔ .00↔ .01↔ .02↔	Stapedotomie/Stapedektomie ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schuknecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-191.0↔	Stapedektomie mit Interposition und Implantation einer Prothese
5-191.1↔ .10↔ .11↔	Fensterungsoperation des Promontoriums ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schuknecht)	5-191.1↔	Stapedektomie mit Fensterung des Promontoriums und Implantation einer Prothese

.12↔	mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)		
5-191.x↔	übernehmen	5-191.x↔	Sonstige
5-191.y	übernehmen	5-191.y	N.n.bez.
5-192.0↔ .00↔ .01↔ .02↔	Revision einer Stapedektomie ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schu-knecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-192.0↔	Revision einer Stapedektomie ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters
5-192.1↔ 0↔ 1↔ 2↔	Revision einer Stapedektomie mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. n. Schu-knecht) mit alloplastischer Prothese (z.B. Piston)	5-192.1↔	Revision einer Stapedektomie mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters
5-192.y	übernehmen	5-192.y	N.n.bez.

7.3.1.2 OPS-Kode-Gruppe:5-193: Andere Operationen an den Gehörknöchelchen

OPS-Überarbeitung 2006	**OPS-Kodes 2005**	
Streichen	5-193.0↔	Rekonstruktion
Streichen	5-193.1↔	Mobilisation durch Entfernung von Briden
Streichen	5-193.x↔	Sonstige
Streichen	5-193.y	N.n.bez.

7.3.1.3 OPS-Kode-Gruppe:5-194: Myringoplastik (Tympanoplastik Typ I)

OPS-Überarbeitung 2006		OPS-Kodes 2005	
5-194.0↔	endaural	5-194.0↔	endomeatal oder endaural
5-194.1↔	übernehmen	5-194.1↔	Retroaurikulär
5-194.2↔	übernehmen	5-194.2↔	Aufrichtung des Trommelfells (bei frischer Verletzung)
5-194.x↔	übernehmen	5-194.x↔	Sonstige
5-194.y	übernehmen	5-194.y	N.n.bez.

Hinw.: Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g)

7.3.1.4 OPS-Kode-Gruppen:5-195 bis 5-196: Tympanoplastik (Verschuß einer Trommel-
7.3.1.5 fellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen) und –Revision

OPS-Überarbeitung 2006		**OPS-Kodes 2005**	
streichen		5-195.0↔	Typ II
5-195.1 .10↔ .11↔ .12↔ .13↔	Tympanoplastik ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	5-195.1↔	Typ III
5-195.2 .20↔ .21↔ .22↔ .23↔	Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie (incl. Poste-riorer Zugang) ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothe-	5-195.2↔	Typ III mit Antrotomie oder Mastoidektomie

© DRG-Research-Group 2005

	se (z.B. Homoio-Ossikel)		
5-195.3 .30 .31 .32↔ .33↔ .34↔ .35↔	Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie streichen streichen ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	5-195.3- .30↔ .31↔ .3x↔	Typ III mit Attikotomie oder Attikoantrotomie Mit Höhlenverkleinerung Mit Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand Sonstige
streichen		5-195.4↔	Typ III mit Ersatzkolumella
streichen		5-195.5↔	Typ III mit Ersatzkolumella und Antrotomie oder Mastoidektomie
streichen		5-195.6↔ .60↔ .61↔ .6x↔	Typ III mit Ersatzkolumella und Attikotomie oder Attikoantrotomie Mit Höhlenverkleinerung Mit Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand Sonstige
5-195.9 .90↔ .91↔ .92↔ .93↔	Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle ohne Prothese mit autogener Prothese (z.B. Auto-Ossikel) mit alloplastischer Prothese mit allogener oder xenogener Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)		
streichen		5-195.7↔	Typ IV
streichen		5-195.8↔	Typ V
5-195.x↔	übernehmen	5-195.x↔	Sonstige
5-195.y	übernehmen	5-195.y	N.n.bez.
streichen		5-196↔	Revision einer Tympanoplastik

Hinw.: Siehe auch andere Operationen an Mittel- und Innenohr (5-20)
Die Entnahme von Temporalisfaszie ist gesondert zu kodieren (5-852.g)

7.3.1.6 OPS-Kode-Gruppe:5-199: Andere mikrochirurgische Operationen am Mittelohr

OPS-Überarbeitung 2006	**OPS-Kodes 2005**	
vollständig streichen	5-199.0↔	Kauterisation des Trommelfells (bei Perforation)
	5-199.1↔	Vestibulotomie
	5-199.x↔	Sonstige
	5-199.x↔	N.n.bez.

7.3.1.7 OPS-Kode-Gruppen:5-200 bis 5-201: Legen und Entfernen von Paukendrainagen

OPS-Überarbeitung 2006		**OPS-Kodes 2005**	
5-200.4↔	Parazentese [Myringotomie], ohne Einlegen eines Paukenröhrchens	5-200.4↔	Parazentese [Myringotomie], ohne Legen einer Pauken drainage
5-200.5↔	Parazentese [Myringotomie], mit Einlegen eines Paukenröhrchens	5-200.5↔	Parazentese [Myringotomie], mit Einlegen einer Paukendrainage
5-200.x	Sonstige (z.B. Laser-Myringotomie o.ä.)		
5-200.y	übernehmen	5-200.y	N.n.bez.
5-201↔	Entfernung eines Paukenröhrchens	5-201↔	Entfernung einer Paukendrainage

7.3.1.8 Kapitel 5-202 „Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr“

OPS-Überarbeitung 2006	**OPS-Kodes 2005**
5-202.0↔ übernehmen	5-202.0↔ Antrotomie
5-202.1↔ übernehmen	5-202.1↔ Attikotomie
5-202.2↔ übernehmen	5-202.2↔ Explorative Tympanotomie
Streichen	5-202.3↔ Tympanotomie mit Abdichtung der runden Fenstermembran
	5-202.4↔ Tympanotomie mit Abdichtung der ovalen Fenstermembran
5-202.5↔ Tympanotomie mit Abdichtung von runder und/oder ovaler Fenstermembran	
5-202.x↔ übernehmen	5-202.x↔ Sonstige
5-202.y übernehmen	5-202.y N.n.bez.

7.3.1.9 Kapitel 5-203 „Mastoidektomie“
Exkl.: Remastoidektomie (5-209.6), Mastoidektomie mit Tympanoplastik (5-195), Resektion des Os temporale (5-016.2, 5-016.3)
Die Kodes .7 sind als 6-Steller zu kodieren:

OPS-Überarbeitung 2006	OPS-Kodes 2005
5-203.0↔ übernehmen	5-203.0↔ Einfache Mastoidektomie
5-203.1↔ Anlage einer Ohrradikalhöhle (Hinweis: Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle s.o.)	5-203.1↔ Radikale Mastoidektomie
streichen	5-203.2↔ Radikale Mastoidektomie mit Myringoplastik
streichen	5-203.3↔ Radikale Mastoidektomie, modifiziert
streichen	5-203.4↔ Radikale Mastoidektomie, modifiziert mit Myringoplastik
streichen	5-203.5↔ Mit Darstellung des Sinus sigmoideus und der Dura mater
streichen	5-203.6↔ Mit hinterer Tympanotomie
5-203.70↔ übernehmen 5-203.71↔ übernehmen	5-203.7- Mit Freilegung des Fazialiskanals .70↔ Ohne Dekompression des Nerven .71↔ Mit Dekompression des Nerven
5-203.8↔ Partielle Petrosektomie	5-203.8↔ Mit partieller Resektion des Os temporale
5-203.9↔ Petrosektomie	5-203.9↔ Mit Petrosektomie
5-203.x↔ übernehmen	5-203.x↔ Sonstige
5-203.y übernehmen	5-203.y N.n.bez.

7.3.1.10 Kapitel 5-204 „Rekonstruktion des Mittelohres“
Hinw.: Die Rekonstruktion des N. facialis ist unter 5-04 zu kodieren

OPS-Überarbeitung 2006	**OPS-Kodes 2005**
5-204.0↔ übernehmen	5-204.0↔ Verkleinerung der Radikalhöhle
5-204.1↔ übernehmen	5-204.1↔ Reimplantation der hinteren Gehörgangswand
5-204.2↔ übernehmen	5-204.2↔ Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand
5-204.3↔ Erweiterungsplastik Radikalhöhleneingang	5-204.3↔ Plastik des Eingangs des Gehörgangs

© DRG-Research-Group 2005

5-204.x↔	übernehmen	5-204.x↔	Sonstige
5-204.y	übernehmen	5-204.y	N.n.bez.

7.3.1.11 Kapitel 5-205 „Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr“
Inkl.: Cholesteatom- und Tumorentfernung
Exkl.:Exzision am Glomus tympanicum (5-041)

OPS-Überarbeitung 2006		**OPS-Kodes 2005**	
5-205.0	übernehmen	5-205.0	An der Paukenhöhle
5-205.1	übernehmen	5-205.1	Am Labyrinth
5-205.2	übernehmen	5-205.2	An der Pyramidenspitze
5-205.3	übernehmen	5-205.3	An der Otobasis
5-205.4	übernehmen	5-205.4	Am Mastoid
5-205.x↔	übernehmen	5-205.x↔	Sonstige
5-205.y	übernehmen	5-205.y	N.n.bez.

7.3.1.12 Kapitel 5-206 bis 5-207 „Fensterung des Innenohres“ und „-Revision

OPS-Überarbeitung 2006	**OPS-Kodes 2005**	
5-206 bis 5-207 streichen	5-206.2↔	Venenpatch der Fensterungshöhle
	5-206.3↔	ohne weitere Maßnahmen
	5-206.x↔	Sonstige
	5-206.y	N.n.bez.
	5-207↔	Revision einer Fensterung des Innenohres

7.3.1.13 Kapitel 5-208 „Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] d. Innenohres

OPS-Überarbeitung 2006		**OPS-Kodes 2005**	
5-208.0↔	übernehmen	5-208.0↔	Kochleosaccotomie
5-208.1↔	übernehmen	5-208.1↔	Dekompression oder Drainage des Saccus endolymphaticus (mit Shunt)
5-208.2↔	übernehmen	5-208.2↔	Labyrinthektomie, transtympanal
5-208.3↔	übernehmen	5-208.3↔	Labyrinthektomie, transmastoidal
5-208.4↔	übernehmen	5-208.4↔	Labyrinthdestruktion, transtympanal
5-208.5↔	übernehmen	5-208.5↔	Labyrinthdestruktion, transmastoidal
5-208.x↔	übernehmen	5-208.x↔	Sonstige
5-208.y	übernehmen	5-208.y	N.n.bez.

7.3.1.14 Kapitel 5-209 „Andere Operationen am Mittel- und Innenohr“

OPS-Überarbeitung 2006		**OPS-Kodes 2005**	
5-209.0↔	übernehmen	5-209.0↔	Tympanosympathektomie
5-209.1↔	übernehmen	5-209.1↔	Operation an der Tuba auditiva
5-209.2- .20↔ .21↔ .22↔ .23↔	Einführung eines Kochleaimplantates streichen streichen mit Einzelelektrode mit Doppel-Array	5-209.2- .20↔ .21↔	Einführung eines Kochlea-implantates Intrakochleär Extrakochleär
5-209.3↔	übernehmen	5-209.3↔	Implantation von Knochenan-kern
5-209.4↔	übernehmen	5-209.4↔	Verschluß einer Labyrinthfistel

5-209.5↔	übernehmen	5-209.5↔	Verschluß einer Mastoidfistel
5-209.6↔	übernehmen	5-209.6↔	Remastoidektomie
5-209.7↔	übernehmen	5-209.7↔	Wechsel eines Kochlea-implan-tates
5-209.8↔	übernehmen	5-209.8↔	Entfernung eines Kochlea-implantates
5-209.90↔ 5-209.91↔	übernehmen übernehmen	5-209.9- .90↔ .91↔	Einführung eines teilimplan-tierbaren Hörgerätes Ohne Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette Mit Unterbrechung der Gehörknöchelchenkette
5-209.a0↔ 5-209.a1↔	übernehmen übernehmen	5-209.a- .a0↔ .a1↔	Einführung eines vollimplantier-baren Hörgerätes Ohne Unterbrechung der Ge-hörknöchelchenkette Mit Unterbrechung der Kette
5-209.b↔	übernehmen	5-209.b↔	Wechsel eines implantierbaren Hörgerätes
5-209.c↔	übernehmen	5-209.c↔	Entfernung eines implantier-baren Hörgerätes
5-209.x↔	übernehmen	5-209.x↔	Sonstige
5-209.y	übernehmen	5-210.y	N.n.bez.

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Der OPS-Katalog 2005 weist bei der Abbildung von Eingriffen an Mittelohr und Mastoid nicht die erforderlichen Differenzierungen auf, um komplexe und weniger komplexe operative Eingriffe unterscheiden zu können. Im Rahmen eines DRG-Evaluationsprojektes, welches die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie in Zusammenarbeit mit der DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster an 25.006 Fällen aus 27 HNO-Hauptabteilungen durchgeführt hat, wurden umfangreiche Analysen der Verweildauer-, Aufwands- und Leistungshomogenität durchgeführt. In diesem Zusammenhang wurden auch 1.950 Fälle mit Eingriffen an Mastoid und Ohr, die in die G-DRGs D06Z, D09Z, D12Z, D13Z und D30Z eingruppiert wurden, analysiert. Die Analysen des Projektes haben gezeigt, dass als weiteres Differenzierungskriterium die Verwendung einer Mittelohrprothese als „signifikante Prozedur“ etabliert werden sollte. Hierbei handelt es sich um Prothesen der Gehörknöchelchen des Mittelohres. Die Implantation von Mittelohrprothesen wird derzeit im OPS-Katalog 2005 nur unvollständig über die beiden folgenden OPS-Kodes abgebildet:

- 5-191.0 Stapedektomie mit Interposition und Implantation einer Prothese
- 5-191.1 Stapedektomie mit Fensterung des Promontoriums und Implantation einer Prothese

Es gibt jedoch eine Reihe weiterer Indikationen zur Verwendung von Mittelohrprothesen ausser der Stapedektomie. So wurden im Rahmen des Projektes bei 366 Fällen Prothesen verwendet, nur 94 Fälle konnten jedoch über einen der beiden o. g. Kodes verschlüsselt werden. Dies ist einer der Gründe, welche die Notwendigkeit einer grundlegenden Neustrukturierung operativer Eingriffe an Mittelohr und Mastoid unterstreichen. Entsprechende OPS-Kodes zur Abbildung der Implantation von Mittelohr-Prothesen sind daher bei den relevanten OPS-Kode-Gruppen 5-190, 5-192, 5-195, 5-196 beantragt worden.

Damit soll es ermöglicht werden, sachgerechte Aussagen über den Ressourcenverbrauch der einzelnen OPS-Kodes möglich. Diese Aussage ist im Sinne einer hohen Abbildungsqualität und sachgerechten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems von großer Notwendigkeit. Darüber hinaus wurden Kodes mit redundantem Inhalt gestrichen, häufige Kombinationseingriffe (Tympanoplastiken mit Eingriff am Mastoid) in spezifischen Kodes systematisch zusammengefasst und die Bezeichnung einzelner Kodes dem klinischen Sprachgebrauch angepasst.

Parallel zu diesem Anpassungsvorschlag ist eine umfassende Überarbeitung der G-DRGs für Eingriffe an Ohr und Mastoid fristgerecht beim InEK beantragt worden. Die vorgestellten neu strukturierten OPS-Kodes bilden ein zentrales Element bei der Neuzuordnung von gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zu den ebenfalls neu strukturierten G-DRGs für Eingriffe an Ohr und Mastoid.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

© DRG-Research-Group 2005

☑ Ja ☐ Nein Begründung: Die vorgestellten neu strukturierten OPS-Kodes bilden ein zentrales Element bei der Neuzuordnung von gruppierungsrelevanten OPS-Kodes zu den ebenfalls neu strukturierten G-DRGs für Eingriffe an Ohr und Mastoid.
Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! ☑ Ja ☐ Nein Begründung: Erforderlich wie auch im bisherigen Rahmen.
Verbreitung des Verfahrens **(nur bei Vorschlägen für den OPS** ☐ Standard ☑ Etabliert ☐ In der Evaluation ☐ Experimentell ☐ Unbekannt
Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) **(nur bei Vorschlägen für den OPS)**
Geschätzte **Kosten** der Prozedur **(nur bei Vorschlägen für den OPS)**

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

7.4 Ösophagotracheale Fistel / Stimmprothese

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Name *	Alberty
Vorname *	Jürgen
Titel	PD Dr. med..
Straße	Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Münster Kardinal-von-Galen-Ring 10
PLZ	48129
Ort	Münster
E-Mail-Adresse *	alberty.hno@uni-muenster.de
Telefon *	0251 - 8356827
Telefax	0251 - 8356812

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Hörmann
Vorname	Karl
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	Universitäts-HNO-Klinik Mannheim Theodor - Kutzer - Ufer
PLZ	68135
Ort	Mannheim
E-Mail-Adresse	Karl.hoermann@hno.ma.uni-heidelberg.de
Telefon	0621 - 3833965
Telefax	0621 - 3833827

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

☑ Ja

☐ Nein

Name der Fachgesellschaft:
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Status der Abstimmung:

☐ Begonnen

☑ Abgeschlossen

© DRG-Research-Group 2005

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

☐ Ja

☑ Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

☐ Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

☑ Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Bei Patienten nach Entfernung des Kehlkopfes wird mit unterschiedlichen Methoden eine Sprachrehabilitation unternommen. Eine Methode ist die Einlage einer Stimmprothese, wobei eine Fistel zwischen Speiseröhre und Luftröhre angelegt wird, in welche dann die Stimmprothese eingelegt wird.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

5-319 Andere Operationen an Larynx und Trachea

5-319.5 Anlage einer ösophagotrachealen Fistel
Hinw.: Zur Versorgung mit einer Stimmprothese
.50 mit Einlage einer Stimmprothese
.51 ohne Einlage einer Stimmprothese

5-319.9 Wechsel einer Stimmprothese

5-319.a Entfernung einer Stimmprothese
.a1 mit Verschluss einer ösophagotrachealen Fistel
.a2 ohne Verschluss einer ösophagotrachealen Fistel

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Die Anlage einer ösophagotrachealen Fistel zur Anlage einer Stimmprothese sowie die Einlage, der Wechsel und die Entfernung einer Stimmprothese können derzeit im OPS-Katalog nicht ausreichend abgebildet werden. Aufgrund der relativen Häufigkeit der Sprachrehabilitation mittels Stimmprothese und den erheblichen Sachaufwendungen für die Prothese ist eine sachgerechte Abbildung dieser Maßnahmen im OPS-2005 notwendig.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

☑ Ja

☐ Nein

Begründung:
Aufgrund der relativen Häufigkeit der Sprachrehabilitation mittels Stimmprothese und den erheblichen Sachaufwendungen für die Prothese ist eine sachgerechte Abbildung dieser Maßnahmen im OPS-2005 notwendig.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

☑ Ja

☐ Nein

Begründung:
Erforderlich wie auch im bisherigen Rahmen.

Verbreitung des Verfahrens **(nur bei Vorschlägen für den OPS**

☐ Standard

☑ Etabliert ☐ In der Evaluation ☐ Experimentell ☐ Unbekannt
Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) **(nur bei Vorschlägen für den OPS)** Ca. 1.500 Fälle/Jahr
Geschätzte **Kosten** der Prozedur **(nur bei Vorschlägen für den OPS)** Sachkosten der Prothese ca. 250-350 Euro,

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

© DRG-Research-Group 2005

7.5 Überarbeitung der Zusatzkennzeichen zur Lokalisationsangabe

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlages (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Name *	Alberty
Vorname *	Jürgen
Titel	PD Dr. med..
Straße	Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde, Universitätsklinikum Münster Kardinal-von-Galen-Ring 10
PLZ	48129
Ort	Münster
E-Mail-Adresse *	alberty.hno@uni-muenster.de
Telefon *	0251 - 8356827
Telefax	0251 - 8356812

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

Name	Hörmann
Vorname	Karl
Titel	Prof. Dr. med.
Straße	Universitäts-HNO-Klinik Mannheim Theodor - Kutzer - Ufer
PLZ	68135
Ort	Mannheim
E-Mail-Adresse	Karl.hoermann@hno.ma.uni-heidelberg.de
Telefon	0621 - 3833965
Telefax	0621 - 3833827

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie

4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*

☑ Ja

☐ Nein

Name der Fachgesellschaft:
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Status der Abstimmung:

☐ Begonnen

☑ Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

☐ Ja

☑ Nein

Name der Fachgesellschaft:

6. Art der Änderung *

☐ Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

☑ Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Der OPS-Katalog der Version 2005 sieht die obligatorische Verwendung von Zusatzkennzeichen für die Angaben rechts, links und beidseits für besonders gekennzeichnete Eingriffe an paarigen Organen vor. 1. Bei Lymphadenektomien am Hals, wie sie sehr häufig bei der operativen Behandlung bösartiger Tumore im HNO-Bereich durchgeführt werden, ist in der Version 2005 des OPS-Kataloges eine entsprechende Kennzeichnung nicht vorgesehen.
2. Gleiches gilt für die Resektion einer Choanalatresie, transpalatinal (5-219.1) oder transnasal (5-219.2). Eine beidseitige Choanalatresie führt regelmäßig schon kurz nach der Geburt zur Notwendigkeit eines komplexen operativen Vorgehens sowie zu einer intensiven postoperativen Betreuung des Säuglings. Eine einseitige Choanalatresie führt in der Regel erst zu einer operativen Intervention im jungen Erwachsenenalter und erfordert nur einen relativ geringen operativen Aufwand. Beide Fallkonstellationen – die beidseitige und die einseitige Choanalatresie – führen daher zu deutlich unterschiedlichen Ressourcenaufwänden. Eine Kennzeichnung dieser unterschiedlichen Aufwände durch die obligate Einführung der Zusatzkennzeichen rechts, links und beidseits wäre daher nicht notwendig.
3. Ähnliches gilt für operative Eingriffe an den Nasennebenhöhlen. Hier ist die Verwendung des Zusatzkennzeichens nur für einzelne NNH wie z. B. der Kieferhöhle vorgesehen. Auch bei den übrigen NNH handelt es sich jedoch um paarige Organe und eine entsprechende Kennzeichnung wäre sowohl medizinisch als auch unter ökonomischen Aspekten notwendig. Die Zusatzkennzeichnung für Kodes der Gruppen 5-222ff, 5-223ff, 5-224ff sind Bestandteil des DIMDI-Antrages zur Neustrukturierung der Eingriffe an den NNH (s. dort).

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Zu 1.
5-403 Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]
5-403.0 Selektiv (funktionell)
.00 1 Region
.01 2 Regionen
.02 3 Regionen
.03 4 Regionen
.04 5 Regionen
.05 6 Regionen
5-403.1 Radikal
.10 4 Regionen
.11 5 Regionen
.12 6 Regionen
5-403.2 Radikal, modifiziert
.20 4 Regionen
.21 5 Regionen
.22 6 Regionen
5-403.3 Radikal, erweitert
.30 4 Regionen
.31 5 Regionen
.32 6 Regionen
5-403.x Sonstige

© DRG-Research-Group 2005

Zu 2.
5-219.1 Resektion einer Choanalatresie, transpalatinal
5-219.2 Resektion einer Choanalatresie, transnasal

9. Begründung des Vorschlages (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *

Radikale zervikale Lymphadenektomien sind Bestandteil der operativen Tumorchirurgie im HNO-Bereich. Sehr häufig werden sie beidseits durchgeführt, wobei mitunter auf der Seite der Tumorlokalisation ein ausgedehnterer Eingriff durchgeführt wird als auf der Gegenseite. Durch das häufige beidseitige Vorgehen entstehen deutliche Aufwandunterschiede im Vergleich zu einem einseitigen Eingriff. Es ist daher zur sachgerechten Darstellung des Ressourcenverbrauchs dringend notwendig, auch bei radikalen zervikalen Lymphadenektomien die obligate Verwendung der Zusatzkennzeichen für rechts, links und beidseits einzuführen.

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- [x] Ja
- [ ] Nein

Begründung:
Der Ressourcenverbrauch unterscheidet sich erheblich, wenn die beantragten Eingriffe ein- oder beidseitig durchgeführt werden. Bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems sind weitere Einführungen von G-DRGs für beidseitige Eingriffe denkbar.

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

- [x] Ja
- [ ] Nein

Begründung:
Erforderlich wie auch im bisherigen Rahmen.

Verbreitung des Verfahrens **(nur bei Vorschlägen für den OPS**

- [ ] Standard
- [x] Etabliert
- [ ] In der Evaluation
- [ ] Experimentell
- [ ] Unbekannt

Geschätzte **Häufigkeit** des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) **(nur bei Vorschlägen für den OPS)**

Geschätzte **Kosten** der Prozedur **(nur bei Vorschlägen für den OPS)**

10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)

© DRG-Research-Group 2005

8 Zusammenfassung und Ausblick

Das Fachgebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie umfasst komplexe und hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Verfahren. Auf der Grundlage der im Rahmen des DRG-Evaluationsprojektes erhobenen Daten wurde das Fachgebiet aus medizin-ökonomischer Sicht dargestellt und hinsichtlich seiner Abbildung in einem fallpauschalierten Entgeltsystem analysiert. Es konnte gezeigt werden, dass das G-DRG-System der Version 2005 die vielfältigen Behandlungsverfahren und –strukturen noch nicht sach- und leistungsgerecht abbildet.

- Erheblicher Anpassungsbedarf besteht insbesondere bei der Abbildung häufiger Fallkonstellationen sowohl der Ohrchirurgie als auch der Chirurgie von Nase, Nasennebenhöhlen und Speicheldrüsen. Deren Abbildungsqualität könnte durch eine aus medizin-ökonomischer Sicht sachgerechtere Darstellung der Komplexität des operativen Eingriffs wesentlich verbessert werden. Dies setzt eine nachhaltige Überarbeitung des OPS-Prozedurenkatalogs vor allem für oto- und rhinochirurgische Eingriffe voraus. Diese ist wesentliche Grundlage der anzustrebenden Anpassung der Fallgruppen, welche sich daher über mehrere Jahre erstrecken wird.
- Die Berücksichtigung der Komorbidität (PCCL) der Patienten ist gerade auch in den G-DRGs der chirurgischen Partition der MDC 03 ein wesentliches Kriterium zur Differenzierung des Ressourcenverbrauches der Patienten (G-DRGs D12Z, D24Z, D25Z). Es zeigt sich, dass insbesondere die Kombination aus Komplexität des operativen Eingriffs und der Komorbidität der Patienten für große und mittlere Eingriffe an Kopf und Hals eine sinnvolle Aufwanddifferenzierung ermöglicht. Darüber hinaus ist es sinnvoll, auch medizinische DRGs mit einem hohen Anteil an Patienten mit internistischen Begleiterkrankungen (z. B. D62Z Epistaxis) anhand des PCCL zu differenzieren.
- Die Berücksichtigung von diagnostischen Endoskopien mit starren Rohren als gruppierungsrelevante Eingriffe würde zu einer sachgerechteren Abbildung konservativer wie operativer Fälle führen. Wesentliches Kriterium für die Zuordnung zur chirurgischen Partition der MDC 03 ist nicht die Durchführung eines Eingriffs im Rahmen einer starren Endoskopie. Dies ist vielmehr die Durchführung der starren Endoskopie selbst. Die Streuung diagnostischer starrer Endoskopien in Abhängigkeit der Hauptdiagnose über eine Vielzahl verschiedener G-DRGs der medizinischen Partition der MDC 03 führt zu Vermischungen von Patienten mit und ohne diagnostische Endoskopien, wobei durch die eher kürzere Verweildauer der endoskopisch behandelten Patienten tendenziell eine Überfinanzierung der Patienten mit starren Endoskopien zu Lasten einer mitunter

erheblichen Unterfinanzierung der übrigen Fälle der G-DRG resultiert. Dies ist insbesondere für die onkologisch dominierten Fallgruppen (G-DRGs D60A und D60B) von hoher Relevanz.

Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden die Grundlagen für eine konstruktive und datengestützte Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2005 gelegt. Die auf dieser Basis eingereichten Anpassungsvorschläge werden ab 2006 und in den Folgejahren zu einer schrittweise verbesserten Abbildung der HNO-Heilkunde im G-DRG-System beitragen.

Auch künftig werden medizin-ökonomische Analysen der HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie notwendigerweise durchzuführen sein, um ein der Komplexität des Fachgebietes angemessenes G-DRG-System zu etablieren und - vor dem Hintergrund sich verändernder Versorgungsstrukturen - auch für die weitere Zukunft zu gewährleisten.

© DRG-Research-Group 2005

9 Anhang

9.1 Literaturverzeichnis

Alberty J, Franz D, Leuwer R, Büter J, Metzger F, Steuer-Vogt M, Hörmann K, Roeder N, (2004), Das G-DRG-System 2004 und seine Schnittstellen zum ambulanten Sektor. Steht die HNO-Heilkunde vor einem Strukturwandel?, HNO, 53:387-393
Alberty, J., Franz, D. (submitted) HNO-relevante Änderungen des Operations- und Prozedurenschlüssels (OPS) ab 2006
DIMDI (2004) Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2005 German Modification (ICD-10-GM 2005)
DIMDI (2004) Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB-V Version 2005
Franz D, Roeder N, Leuwer R, Büter J, Hörmann K, Alberty J, (2005), G-DRG-System 2005. Analyse und Bewertung wesentlicher Änderungen aus Sicht der HNO-Heilkunde, HNO, 3:213-222
Franz, D., Roeder, N., Hörmann, K., Alberty, J (submitted) Möglichkeiten und Grenzen einer Abbildung der HNO
Franz, D., Roeder, N., Hörmann, K., Alberty, J (submitted) Das G-DRG-System 2006 und seine Auswirkungen auf die Abbildungsqualität der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
G-DRG-Katalog 2005 + Anlagen, Download unter www.g-drg.de
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (2004), Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005, Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen, Teil I Projektbericht
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (2004), G-DRG Browser Version 2005, Download unter www.g-drg.de
Kodierleitfaden Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie : Ein Leitfaden für die klinische Praxis. Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie ; DRG-Research-Group Münster. Schüling-Verlag, Münster 2005; ISBN 3-86523-021-0
Roeder, N (2005) Anpassungsbedarf der Vergütungen von Krankenhausleistungen für 2006, Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Schnittstellenbeschreibung DRG Daten für §21 KHEntgG, Anlage 2 zur Vereinbarung nach §21 KHEntgG, Download unter www.g-drg.de
Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005) vom 16.9.2004

9.2 Abkürzungsverzeichnis

AÄ	Aufwandäquivalent
ADRG	Basis-DRG (Engl: Adjacent DRG)
mVWD	Mittlere arithmetische Verweildauer
BNB	Bösartige Neubildung
BWR	Bewertungsrelation
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Infomration
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie & Onkologie e.V.
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung Ärzte
GPOH	Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e. V.
HD	Hauptdiagnose
HDK	Hauptdiagnosekategorie (Engl: Main Diagnostic Category [MDC])
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH („DRG-Institut“)
KFPV	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz

© DRG-Research-Group 2005

KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KK	Komplikationen und Komorbiditäten
KKS	Komplikations- und Komorbiditätsstufe (Engl: Complication and Comorbidity Level [CCL])
N.	Nervus
PKKS	Patientenbezogene Klinische Komplexitätsstufe (Engl: Patient Clinical Comlexity Level [PCCL])
PKV	Private Krankenversicherung
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
Str.th.	Strahlentherapie
VWD	Verweildauer

9.3 Schnittstellenbeschreibungen

9.3.1 Schnittstelle gemäß §21 KHEntgG

http://smc-inet3.uni-muenster.de/drg/hno/

9.3.2 Schnittstelle der Projektsoftware „DRG-Manager“

http://smc-inet3.uni-muenster.de/drg/hno/

9.3.3 Projektunterlagen: Erfassungsbogen

DRG – Research Group

DRG – Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde, Kopf- u. Hals-Chirurgie

Erfassungsbogen – Seite 1

PATIENTENAUFKLEBER

❑ **Patient konsiliarisch behandelt**, bei Standard- und bei komplexen Fällen zu dokumentieren *(99)*

Standard-Fall

Einschlusskriterien für Standardfälle (OPS-Kodes, Verweildauergrenzen etc.) s. Manual zum Erfassungsbogen. Sofern es sich bei der durchgeführten Leistung um einen Standard-Fall gehandelt hat, ist in der nachfolgende Tabelle die entsprechende Standard-Fallkonstellation zu kennzeichnen. Sofern keine Standard-OP vorliegt, oder in Zweifelsfällen ist der Fall als Komplexer Fall vollständig zu dokumentieren.

❑	Adenotomie mit/ohne PZ und PR in ITN	*100*	❑	Myringoplastik in ITN	*104*
❑	Tonsillektomie mit/ohne Adenotomie in ITN	*101*	❑	Diagnost. Mikrolaryngoskopie in ITN	*105*
❑	Funktionelle Septumplastik in ITN mit/ohne Eingriffen an den Nasenmuscheln	*102*	❑	Exstirpation Gl. submandibularis in ITN CAVE: nicht bei Malignom!	*106*
❑	Diagnostische Ösophagoskopie / Hypo-pharyngoskopie mit starrem Rohr in ITN	*103*			

Komplexer Fall *(nur dokumentieren, wenn kein Standardfall!)*

Alle Fälle, die keine Standard-Fälle sind, sind als komplexe Fälle zu dokumentieren. Einschlusskriterien für Standardfälle (OPS-Kodes, Verweildauergrenzen etc.) s. Manual zum Erfassungsbogen.

Patientenalter < 1 Jahr: Aufnahmegewicht in Gramm (EDV-Doku auf Basis-Reiter) _____

Anzahl der ambulanten Behandlungen innerhalb der Grenzverweildauern *(198)* _____
prä- und poststationäre Behandlung, s.a. Manual bzw. Fallpauschalenkatalog

Anzahl aller Konsile (prä- und postOP) durch andere Klinken *(199)* _____

Diagnostische Leistungen

Bitte kennzeichnen Sie hier die durchgeführten diagnostischen Leistungen.

	Bezeichnung der Leistung	ID		Bezeichnung der Leistung	ID
❑	BERA / CERA	*200*	❑	CT (nur im eigenen Krankenhaus durchgeführte Untersuchungen!)	*207*
❑	audiologische Diagnostik, einfache Vestibularis-diagnosik - Untersuchungszeit kumuliert ≥ 30 min.	*201*	❑	MRT (nur im eigenen Krankenhaus durchgeführte Untersuchungen!)	*208*
❑	Elektrocochleographie	*202*	❑	PET (nur im eigenen Krankenhaus durchgeführte Untersuchungen!)	*209*
❑	komplexe Vestibularisdiagnostik CNG/Drehstuhlprüfung o.ä.	*203*	❑	arterielle Angiographie der hirnversorgenden Gefäße (OPS Kodes 3-600, 3-601)	*210*
❑	Logopädische Untersuchung (präOP)	*204*			
❑	Teure serologische Diagnostik kumulierte Kosten≥ 50 €	*205*	❑	arterielle Angiographie der hirnversorg. Gefäße *mit Embolisation*	*211*
❑	Szintigraphie (Schilddrüse, Skelett etc.)	*206*	❑	Duplexsonographie Kopf/Hals	*212*

Die hier erfassten Leistungen sind in die Projekt-Software einzugeben und zusammen mit den Basis-Falldaten ausschließlich entsprechend der Schnittstellenbeschreibung in elektronisch zu verarbeitender Form an die projektbetreuende Stelle zu übermitteln

© DRG-Research-Group 2005

Teure Antibiotika/Virustatika (nur i.v.-Therapie!)

Sofern eines der folgenden Antibiotika/Virustatica als i.v.-Therapie verabreicht wurde, ist dies zu kennzeichnen und die Anzahl der Tage der i.v.-Therapie anzugeben.

Wirkstoffe	Handelsnamen (Auswahl)	Anzahl Tage	ID
Acyclovir	Zovirax®		*300*
Ceftazidim	Fortum®		*301*
Ceftriaxon	Rocephin®		*302*
Clindamycin	Sobelin®		*303*
Ciprofloxacin	Ciprobay®		*304*
Flucloxacillin	Staphylex®		*305*
Imipenem	Zienam®		*306*
Levofloxacin	Tavanic®		*307*
Meropenem	Meronem®		*308*
Piperacillin+Tazobactam	Tazobac®		*309*
Teicoplanin	Targocid®		*310*
Vancomycin	Vanco-saar®		*311*
andere Antibiotika, Virustatika, Antimykotika (auch per os) mit **Tagestherapiekosten ab 25 €** laut Rote Liste 2004			*312*

Teure Arzneimittel (außer Antibiotika/Virustatika):

(Bei diesen Arzneimitteln muss jede einzelne Applikation dokumentiert werden. Wurde ein Arzneimittel in höherer Dosierung gegeben, so ist dies als mehrfache Applikation der angeführten Dosis zu dokumentieren (z.B. Haemate HS 500E = 2 mal Haemate HS 250E).

n	Wirkstoff(e)	ID	n	Wirkstoff(e)	ID
	Faktor VII 200 E (Immuno Faktor VII S-TIM 4)	*400*		FEIBA (Factor Eight Inhibitor Bypassing Activity) 250 E (z.B. S-TIM)	*404*
	Faktor VIII, 250 IE, v. Menschen bzw. gentechnisch (z.B. Haemate®, Helixate®)	*401*		Antithrombin III 500 IE(z.B. Kybernin HS®)	*405*
	Faktor IX 300 IE, (z. B. Berinin®)	*402*		Desmopressin i.v. (z.B. Minirin®) Anzahl Ampullen	*406*
	PPSB, 250 IE (z.B. PPSB-Konz. S-TIM®)	*403*		Clostridium botulinum Toxin Typ A (z.B. Botox®, Dysport®), 1 Injektions-Flasche	*407*
Erythrozyten- / Thrombozytenkonzentrate werden über die Basisdokumentation des Krankenhauses in Form der entsprechenden OPS-301-Kodes erfasst.					

Zytostatische Chemotherapie bei Neubildungen

Bitte geben Sie hier die **Anzahl der Behandlungstage** entsprechend der beschriebenen Kriterien ein.

Nicht kostenintensive Chemotherapie mit Tagestherapiekosten **unter 25 €** laut Rote Liste 2004 (z.B. 5-FU + Cisplatin/Carboplatin o.ä.) **Anzahl Tage**		*500*

Teure zytostatische Einzelsubstanzen	Handelsname (Auswahl)	Anzahl Tage	ID
Paclitaxel	Taxol®		*501*
Docetaxel	Taxotere®		*502*
Mitomycin	Mito-medac®		*503*
Andere teure zytostatische Einzelsubstanzen (Tagestherapiekosten ab 25 € laut Rote Liste 2004)			*504*

Implantation PORT-System für Chemotherapie o.ä. (OPS-Kode 5-399.5)	❑	*505*

Die hier erfassten Leistungen sind in die Projekt-Software einzugeben und zusammen mit den Basis-Falldaten ausschließlich entsprechend der Schnittstellenbeschreibung in elektronisch zu verarbeitender Form an die projektbetreuende Stelle zu übermitteln

DRG – Research Group

DRG – Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde,
Kopf- u. Hals-Chirurgie

Erfassungsbogen – Seite 3

Leistungserfassung Operation – Nr.____, Datum:_____

(für jede OP neu anzulegen), bitte beachten Sie auch das Manual zum Erfassungsbogen für weitere Erläuterungen

Zeiterfassung Personal (ohne Anästhesie!)

Anzahl: die im Mittel bei der OP anwesenden Personen (nur 1. Nachkommastelle nutzen)
Präsenzzeit: Zeit der Anwesenheit bei OP, Angabe in Minuten

Anzahl **Ärzte (Operateure)** _____ Anzahl **Pflege (ohne Anästhesie)** _____

Dauer Präsenzzeit (Minuten) _____ Dauer Präsenzzeit (Minuten) _____

Besondere intra- und postoperative Leistungen / Umstände:

Eingriff in Lokalanästhesie (LA) *(600)* Ja ❑
(Erläuterungen s. Manual)

Re-Operation? *(601)* Ja ❑
(Erläuterungen s. Manual)

Lehr-OP im Rahmen der Aus- und Weiterbildung *(602)* Ja ❑
(zusätzlicher Operateur und Zeitaufwand über 50% erhöht, Erläuterungen s. Manual)

OP erforderte besonders qualifizierten Operateur (über Facharztstandard) *(603)* Ja ❑
(Erläuterungen s. Manual)

Intraoperative Leistungen, Materialien und Implantate

❑	Entnahme von autologem Rippenknorpel in gleicher Sitzung	*700*	❑	doppelseitige CI-Implantation, **einzeitig**	*709*
❑	konservierter Rippenknorpel (z.B. Tutoplast-Knorpel®)	*701*	❑	Osteoimplantat (für Epithese, knochenverankertes Hörgerät o.ä.)	*710*
❑	Standard- Mittelohrimplanatat (allogen) Implantatkosten < 200 € (z. B. Arial®-Prothese, Bell®-Prothese, div. Stapesprothesen etc.)	*702*	❑	Titan-Mesh o.ä. (Kosten ≥ 150 €)	*711*
			❑	PDS-Folie o.ä. (Kosten < 150 €)	*712*
❑	Teures Mittelohrimplantat Implantatkosten ≥ 200 € (z.B. Tutoplast Ossicula auditus®)	*703*	❑	Osteosynthesen < 100 € gesamt	*713*
			❑	Osteosynthesen 100 - 200 € gesamt	*714*
❑	Hämostypt. Kollagenvliese (z.B. Tachocomb®)	*704*	❑	Osteosynthesen > 200 € gesamt	*715*
❑	Einfache Kollagenvliese (z.B. Tutopatch®, DuraGuard® o.ä.)	*705*	❑	Schädelbasiseingriff mit intraoperat. Präparation der A. carotis interna	*716*
❑	Fibrinkleber (z.B. Tissucol Duo S®)	*706*	❑	intraoperative Neuro-Navigation	*717*
❑	Stimmprothese (z.B. Provox®)	*707*	❑	Lasertubus	*718*
❑	Trachealstent (z.B. Montgomery®-T-Tube)	*708*	❑	Ösophagusstent, Speicheltubus o.ä.	*719*

Postoperative Leistungen/Komplikationen

n	(quantitativ)			(qualitativ)	
	Logopädische Therapie z.B. bei Dysphagie, **Anzahl Sitzungen**	*800*	❑	Pflege/Versorgung Tracheostoma (Absaugen, Kanülenw. d. Personal)	*804*
	Ernährung über Magensonde, **Anzahl Tage**	*801*	❑	Versorgung mit Trachealkanülen o.ä.	*805*
	Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.), **Anzahl Verbandswechsel**	*802*	❑	Thorax- oder Pleuradrainage mit kontinuierlichem Sog	*806*
	Perioperative-Überwachung in besonderer Observations-Station (nicht AWR) **Anzahl Tage**	*803*	❑	Nekrose von Fernlappen oder mikrovaskulär anastom. Lappen	*807*
			❑	Rhino- oder Otoliquorrhoe	*808*

Die hier erfassten Leistungen sind in die Projekt-Software einzugeben und zusammen mit den Basis-Falldaten ausschließlich entsprechend der Schnittstellenbeschreibung in elektronisch zu verarbeitender Form an die projektbetreuende Stelle zu übermitteln

© DRG-Research-Group 2005

DRG – Research Group

DRG – Evaluationsprojekt HNO-Heilkunde,
Kopf- u. Hals-Chirurgie

Erfassungsbogen – Seite 4

Leistungserfassung Operation – Nr.____, Datum:_____

(für jede OP neu anzulegen), bitte beachten Sie auch das Manual zum Erfassungsbogen für weitere Erläuterungen

Zeiterfassung Personal (ohne Anästhesie!)

Anzahl: die im Mittel bei der OP anwesenden Personen (nur 1. Nachkommastelle nutzen)
Präsenzzeit: Zeit der Anwesenheit bei OP, Angabe in Minuten

Anzahl **Ärzte (Operateure)** _____ Anzahl **Pflege (ohne Anästhesie)** _____

Dauer Präsenzzeit (Minuten) _____ Dauer Präsenzzeit (Minuten) _____

Besondere intra- und postoperative Leistungen / Umstände:

Eingriff in Lokalanästhesie (LA) *(600)* Ja ❑
(Erläuterungen s. Manual)

Re-Operation? *(601)* Ja ❑
(Erläuterungen s. Manual)

Lehr-OP im Rahmen der Aus- und Weiterbildung *(602)* Ja ❑
(zusätzlicher Operateur und Zeitaufwand über 50% erhöht, Erläuterungen s. Manual)

OP erforderte besonders qualifizierten Operateur (über Facharztstandard) *(603)* Ja ❑
(Erläuterungen s. Manual)

Intraoperative Leistungen, Materialien und Implantate

❑	Entnahme von autologem Rippenknorpel in gleicher Sitzung	*700*	❑	doppelseitige CI-Implantation, **einzeitig**	*709*
❑	konservierter Rippenknorpel (z.B. Tutoplast-Knorpel®)	*701*	❑	Osteoimplantat (für Epithese, knochenverankertes Hörgerät o.ä.)	*710*
❑	Standard- Mittelohrimplanatat (allogen) Implantatkosten < 200 € (z. B. Arial®-Prothese, Bell®-Prothese, div. Stapesprothesen etc.)	*702*	❑	Titan-Mesh o.ä. (Kosten ≥ 150 €)	*711*
			❑	PDS-Folie o.ä. (Kosten < 150 €)	*712*
❑	Teures Mittelohrimplantat Implantatkosten ≥ 200 € (z.B. Tutoplast Ossicula auditus®)	*703*	❑	Osteosynthesen < 100 € gesamt	*713*
			❑	Osteosynthesen 100 - 200 € gesamt	*714*
❑	Hämostypt. Kollagenvliese (z.B. Tachocomb®)	*704*	❑	Osteosynthesen > 200 € gesamt	*715*
❑	Einfache Kollagenvliese (z.B. Tutopatch®, DuraGuard® o.ä.)	*705*	❑	Schädelbasiseingriff mit intraoperat. Präparation der A. carotis interna	*716*
❑	Fibrinkleber (z.B. Tissucol Duo S®)	*706*	❑	intraoperative Neuro-Navigation	*717*
❑	Stimmprothese (z.B. Provox®)	*707*	❑	Lasertubus	*718*
❑	Trachealstent (z.B. Montgomery®-T-Tube)	*708*	❑	Ösophagusstent, Speicheltubus o.ä.	*719*

Postoperative Leistungen/Komplikationen

n	(quantitativ)			(qualitativ)	
	Logopädische Therapie z.B. bei Dysphagie, **Anzahl Sitzungen**	*800*	❑	Pflege/Versorgung Tracheostoma (Absaugen, Kanülenw. d. Personal)	*804*
	Ernährung über Magensonde, **Anzahl Tage**	*801*	❑	Versorgung mit Trachealkanülen o.ä.	*805*
	Aufwändiger Verbandswechsel (Dauer >15 min.), **Anzahl Verbandswechsel**	*802*	❑	Thorax- oder Pleuradrainage mit kontinuierlichem Sog	*806*
	Perioperative-Überwachung in besonderer Observations-Station (nicht AWR) **Anzahl Tage**	*803*	❑	Nekrose von Fernlappen oder mikrovaskulär anastom. Lappen	*807*
			❑	Rhino- oder Otoliquorrhoe	*808*

Die hier erfassten Leistungen sind in die Projekt-Software einzugeben und zusammen mit den Basis-Falldaten ausschließlich entsprechend der Schnittstellenbeschreibung in elektronisch zu verarbeitender Form an die projektbetreuende Stelle zu übermitteln

9.3.4 Projektunterlagen: Manual zum Erfassungsbogen

http://smc-inet3.uni-muenster.de/drg/hno/